

Serie de pacientes con artritis reumatoidea tratados con el Sistema Integral de Salud Mokichi Okada

Case series of patients with rheumatoid arthritis treated with Okada Style System of Health

Adrián Murature, Paula Ortiz, Pedro Tais

Resumen

Introducción: describir la evolución de siete pacientes con artritis reumatoidea (AR) tratados con el Sistema de Salud Mokichi Okada (SISMO) sumado al tratamiento estándar de dicha entidad clínica.

Métodos: serie casos con diagnóstico de AR de más de un año de evolución que estuvieran recibiendo alguna droga modificadora de la enfermedad. Además de tratamiento estándar se les ofreció ser tratados durante seis meses con Terapia Depurativa estilo Okada (una forma de terapia de manipulación bioenergética personalizada) y con estrategias de fomento del Arte y la Cultura y de la Alimentación y Agricultura natural. Fueron evaluados antes, durante y posteriormente a la intervención con una escala analógica visual de intensidad del dolor, con la escala DAS28 de actividad de la enfermedad, con la escala HAQ de calidad de vida, con el autoreporte de consumo de fármacos y con marcadores de laboratorio de inflamación.

Resultados: el escaso número de participantes no permitió efectuar pruebas de significancia estadística por lo que la evaluación de los resultados debió basarse en la representación gráfica de la distribución temporal de las variables, observándose clara mejoría en los puntajes de discapacidad, una tendencia a la mejoría en los de dolor y un menor uso de anti-inflamatorios no esteroides (AINE).

Conclusiones: la evolución de los siete casos de AR tratados con SISMO fue satisfactoria, por lo que consideramos que estos resultados pueden motivar futuras investigaciones sobre esta terapia.

Abstract

Introduction: To describe the evolution of seven patients with rheumatoid arthritis (RA) treated with Okada Style System of Health (OSSH) added to RA evidence based standard treatment.

Methods: case series of seven patients with diagnosis of RA of more than one year of evolution that were receiving some disease modifying drug. In addition to the standard therapy they were treated during six months with Style Okada Depurative Therapy (a bioenergetic therapy that includes personalized manipulation) and with strategies of Art and Culture, and Natural Feeding and Agriculture promotion. They were evaluated before, during the process and after the intervention with the following variables: an analogical visual scale to record pain intensity, DAS28 scale (to evaluate the activity of the illness) HAQ scale (to evaluate quality of life) and with the autoreport of consumption of medicines and laboratory analysis of inflammation.

Results: the scarce number of participants did not allow us to perform significance statistics tests. So, the evaluation of the results was based on the graphic representation of the temporary distribution of the variables. A clear improvement was observed in disability scores, a tendency to improvement was seen in pain scores and in the decrease of the use of non steroid anti-inflammatory drugs (NSAID).

Conclusions: the evolution of seven cases of RA treated with OSSH was satisfactory, so we consider that this results may inspire new investigations about this therapy.

Palabras Claves: artritis reumatoidea, dolor, medicina complementaria, calidad de vida, funcionalidad.

Key words: rheumatoid arthritis, pain, complementary medicine, quality of life, functionality.

INTRODUCCIÓN

La Artritis Reumatoidea (AR) es una enfermedad sistémica autoinmune caracterizada por provocar inflamación crónica de las articulaciones, que produce su destrucción progresiva con distintos grados de deformidad e incapacidad funcional¹.

Su causa sigue siendo desconocida, aunque hay datos que sugieren que podría ser desencadenada por una infección en individuos genéticamente predispuestos. Su prevalencia mundial ronda el 1%², mientras que datos argentinos de la Secretaria de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires³ informan que unas 500.000 personas sufren AR.

Predomina en mujeres de 25 a 50 años, en una relación de tres mujeres por cada hombre afectado, y más de dos tercios de los afectados afirman que su condición les impide llevar una vida productiva^s y en los casos más avanzados, hasta interactuar libremente con otras personas, llevándolas a una vida solitaria y alejada del resto de la sociedad.

Si se la deja librada a su curso natural, luego de 12 años de enfermedad el 80% de los afectados desarrolla discapacidad parcial y el 16% discapacidad total⁴; generando además disminución en la expectativa de vida (tres a dieciocho años) así como altos costos para el sistema de salud y para las familias de los pacientes. Vale destacar que el control de la enfermedad y el inicio de rehabilitación temprana disminuirían estos costos en un 21%⁵.

