

ARTODESIS LUMBAR VERSUS ENOLOTERAPIA EN LA LUMBALGIA CRONICA

Estudio prospectivo randomizado

F. JACQUOT, P. GARÇON, G. SAILLANT

(Traducción F. Colell –GBMOIM)

INTRODUCCION

Aunque la lumbalgia crónica invalidante tenga una frecuencia extremadamente elevada en los países occidentales y que sea origen de un coste social muy importante, no existe consenso en su abordaje terapéutico. Los distintos métodos de tratamiento han ocasionado un gran número de estudios en los que los resultados son contradictorios. De hecho, la mayoría de los trabajos son de difícil interpretación debido al empleo de metodologías lamentables:

- deplorables criterios de evaluación
- importancia excesiva atribuida a la técnica de tratamiento
- ausencia de integridad en el evaluador
- ausencia de series consecutivas
- inclusión de pacientes no homogéneos
- confusión de múltiples diagnósticos
- constante ausencia de grupo de control

El tratamiento médico, con el método que sea (tratamientos farmacológicos, reeducación, manipulaciones) no resulta satisfactorio más que entre el 25% y el 65% de los casos. En definitiva, por lo menos un tercio de los pacientes son dirigidos hacia el tratamiento quirúrgico.

Pero los resultados de la cirugía de artrodesis en el tratamiento de las lumbalgias crónicas con discopatía son decepcionantes, con resultados satisfactorios del 20% al 90% según las series, sea cual sea la técnica de artrodesis. El carácter imprevisible de los resultados quirúrgicos, teniendo en cuenta las importantes infraestructuras necesarias, nos ha llevado a considerar el desarrollo de un **tratamiento alternativo**. Las potenciales ventajas de este novedoso tratamiento son importantes a corto y largo plazo, pero su eficacia no había sido evaluada hasta hoy. Hemos realizado, pues, un estudio randomizado comparando dos poblaciones equivalentes de lumbalgias crónicas tratadas ya sea con artrodesis lumbar quirúrgica, sea por ingestión diaria de un buen vino.

MATERIAL Y METODOS

Desde noviembre de 1995 a abril de 1996, 366 pacientes con lumbalgia crónica y discopatía degenerativa han sido consecutivamente incluidos en el estudio. Todos los pacientes tenían una lesión discal en un solo nivel, corroborada por las exploraciones complementarias, un dolor lumbar predominante, un oficio embrutecedor, y

habían sido tratados de forma conservadora por lo menos durante 6 meses (de 5,978 meses a 18,687 meses; de media 6,275 meses). Ningún paciente presentaba signos neurológicos, antecedentes quirúrgicos lumbares, ni ascitis.

Por necesidades del estudio, los pacientes se dividían en dos grupos para randomización a medida que iban siendo incluidos.

En el grupo «Artrodesis» (Grupo A), comprendiendo 183 pacientes, todos fueron operados por el mismo cirujano con una técnica idéntica: Abordaje raquídeo posterior, autoinjerto óseo de cresta ilíaca posterior colocado entre transversas, e instrumentación pedicular con placas atornilladas. La duración previsible de hospitalización era de 8 días, seguida de una convalecencia en centro especializado de 34 días. El coste previsible de este tratamiento ascendía a 62.000 Francos Franceses por paciente operado.

En el grupo «Bebedor» (Grupo B), los pacientes fueron tratados a domicilio con un vaso reglamentario (187,5 ml) de Petrus 1994, una toma a mediodía y otra por la noche durante seis semanas. Este vino es un Pomerol con un 95% de Merlot y un 5% de Cabernet franco. El coste previsible de este tratamiento era igualmente de 62.000 FF por paciente.

El estudio se llevó a cabo, tras la opinión del comité de ética del hospital. La obtención de una opinión favorable precisó una fase de estudio preclínico prolongada realizada por los miembros del comité de ética que, rigurosamente probaron la parte innovadora del tratamiento (tratamiento del grupo B).