El ser humano sano configura un conjunto de aspectos que funcionan en forma integrada, con una buena relación con el resto de las personas y con el ambiente que lo rodea. Este proceso se ve alterado profundamente cuando la persona se enferma. Todo ser humano que sufre dolores físicos, concentra su atención en su padecimiento, y sus posibilidades y expec-

tativas de vida van achicándose y reduciéndose paulatinamente. Tanto más, cuando la enfermedad que padece se prolonga en el tiempo y al dolor se agrega falta de movilidad, degradación del cuerpo y ausencia de esperanzas de curación^{ss}. En este sentido, vale destacar que los pacientes con AR tienen una alta prevalencia de depresión. Por ejemplo, Cadena y col.⁶ la documentaron en Medellín (Colombia) en el 58% en los pacientes con AR.

Los actuales estándares farmacológicos de tratamiento de la AR⁴ contemplan el empleo de:

1) anti-inflamatorios no esteroideos para la resolución de manifestaciones clínicas relacionadas con la actividad de la enfermedad, valorando previamente la probabilidad de efectos adversos gastrointestinales, renales o cardiovasculares (nivel evidencia Ia, recomendación tipo B);

2) glucocorticoides sistémicos en forma temporaria para la reducción del dolor y el edema (nivel de evidencia Ia, recomendación tipo A);

3) drogas modificadoras la enfermedad como metotrexate (nivel de evidencia Ia, recomendación tipo A) y/o terapia biológica tipo anti-factor de necrosis tumoral (nivel de evidencia Ib, recomendación tipo B) que han mostrado eficacia en el control de la progresión radiológica.

El Proyecto del Sistema Integral de Salud Mokichi Okada (SISMO)

El Proyecto del Sistema Integral de Salud Mokichi Okada (SISMO) ofrece a los pacientes tres vertientes de trabajo de recuperación que alcanzan no sólo al cuerpo físico, sino también a los aspectos mental, emocional y espiritual. Ellos son la Terapia Depurativa estilo Okada, el sistema de alimentación con Agricultura Natural y el Método de Arte y Cultura⁸, descriptos en el cuadro 1.

S El 80% de los pacientes con AR expresan que su condición les ha dificultado el desarrollo de todas sus actividades. Durante los períodos de mayor afección, el 70% de los pacientes deja de hacer ejercicios y las tareas del hogar, mientras que la mitad abandona su vida social, familia y amigos.

SS Las actividades a las que antes dedicaba todas sus energías y capacidades, se limitan cada vez más. El estado de ánimo decrece, la persona se vuelve hosca, pesimista y negativa y proyecta esta actitud a su entorno, de manera que la familia y su medio laboral se afectan notablemente. Esta breve descripción intenta reflejar el estado de ánimo y los sentimientos que manifiestan las personas que padecen de artritis reumatoidea y enfermedades crónicas discapacitantes en general.

Cuadro 1: descripción de los tres componentes del Sistema Integral de Salud Mokichi Okada.

La Terapia Depurativa estilo Okada La Terapia Depurativa estilo Okada (TDEO) debe su nombre y método terapéutico a Mokichi Okada, cuya labor se inicia en 1934 con su “Chiryoin” (clínica) del método terapéutico popular. A la TDEO se la incluye dentro de las terapias bionergéticas y concibe al cuerpo humano como un todo y no como partes separadas que han sido unidas, lo que implica interpretar a la enfermedad como un fenómeno global, que puede implicar manifestaciones clínicas y sufrimiento en más de un lugar del cuerpo. Concibe a los materiales de desecho y a las impurezas acumuladas en el interior del organismo como la causa de la enfermedad, explicando que los síntomas aparecen cuando se inicia el proceso de limpieza, que se apoyaría en la fusión energética de los tres elementos presentes en todo el universo (fuego, tierra y agua). El proceso terapéutico intenta centrar y canalizar estos tres elementos hacia la estructura afectada, con el objetivo de activar el poder de recuperación natural inherente a todo cuerpo humano. En sus aspectos operativos, la TDEO considera que cada lugar del cuerpo humano en el que pueden aparecer manifestaciones clínicas (p. ej. dolor) corresponde a alguna de las 21 zonas de referencia que deben ser exploradas en un ambiente relajado en todos los pacientes que presentan algún síntoma. Durante la exploración se intenta pesquisar la zona con mayor temperatura, mayor dolor y/o mayor dureza (a la que se da el nombre de “punto vital”) lo que toma unos siete minutos a un terapeuta certificado. Luego de documentar los “puntos vitales” en la historia clínica, el terapeuta ubica su mano en la forma más cómoda posible (y con la palma de la mano en forma cóncava y sin tocar al paciente) a una distancia de 30 a 60 cm de la zona afectada. La mano debe estar ubicada en la mitad de una línea imaginaria que va desde los ojos del terapeuta hasta la región del cuerpo del paciente en la que se ha diagnosticado el “punto vital”, debiendo el terapeuta mirarse la región dorsal de su mano y dirigir hacia el punto vital la concavidad de su región palmar durante unos cinco a siete minutos, ya que este procedimiento concentraría la energía curativa sobre dicho punto vital promoviendo su sanación. Luego de este paso, el terapeuta vuelve a chequear si los “puntos vitales” han experimentado mejoría en términos de menos dolor, menos calor y/o menos dureza; pudiendo repetir la operación hasta que el paciente no tenga más el síntoma (p. ej. dolor) o hasta un máximo de 40 minutos. El fomento del arte y la cultura Entre las herramientas terapéuticas se encuentra el fomento de las actividades que impliquen que el sujeto se conecte con	la belleza que proporciona la naturaleza y con las diferentes manifestaciones del arte creado por la humanidad. La idea es dejar de lado momentáneamente el razonamiento, para tomar conciencia de los sentimientos, con el objetivo de “conectar la conciencia con el espíritu”; y -con la ayuda de un instructor- serenarse, relajarse plácidamente y a través de esa conexión, aprender a observar la propia situación de vida desde una nueva perspectiva. Se plantea que este proceso ayudaría a flexibilizar rasgos de la personalidad, a suavizar el carácter y a recobrar el deseo de establecer vínculos alegres, mejorando así la calidad de vida. Una alternativa posible es implementar la práctica del arte floral (Korinka) o la preparación y el consumo del “té en bandeja” (Bontemae). Se denomina Korinka a una técnica de arreglos florales creada y desarrollada por Mokichi Okada, que con un sentido asimilable a lo que conocemos en Occidente como una “terapia ocupacional” procura que el paciente se plantee pequeños proyectos -que implican las sucesivas etapas de planificación, ejecución de los mismos y posterior satisfacción de haberlos concretado- que le permitan recuperar la autoconfianza, pensar en nuevos proyectos, sueños e ideales, de a poco ir desarrollando la energía y la capacidad operativa necesaria para concretarlos; y en último término, a dar un sentido a su existencia. Se denomina Bontemae a una técnica de preparación tradicional del té con el objetivo de agasajar, contener y valorar a la persona invitada, en forma análoga a lo que conocemos en nuestra región como la cebadura del mate con bombilla. Respecto del fomento del arte y la cultura, se da especial importancia a la visita de museos, teatros, plazas, ferias artesanales, y cualquier manifestación artística que contenga expresiones que sirvan para el deleite y el disfrute del ser humano. El fomento de la agricultura y los alimentos naturales Los principios de la Agricultura Natural son el respeto y el amor por la tierra. Se plantea que cuando no es contaminada y cuando no se utilizan fertilizantes artificiales, la tierra y los alimentos que ella produce, manifiestan su poder innato y una fuerza vital en forma de “energía espiritual” que tiende a que quienes los consumen conserven y/o recuperen su salud. Esta energía predominaría en alimentos frescos, como vegetales recién cortados y aves y peces recién capturados. Se plantea también la importancia de aprender a comer con la conciencia de estar absorbiendo la “energía del espíritu” de los alimentos, con actitud de agradecimiento y seleccionando aquellos propios de la región en la que vive el paciente y de cada estación del año, condimentándolos suavemente con especias naturales.
--	---

La Red de MOA⁹ para una Existencia Saludable es un sistema de atención a pacientes –ambulatorios e internados– desarrollado por terapeutas certificados de MOA que, de manera voluntaria, ofrecen la práctica del SISMO centralizado en la TDEO a los pacientes de las distintas regiones de mundo. La práctica de estas Redes no se limita a la TDEO sino que ofrecen su apoyo y contención al paciente y a su familia para la práctica del SISMO, convirtiéndose en un complemento indispensable del tratamiento médico, en función de la recuperación del paciente.

El núcleo de las Redes de MOA para una Existencia Saludable, son los “Hogares Integrantes de MOA”, hogares de Terapeutas Básicos que son parte del núcleo de la Red de MOA junto con los Centro de Salud Ryojin y Chiryoin, y actúan conjuntamente con el personal médico especializado en el seguimiento de los pacientes. A lo largo de 2009 y 2010 un grupo de profesionales de la Red MOA Santiago de Estero (Argentina) hemos tenido la grata experiencia de trabajar con pacientes con AR, por lo que hemos considerado útil difundirla.