Los resultados se han evaluado con precisión ayudada por una batería de autocuestionarios, y una evaluación clínica objetiva por un examinador independiente no advertido de la naturaleza del tratamiento administrado. Se han cuantificado el dolor, la función, y la satisfacción del paciente. La influencia del tratamiento en la calidad de vida de los pacientes se ha evaluado con el cuestionario SF36. La lumbalgia crónica se ha evaluado con el cuestionario de Dallas en su adaptación francesa validada por la sociedad francesa de reumatología (un día de degustación), y por la puntuación de Greenough-Fraser. Se ha utilizado igualmente la escala de visualización analógica (EVA). Las capacidades funcionales de los pacientes se han medido por una versión derivada de la puntuación de Beaujon modificada Bichat, probada en el recinto de guardia una noche de juerga. En fin, la buena tolerancia del tratamiento así como el control de su cumplimiento se han medido por la realización de un balance hepático e hídrico incluyendo la gamma GT, esta última en todos los pacientes incluso los casos operados.

El conjunto de los datos recogidos se ha confiado a un estadístico titulado dotado de un microordenador compatible con su software con la meta de encontrar algo significativo que no estuviera muy en desacuerdo con las hipótesis de base del estudio. La hipótesis de base era que los pacientes tratados con Petrus evolucionan por lo menos igual de bien que los operados. Pero para complacer las leyes estadísticas hemos debido formular la hipótesis «H cero» según la cual no hay diferencia entre los dos tratamientos; después de lo cual hemos probado a demoler esta hipótesis utilizando todos los test posibles e imaginables, sin haber obtenido grandes resultados. Los datos cuantitativos se han procesado con ayuda de un análisis multivariado de la varianza, dando un test global de Wilks completado por un test múltiple de Sheffe estratificado en función de los factores complementarios para cada dimensión de las puntuaciones calculadas. La normalidad de las distribuciones se ha testado previamente utilizando el de Kolmogorov - Smirnov (con hielo). Los datos cualitativos se han analizado por un test de Chi-2. El riesgo alfa considerado fue de 0,05.

RESULTADOS

Complicaciones

En el grupo A (Artrodesis), hay que lamentar un número limitado de complicaciones quirúrgicas: hubo 3 infecciones que necesitaron una reintervención quirúrgica precoz de los que la evolución fue simple, excepto dos que aún supuran. Ninguna complicación neurológica. Una radiculalgia postoperatoria debida a una raíz ectópica necesitó una revisión bajo AG. Hubo 4 pseudoatrosis evidentes. 6 pacientes desaparecieron, y 2 manifestaron en opinión de su cirujano una actitud incompatible con la objetividad de la evaluación. Quedaron pues 170 pacientes revisados.

En el grupo bebedor (B) se excluyeron 6 pacientes que en la primera semana se tomaron la totalidad del tratamiento. Cinco pacientes fueron victimas de caídas con TC y PC necesitando ingreso de urgencias; y uno tenía demasiado dolor en el culo para continuar bebiendo. Uno de los pacientes se presentó en la consulta casi inmediatamente alegando la pérdida de las botellas que se le confiaron (su cuñado se le bebió el tratamiento). Quedaban pues igualmente 170 pacientes revisados.

Incidentes

En el grupo Petrus, un paciente abrazó el estado religioso tras un delirio místico, sin que se pueda atribuir la causa a la responsabilidad del tratamiento. Por fin, uno de los pacientes desveló su ambivalencia sexual a la esposa.

Resultados clínicos

Escala Visual Analógica (EVA). Los resultados del grupo B (grupo Petrus) mostraron una neta mejoría en la puntuación desde el principio del tratamiento, mejoría estable con las puntuaciones de dolor residual débil durante toda la duración del tratamiento. Desgraciadamente una cierta tendencia a la degradación se manifestó con el tiempo tras finalizar el tratamiento, con un efecto remanente que queda para cuantificación. Comparativamente las puntuaciones de los pacientes operados tienen en cuenta el periodo postoperatorio y las reintervenciones quirúrgicas, y no presentan valores humanamente soportables más que a los 2 meses, 2 meses y medio para compararlos a los valores de los sujetos tratados con Petrus (Fig. 1).