OBJETIVOS

Describir la evolución de siete casos tratados con el Sistema de Salud Mokichi Okada (SISMO) durante seis meses sumado al tratamiento estándar de la Artritis Reumatoidea de acuerdo a los actuales Guías de Tratamiento de dicha entidad con dicho tratamiento supervisado por un Especialista en Reumatología.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Descripción de una serie de casos.

Población

Muestra de conveniencia (no probabilística) de siete de los diez pacientes referidos desde la Asociación de Artritis Reumatoidea de la ciudad Capital de Santiago del Estero. Fueron criterios de inclusión tener diagnóstico de artritis reumatoidea de más de un año de acuerdo los criterios del Colegio Norteamericano de Reumatología¹⁰ (en inglés ACR) y estar recibiendo alguna droga modificadora de la enfermedad.

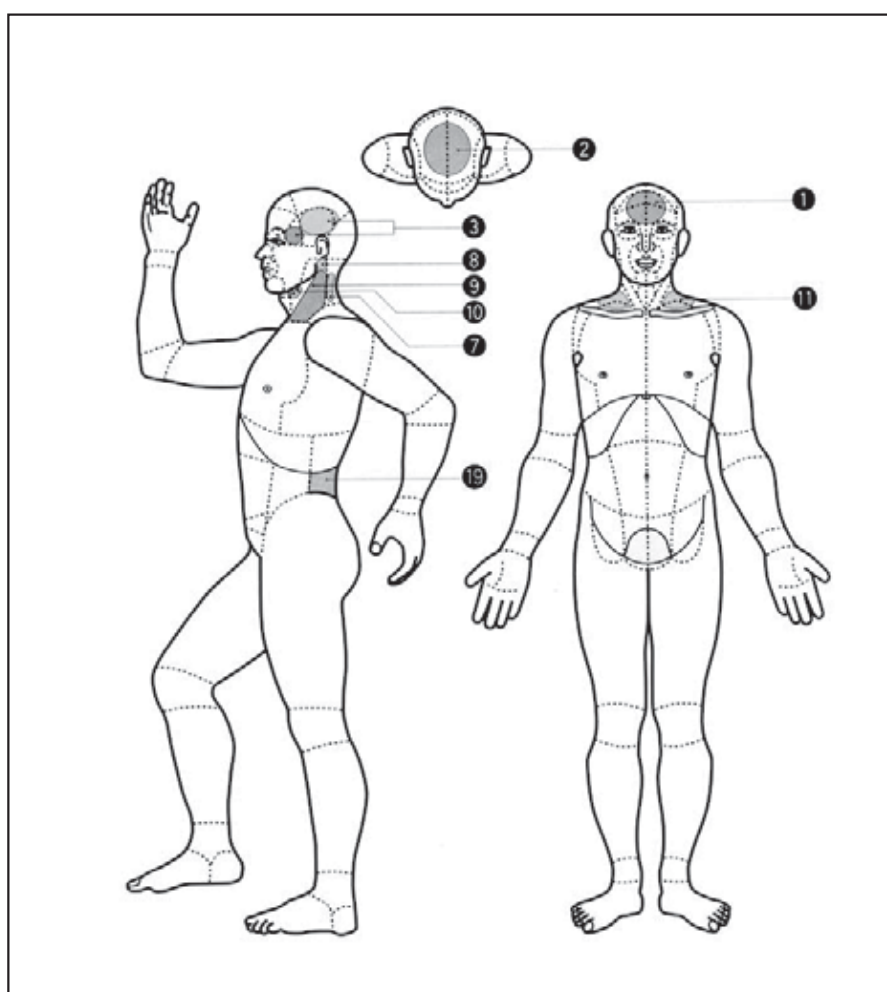
Intervención

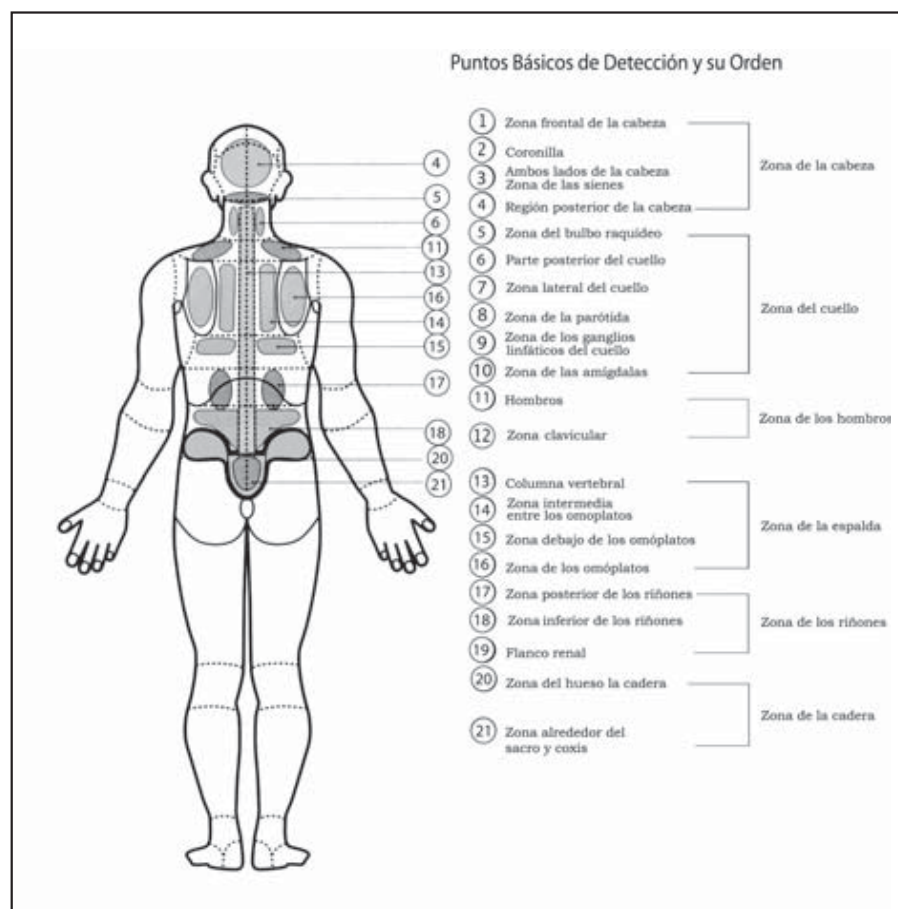
Los pacientes fueron entrevistados en los consultorios del SISMO mensualmente con su médico tratante y con una médica encargada de brindarles educación alimentaria. Además del tratamiento estándar, prescripto y controlado por la especialista en reumatología, a todos los pacientes se les ofreció ser tratados con el SISMO que comprende la implementación de:

1) Terapia depurativa estilo Okada, 2) fomento del Arte y la Cultura, y 3) promoción de la Alimentación y la Agricultura Natural.

Los pacientes recibieron Terapia Depurativa tres veces por semana (ver cuadro 1) con una duración máxima de 40 minutos. A aquellos en quienes los puntos vitales persistieron, se les hizo pasar a alguno de los otros dispositivos terapéuticos, ofreciéndoles otra sesión más tarde durante el mismo día o durante otro día. Cada