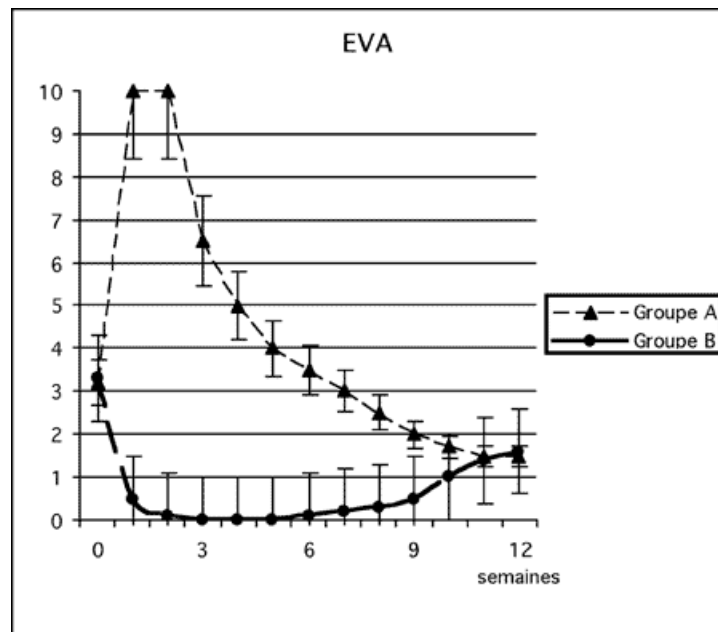


Fig 1: Resultados de la Escala Visual Analógica (EVA) en función del plazo postoperatorio a las 12 semanas. Los resultados del grupo B (grupo Petrus) son muy alentadores, pero desgraciadamente tienen tendencia a degradarse con el tiempo tras el cese del tratamiento.

Cualidad de vida

El análisis de los datos ha permitido obtener una visión de conjunto del estado clínico de los pacientes de una remarcable simplicidad. El análisis diferencial de las curvas de valor para cada ítem se ha modulado simplemente en función de la intensidad del dolor preoperatorio estimado por la respuesta del paciente a cada ítem del cuestionario validado antes de la intervención; posteriormente se han trazado en papel velin monocapa 80 g/m² los datos correspondientes en forma de curvas coloreadas. Esto ha debido ser realizado bajo control de un plotter de punta trabajando en multiprocessing - multitasking enfriado con nitrógeno líquido a causa del sobrecalentamiento ; pero pudimos efectuar todos los cálculos antes de la completa autodestrucción del sistema que, desgraciadamente, se volvió inutilizable, y comportó la pérdida de los datos iniciales y los de un informático que estaba presente en el momento de los hechos y que posteriormente se esconde en el Servicio de Informática del Hospital.

Los datos preoperatorios por sí mismos no eran significativamente diferentes. Los pacientes tratados con Pertus mostraron una mejoría extremadamente espectacular de las puntuaciones del SF-36 (25,5% de media desde el inicio del tratamiento), mejoría que perduró hasta el final del tratamiento, aunque de manera menos nítida; una cierta degradación salió a la luz más tarde, acabando no obstante de manera muy favorable sobre las puntuaciones de los pacientes operados. Ello es cierto en todas las dimensiones del cuestionario pero con diferencias remarcables: la mejoría de la función psicosocial al inicio fue muy importante (Fig.2), correlacionada positivamente con una fuerte tasa de satisfacción de los pacientes; esta mejoría perduró durante todo el periodo de tratamiento con una pequeña recaída al finalizarlo, pero quedando un efecto beneficioso estadísticamente probable. Por el contrario, el efecto sobre el dolor psíquico fue menos espectacular (Fig. 3), pero las puntuaciones son de cualquier manera muy superiores a las de los pacientes operados durante el mismo periodo. Por fin, el estado de salud psíquica y emocional dio resultados intermedios (Fig. 4), con una recaída al finalizar el tratamiento con Petrus, pero con una permanencia de los efectos terapéuticos notable, que da paso a fundadas esperanzas en las posibilidades del desarrollo ulterior de la técnica.