punto vital fue registrado en la historia clínica (ver figura 1) y salvo que hubiera documentado algún punto vital de alta intensidad, definido como dolor 10 en 10, el terapeuta trató los puntos vitales siguiendo un orden céfalo-caudal, preguntando al paciente luego de la TDEO que había sentido durante la misma.

Figura 1: representación de las 21 zonas de palpación de los Puntos Vitales de la Terapia Depurativa estilo Okada.





Con una periodicidad quincenal realizaron talleres grupales de Korinka y de Bontemae (ver cuadro 1) de 40 minutos de duración y coordinados por un terapeuta certificado, con la participación de un psicólogo como observador para complementar la evaluación psicológica de los participantes.

A través de una entrevista en profundidad y del método de observación participante, una educadora sanitaria entrevistó en su domicilio a los pacientes y a su familia antes y durante la intervención, con el objetivo de valorar aspectos socioeconómicos, la percepción de la enfermedad y de la vida, el tipo de relación y la forma de comunicación con los miembros de su familia, la percepción de la familia respecto a la problemática de la salud y las acciones que ésta lleva a cabo para el cuidado de la salud. A partir de los datos que fueron arrojando estas entrevistas, la educadora sanitaria intentó suscitar la reflexión sobre el proceso salud-enfermedad, acciones de promoción y prevención de la salud, como así también de sensibilización del ámbito familiar. Brindó apoyo y contención a los pacientes y su familia durante la intervención, promoviendo la reflexión constante con el objetivo final de ayudarlos a que los pacientes desarrollen autonomía y autocuidado respecto de su enfermedad crónica.