SF-36. Dimension Psychosociale

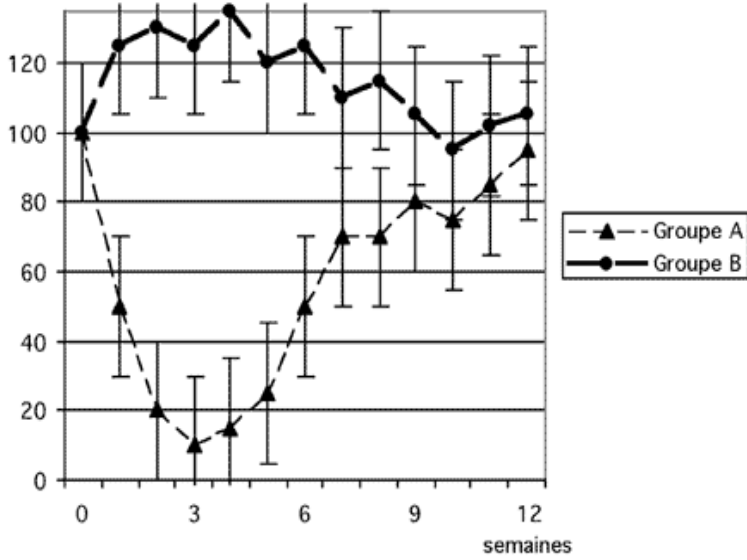


Fig 2: SF-36. Dimension psychosocial.

El Petrus mejoró notablemente la función social de los pacientes en toda la duración del tratamiento, con, no obstante, una cierta degradación tras finalizar la toma. Mientras que los pacientes del grupo A (Artrodesis) tuvieron una alteración muy importante de la función psicossocial durante todo el periodo postoperatorio.

SF 36. Douleur Physique

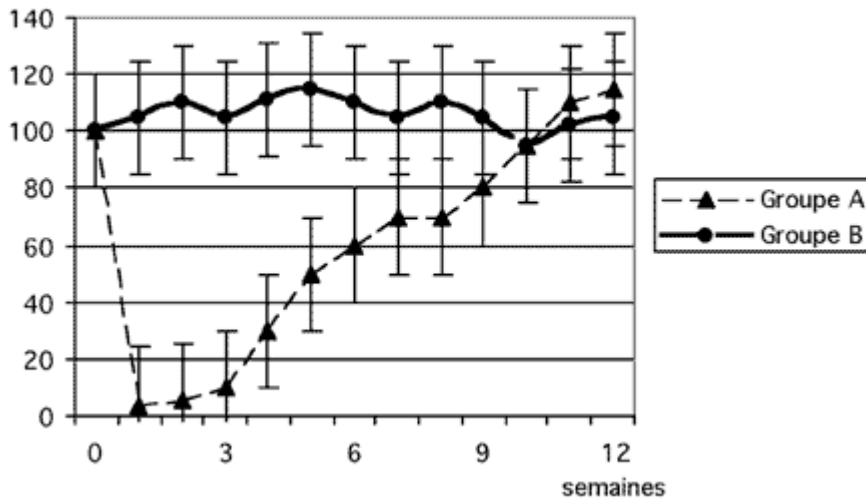


Fig 3: Dolor Físico

Las puntuaciones del grupo B (Petrus) son mejores aunque no de manera significativa; no obstante son muy superiores a las puntuaciones de dolor de los pacientes del grupo A en el postoperatorio.

SF-36. Etat de santé physique et émotionnel

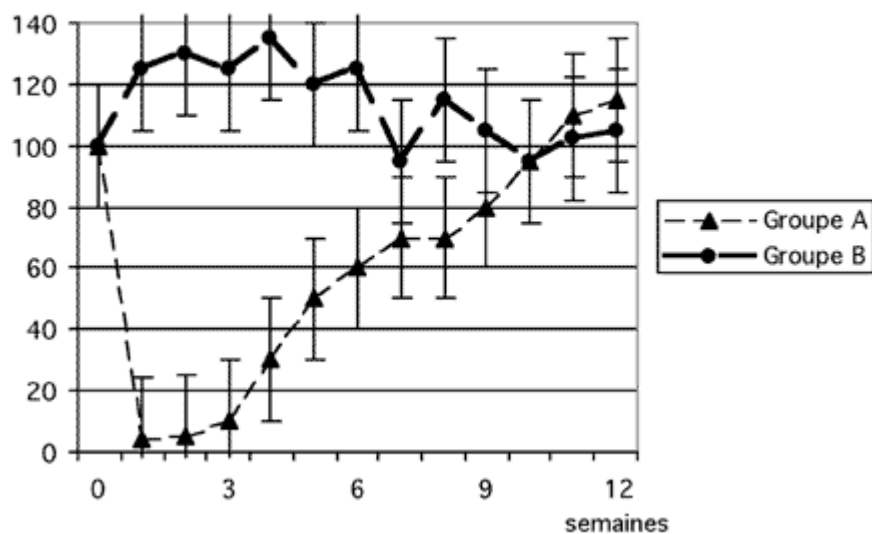


Fig 4: Estado de salud psíquica y emocional.

Las puntuaciones correspondientes al estado de salud psíquica y emocional son muy favorables en el grupo B (Petrus), existe una recaída de corta duración al finalizar el tratamiento. Comparativamente los pacientes del grupo « artrodesis » se etiquetan de miserables durante todo el tratamiento.

Evaluación funcional

En el grupo A hay un 31% de buenos resultados, 36% de resultados medianos, y 33% de resultados mediocres.

En el grupo B hay un 28% de buenos resultados, un 42% de resultados medianos, y un 30% de resultados mediocres. A pesar de todos nuestros esfuerzos no hemos podido evidenciar ninguna diferencia significativa entre los dos grupos del estudio. No obstante ello, sospechamos que los buenos resultados de los pacientes del grupo B, son de hecho mejores que los del grupo A en relación a una correlación positiva con un fuerte índice de satisfacción en el grupo B. Ello sugiere que los buenos resultados del grupo A se han obtenido por defecto, mientras que los del grupo B son efectos remanentes del tratamiento.

Índice de satisfacción

En el grupo A, el 26% estaban muy satisfechos con el tratamiento, el 29% medianamente satisfechos, el 25% insatisfechos, el 10% muy insatisfechos, y el 15% no entendieron la pregunta.

En el grupo B, el 75% estaban muy satisfechos del tratamiento, el 17% medianamente satisfechos, el 5% insatisfechos, el 3% muy insatisfechos, y el 0% no entendió la pregunta.

Esta diferencia es significativa ($p = 0.001$).

A la pregunta: «¿Repetiría el tratamiento si se lo propusieran de nuevo?»;

Los pacientes del grupo A han respondido: Sí 31 %, No 60%, No lo sabe 5 %, No entiende la pregunta 4%;

Los pacientes del grupo B han respondido: Sí 97 %, No 1 %, No lo sabe 1 %, No entiende la pregunta 0%.

A la pregunta: «¿Aconsejaría el tratamiento a un amigo?»;

Los pacientes del grupo A han respondido: Sí 40 %, Non 40 %, No lo sabe 20 %, No entiende la pregunta 0%;

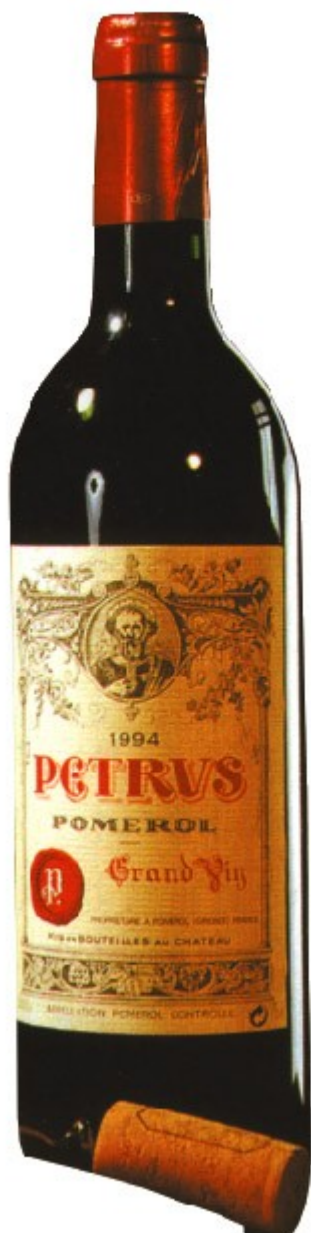
Los pacientes del grupo B han respondido: Sí 98 %, No 1 %, No lo sabe 1 %, No entiende la pregunta 0%.