Con una frecuencia quincenal cada paciente fue entrevistado en los consultorios por el psicólogo con el objetivo de evaluar su estado de ánimo, sus temores, sus expectativas y el impacto que iba percibiendo res-

pecto del tratamiento, abordándose además los posibles problemas o dificultades que fueran apareciendo. De esta manera, las entrevistas tuvieron una finalidad diagnóstica y una finalidad terapéutica para contribuir al mejoramiento de la salud del paciente y al mantenimiento de las pautas del tratamiento.

Evaluación de los resultados

Evaluación cuantitativa de la intensidad de dolor, la calidad de vida y la actividad de la enfermedad.

Todos los pacientes fueron revisados mensualmente por una Médica Especialista en Reumatología y además fueron evaluadas en forma objetiva las siguientes variables clínicas.

- Intensidad de dolor: a todos los pacientes se los interrogó por primera vez antes del tratamiento (basal o tiempo: 0) y luego mensualmente hasta el quinto mes, sobre la intensidad de su dolor; y se les solicitó que lo documentaran en una escala analógica visual que va desde cero (ausencia de dolor) hasta diez (el máximo dolor imaginable para el paciente) tratándose la variable en forma numérica, ordinal y discreta.

- Calidad de vida: fue evaluada mensualmente, desde antes del tratamiento y luego de terminado el mismo, a través de la versión validada en Argentina del cuestionario HAQ¹¹, un cuestionario con buena reproducibilidad y consistencia interna, efectivo para predecir deterioro funcional, discapacidad laboral, necesidad de cirugía articular y mortalidad prematura. Está integrado por 20 preguntas distribuidas en ocho categorías (vestirse y arreglarse, levantarse, comer, caminar, higienizarse, alcanzar, realizar presión, etc.) y el rango de su puntaje va desde 0 (ausencia de discapacidad) hasta 3 (alto grado de discapacidad). Esta variable fue tratada en forma numérica y continua.

- Actividad de la enfermedad: fue valorada a través de la escala DAS28¹²-incluye el recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas, la evaluación global de la enfermedad por el paciente medida en milímetros a través de una escala analógica visual y la velocidad de sedimentación globular (VSG) o "eritrosedimentación" en mm/durante la primera hora- que fue aplicada a los pacientes antes y después de la intervención. Se consideró enfermedad en

remisión cuando la puntuación fue menor a 2,6; baja actividad de la misma cuando el puntaje osciló entre 2,6 y 3,2; moderada actividad cuando se encontró entre 3,2 y 5,1 y severa cuando superó 5,1 como proponen Casalla y col.¹³ Se consideró clínicamente significativo a cualquier variación (para mejor o para peor) de un mínimo de 1,2 puntos en un lapso de seis meses.

Estas evaluaciones fueron realizadas en el Instituto de Rehabilitación y en el Instituto Casali de la Ciudad Capital de Santiago del Estero.

Exámenes complementarios

Antes de comenzado el tratamiento y luego de terminado el mismo, todos los pacientes fueron sometidos a sendas determinaciones cuantitativas de factor reumatoideo (“Atri-test”), de la velocidad de eritrosedimentación globular y de proteína C reactiva; y a valoraciones radiológicas (radiografías de manos, pies y columna cervical).

Los análisis de laboratorio fueron realizados en el IBAC y las radiografías en el Instituto Provincial de rehabilitación Integral.

Evaluación psicológica

Con el objetivo de documentar efectos beneficiosos o contraproducentes sobre el estado de ánimo, la salud psíquica y la percepción de su enfermedad, todos los pacientes fueron evaluados por un psicólogo antes de comenzar el tratamiento e inmediatamente después de haberlo finalizado través de: a) una MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional que brinda datos cuantitativos del estado actual del paciente a nivel mental y permite detectar alteraciones de las principales funciones psíquicas (estado de ánimo, ansiedad, etc.)[§]; b) un Test de Rorschach¹⁵, que permite evaluar el estado actual del paciente, su nivel de funcionamiento psíquico actual y las características más estables de su personalidad, permitiendo además establecer una relación entre su nivel de rendimiento actual (intelectual y emocional) y su capacidad potencial (que se presume disminuido en este caso por enfermedad crónica que está siendo tratada).

Análisis de los resultados

Los resultados fueron primeramente tabulados en una planilla de cálculo y luego exportados al programa estadístico STATA 10.0. El pequeño número de pacientes incluidos no permitió que las variables analizadas tuvieran distribución normal o “gaussiana”, por lo que para el reporte se decidió utilizar como medidas de tendencia central y dispersión respectivamente a la mediana y el rango. Para el análisis de las tendencias temporales de las variables para las que se disponía de mediciones consecutivas (puntaje de dolor en la escala analógica visual y resultados de cuestionario HAQ) se efectuó en primer término una inspección gráfica de los resultados, realizándose luego pruebas estadísticas para valorar las mismas.

Para el análisis de las variables para las que sólo se disponía una medición anterior y otra posterior a la intervención evaluada (índice de actividad de la escala DAS28, uso de drogas y parámetros de laboratorio) se realizó en una primera instancia una inspección gráfica de su distribución, y luego una prueba no paramétrica para muestras pareadas.

El protocolo contó con el aval ético del Colegio Médico de Santiago del Estero.

RESULTADOS

De los diez pacientes que fueron derivados desde la Asociación de Artritis Reumatoidea de la ciudad Capital de Santiago del Estero y que cumplieron con los criterios de inclusión, tres abandonaron el protocolo (una paciente debido a que tuvo que ser intervenida quirúrgicamente y dos, por decisión propia).

Por lo tanto describiremos los resultados de los siete pacientes (cinco mujeres y dos varones) que recibieron en forma completa la intervención del Sistema de Salud Mokichi Okada (SISMO).

Las características basales de la población y las posteriores a la intervención se describen en la tabla 1.

§ De ser necesario y de acuerdo a los datos arrojados por este protocolo de entrevista se aplicó un cuestionario específico para la función que se presumió alterada (p. ej. un cuestionario específico para depresión).

Tabla 1: características de los pacientes antes de comenzada la intervención y posteriormente a la misma.

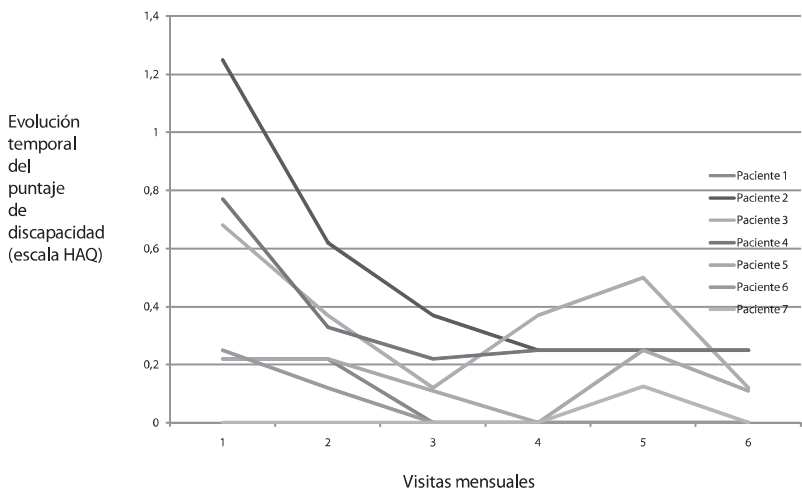
		Antes	Después
Edad en años (mediana y rango)		55 (44 a 62)	
Puntaje de calidad de vida y discapacidad ^b (mediana y rango)		0,25 (0 a 1,25)	0,11 (0 a 0,25)
Puntaje de dolor ^a (mediana y rango)		8 (3 a 10)	5 (0 a 10)
Puntaje de actividad de la enfermedad ^c (mediana y rango)		3,94 (1,87 a 4,61)	2,28 (0 a 5,32)
Criterios de depresión mayor		3 (43%)	0 (0%)
Tendencia a la retracción social		7 (100%)	0 (0%)
Presencia sostenida de ansiedad		4 (57%)	0 (0%)
Uso de drogas (número de pacientes y pocentaje)	Anti inflamatorios no esteroides (AINE)	6 (86%)	2 (29%)
	Corticoides	4 (57%)	3 (43%)
	Agentes biológicos	4 (57%)	2 (29%)
	Agentes modificadores de enfermedad	7 (100%)	3 (43%)
Parámetros de laboratorio (mediana y rango)	Velocidad de sedimentación globular	29 (14 a 82)	60 (30 a 100)
	Proteína C reactiva	48 (5 a 96)	5 (5 a 40)
	Factor reumatoideo cuantitativo ("Artri-test")	80 (9 a 320)	16 (9 a 320)

^aDe acuerdo a una escala analógica visual que va de 0 (ausencia de dolor) a 10 (máximo dolor posible). ^bResultados del cuestionario HAQ, en el que menores valores implican menor discapacidad. ^cDe acuerdo a la escala DAS28.