Factores de buen resultado

El sexo de los pacientes no ha tenido influencia, al menos sobre los resultados obtenidos.

El consumo de tabaco no ha tenido ninguna influencia a pesar de los esfuerzos desplegados para demostrar lo contrario.

El abordaje en el aspecto de los accidentes de trabajo ha mostrado un efecto significativamente negativo en los pacientes del grupo A, y un efecto positivo en los pacientes del grupo B; los pacientes de accidente de trabajo tratados con Petrus evolucionaban aún mejor que los otros. No obstante, los paciente del grupo B en conjunto rechazaron la reincorporación a su actividad profesional, pero la diferencia no es significativa.



DISCUSION

El tratamiento quirúrgico por artrodesis posterior de las lumbalgias por discopatía resistentes al tratamiento médico está considerado como tratamiento de referencia a pesar de sus insuficiencias y las dudas que provoca. En efecto, los resultados presentados en los diferentes trabajos están focalizados en alcanzar una inmovilización tan perfecta como posible del o de los niveles vertebrales dolorosos.

Conjuntamente, presentamos los resultados de un tratamiento alternativo en el que el modo de acción, por lo que sabemos, es probablemente complejo y multifactorial : los diferentes componentes del vino se expresan en un conjunto armonioso que provoca su efectividad : efecto ansiolítico, antiálgico y euforizante de la parte alcoholizada a nivel central, efecto mal conocido pero probable de los taninos a nivel central pero también periférico y quizás a nivel discal y vertebral, efecto vasodilatador sobre los vasos vertebrales. Es posible que el Petrus tenga efecto sobre la misma degeneración discal, o consecuencias sobre el mecanismo del control del dolor; estas hipótesis precisan estudios experimentales complementarios.

De hecho, la artrodesis lumbar instrumentada, sea cual sea la técnica, en sí misma es un gesto complejo que realiza más que una inmovilización segmentaria: el despegamiento extenso del multifidus y del longissimus tiene un efecto combinado de desvascularización, de disminución de tensiones locales, de denervación de cápsulas articulares y masas

musculares. La perforación de los cuerpos vertebrales tiene efecto de descompresión ósea o de drenaje venoso. La implantación de placas metálicas es asimilable a un tratamiento con oligoelementos metálicos. Por fin, la vivencia extemporánea de una experiencia dolorosa intensa, modifica el asiento de la percepción del dolor, como testimoniaron los numerosos pacientes que señalaron inocentemente su dolor con un 10 durante el postoperatorio.

Es de notar que en este estudio los efectos de los dos tratamientos están muy claros, pero a pesar de todos los esfuerzos estadísticos no hemos podido poner en evidencia una diferencia significativa al comparar un tratamiento considerado estándar (artrodesis lumbar) con un tratamiento innovador nunca antes evaluado. No obstante, sospechamos que los buenos resultados de los pacientes del grupo B (tratamiento innovador) son francamente más buenos que los buenos resultados de los pacientes del grupo A; tal y como lo demuestran las altas puntuaciones obtenidas con respecto a ítem de satisfacción de los pacientes.

El hecho de que no haya diferencias es en si mismo un argumento muy fuerte para afirmar que el tratamiento innovador (Petrus, 2 tomas al día durante 6 semanas) es una alternativa perfectamente defendible comparada a la « referencia dorada » (gold standard en inglés) que es la artrodesis raquídea. De hecho, es probable que mejorando las técnicas de administración y modulando los horarios de la toma en desarrollos posteriores de la técnica, se puedan aportar mejorías y conseguir una diferencia significativa a favor del Petrus. Nuestro tratamiento es incompleto y se puede mejorar la posología, tal y como nos lo han sugerido la mayoría de pacientes. Existe un cierto aumento de los efectos negativos tras el cese del tratamiento. Pero la mejora de las modalidades de tratamiento debería corregir esta nefasta tendencia hacia un efecto beneficioso duradero. Los caminos a investigar son múltiples: administración de un 3º vaso de Petrus, por ejemplo antes de acostarse; prolongación del tratamiento; difusión de Petrus por venocat.

Además, en el grupo Petrus hay que destacar la ausencia total, al menos en nuestro estudio, de complicaciones nosocomiales, cicatrices, y pseudoartrosis.

La técnica de artrodesis lumbar utilizada en este estudio es una técnica clásica de artrodesis posterolateral instrumentada. Hay dudas en cuanto a lo que sucede en la flexión de la columna en cuanto a la movilidad tras una artrodesis posterolateral consolidada. Estos argumentos hacen considerar la posibilidad de combinarla con una artrodesis anterior con barras. Sería interesante que los que promueven estas técnicas pudieran comparar sus resultados con los del tratamiento innovador que hemos puesto a punto (ingestión intermitente de Petrus durante 6 semanas).

Hemos utilizado un tratamiento que se puede perfeccionar. El Petrus solo era del 94, no es un Margaux, y el tratamiento sólo era de un vaso por toma. Mejorar el esquema terapéutico, utilizar agentes terapéuticos más potentes, podría estar indicado en estudios posteriores.

De momento, el tratamiento quirúrgico está completamente cubierto por la seguridad social, mientras que el innovador no lo está. El estudio que presentamos, no deja dudas en cuanto a su efectividad, parece necesario que los seguros sociales trabajen en el tema para obtener lo antes posible la gratuidad de la cura con Petrus, por lo menos en las indicaciones descritas (lumbalgia crónica auténtica con degeneración discal en un solo nivel).

En efecto, a la vista de la débil tasa de complicaciones, los beneficios probables desde el punto de vista de la economía en los presupuestos de la salud son importantes. La gratuidad de la cura debería permitir el limitar el coste social de la lumbalgia crónica invalidante del adulto, y permitir finalmente a un mayor número de pacientes el acceso a un tratamiento eficaz e indoloro.

CONCLUSION

Los resultados de la enoloterapia intermitente son esperanzadores. Preconizamos un nuevo estudio realizado en condiciones diferentes: aumento de la posología del Petrus, inclusión de un numero mucho mayor de pacientes, para mejorar la potencia del estudio.

Desde ahora, a la vista de la buena eficacia del tratamiento innovador (grupo B), debería considerarse como una potencial alternativa en la lumbalgia crónica invalidante, a pesar de la ausencia de estudio placebo control. Grandes expectativas se esperan con la utilización de otros agentes terapéuticos de la misma clase, actualmente en pleno desarrollo (Château Margaux, etc...) de los que la eficacia terapéutica parece por lo menos prometedora en el plano teórico. Por el contrario, la combinación de los dos métodos terapéuticos, seductora en teoría, no se contempla actualmente en razón a los costes inducidos y las dificultades prácticas para su ejecución en el periodo operatorio. La administración de un agente de la misma clase al cirujano no tiene objeto a evaluar, pero habría que considerarla una potencial vía de investigación que recomendamos por sus ventajas prácticas en espera de resultados más completos.

Nota: Aunque uno o varios de los autores del presente estudio haya o hayan podido tener interés en un grupo o sociedad que pueda comercializar alguno de los agentes terapéuticos citados en este estudio ; o que ellos o miembros de sus familia hayan tenido o hayan sido vistos en posesión de los agentes terapéuticos citados en el presente estudio ; el o los autores declaran que su independencia profesional durante la realización del presente estudio ha sido plena y total y no ha influido en los resultados del estudio realizado por ellos.

Nota: Aunque los agentes terapéuticos puedan estar comercialmente disponibles, uno o varios de ellos no ha recibido aún la aprobación de la FDA para su utilización y uso terapéutico en la patología descrita y en la patología tratada en el territorio de los Estados Unidos de Norteamérica.

Nota: Uno o varios de los agentes terapéuticos citados en el presente estudio no ha recibido la aprobación AMM para el uso realizado en el presente estudio.

Nota: Los autores declinan cualquier responsabilidad en cuanto a las consecuencias del uso abusivo de los agentes terapéuticos citados anteriormente...

Bibliographie

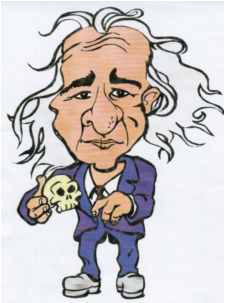
1. Abel L. The sure proof. Wine is sure proof that God loves us and wants us to be happy. *J Ark Med Soc* 1996;93:316-318.
2. Arthur, Perceval, Lancelot, et al. Goûtons voir si le vin est bon. *Proceedings de la Société du Graal* 1123;XIII
3. Athos, Porthos et Aramis. La vieille frégate branle du mât. *Mémoire Acad. Roy.* 1630
4. Blardi P, De Lalla A, Volpi L, et al. Stimulation of endogenous adenosine release by oral administration of quercetin and resveratrol in man. *Drugs Exp Clin Res* 1999;25:105-110.
5. Bullock JD, Wang JP, Bullock GH. Was Dom Perignon really blind? *Surv Ophthalmol* 1998;42:481-486.
6. Burr ML. Explaining the French paradox. *J R Soc Health* 1995;115: 217-219.
7. Christiansen C, Thomsen C, Rasmussen O, et al. Wine for type 2 diabetic patients? *Diabet Med* 1993;10: 958-961.
8. Cole P. Of light bulbs and wine glasses: risk factors and mortality trends. *Trans Stud Coll Physicians Phila* 1988;10:95-102.
9. Fiorelli G. More on the protective role of wine. *Ital Heart J* 1999;27:437-438.
10. Gronbaek MN. In vino veritas? *Ugeskr Laeger* 1995;157: 6415.
11. Hoolihan C. Wine and regimen from Hippocrates to the renaissance. *Caduceus* 1993;9:5-16.
12. Jarisch R, Wantke F. Wine and headache. *Int Arch Allergy Immunol* 1996;110:7-12.
13. Kaufman HS. Red wine headache. *Lancet* 1988;1:992-993.
14. Lee TH. To be honest, I have about four drinks per day - a beer when I get home from work, a couple of glasses of wine with dinner, and a nightcap. Sometimes, I also have a glass of wine at lunch. Alcohol has never interfered with my work or caused any problems in my home life, and my liver is fine, so I do not think I have an «alcohol problem.» plus, I expect that my alcohol use has something to do with my terrific HDL-cholesterol level - 57 mg/dL. *Harv Heart Lett* 1999;9:8.
15. Loser C. When can you recommend one or two glasses of wine? A little alcohol can increase longevity, but a reliable dosage limit is not available. *Mmw Fortschr Med* 142:34-36.
16. Martin D. Little old wine drinker me. *L Vegas Med J.* 1968
17. Milon de Crotone. Mécanique du disque. *Anal. Surg.* 600 BC
18. Mitchell M. Gone with the wine. *Atlan. Med. J.* 1936
19. Morowitz HJ. The wine of life (Claude Bernard). *Hosp Pract* 1978;13:173, 176.
20. Moutet JP, Demeulemeester R, Riff H, et al. Alcohol consumption in



A. W. Nurus

“..... y la mayoría de las veces se hará muy difícil expresar la opinión personal, aunque haya sido manifestada con la mayor humildad y rigor científico posible. El “orden” establecido puede interpretarla como un intento de socavar los cimientos de una posición pragmática que perpetúa situaciones de comodidad que impiden reconsiderar planteamientos, a veces, muy anticuados. Hay que ser valientes pero cautos; la ironía en clave de humor permite decir lo mismo sin necesidad de dar argumentos a las iras de los poderosos. La mayoría de las veces, éstos pasarán por alto el auténtico mensaje; que solo los auténticos intelectuales inquietos valorarán en su justa medida..”

Desde una de las vertientes del GBMOIM se ha considerado que no era “una pérdida de tiempo” la traducción y difusión en español de éste, que consideramos un artículo de una cierta genialidad representativa del humor y “savoir faire” francés característica. En clave de humor (auténtico) los autores se permiten la crítica a los procedimientos terapéuticos “establecidos”, a los protocolos utilizados en la defensa de actitudes basadas en “la evidencia científica”, y a las instituciones socio-políticas que deben velar por la salud pública. Un pequeño reconocimiento al sufrido profesional de la sanidad y a los auténticos deseos del ciudadano de a pie.



doctormanos00@gmail.com (se admite correspondencia, para bien o para mal)