Descripción de los resultados de la intervención

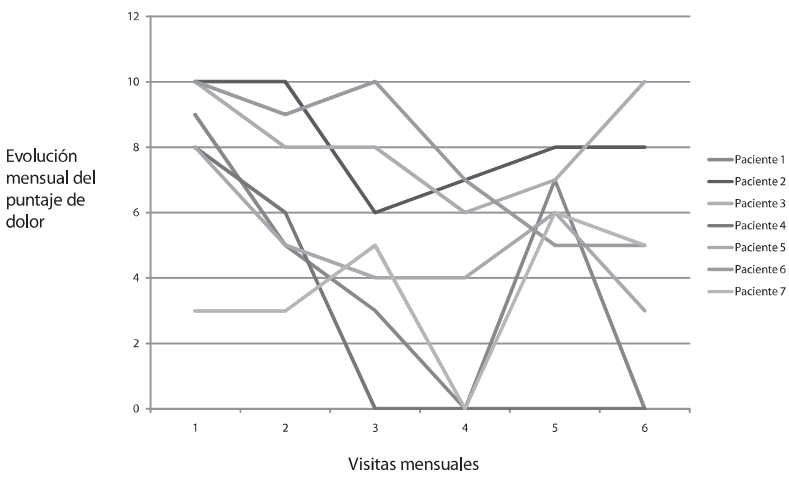
La inspección gráfica de la evolución temporal de los puntajes de discapacidad sugiere que los pacientes mostraron una mejoría a lo largo de la intervención (ver figura 2).

Figura 2: evolución temporal de los puntajes de discapacidad de siete pacientes con artritis reumatoidea que fueron sometidos al Sistema de Salud Mokichi Okada (SISMO).



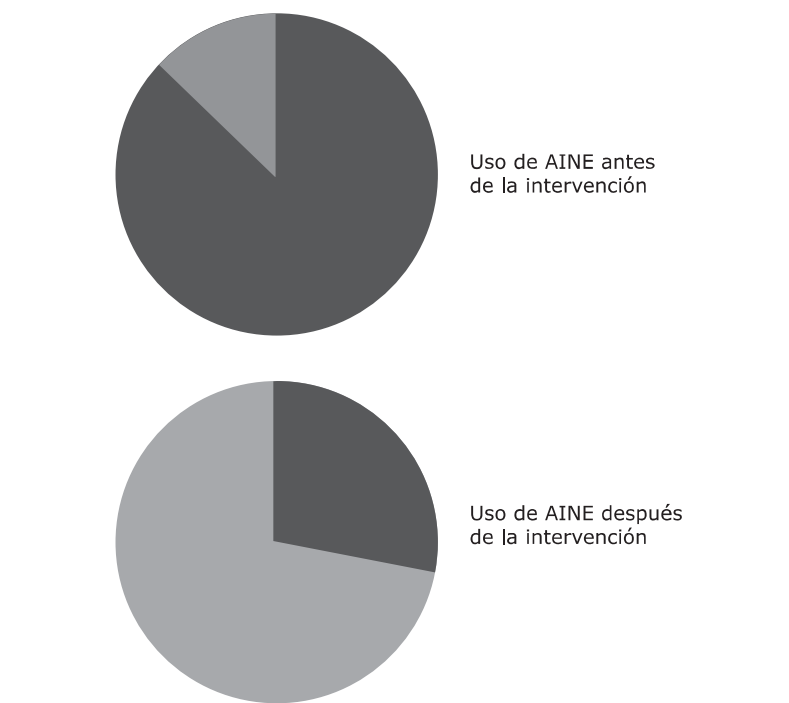
Aunque con menor claridad que la descripta previamente, la evolución temporal de los puntajes de dolor sugiere también una leve tendencia a la mejoría a lo largo de las visitas que los pacientes efectuaron durante la intervención. Ver figura 3.

Figura 3: evolución temporal de los puntajes de dolor de siete pacientes con artritis reumatoidea que fueron sometidos al Sistema de Salud Mokichi Okada (SISMO).



Como puede apreciarse en la tabla 1 y la figura 4 cinco de los siete pacientes utilizaban AINE antes de la intervención y solo dos después de la misma; cuatro pacientes usaban corticoides antes de la intervención y tres luego de la misma; cuatro pacientes usaban agentes biológicos antes de la intervención y dos de ellos luego de la misma; y todos los pacientes utilizaban otros modificadores de curso de la enfermedad antes de la intervención y tres de ellos luego de la misma.

Figura 4: comparación entre el uso de anti inflamatorios no esteroides, antes (86%) y después (29%) de la intervención.

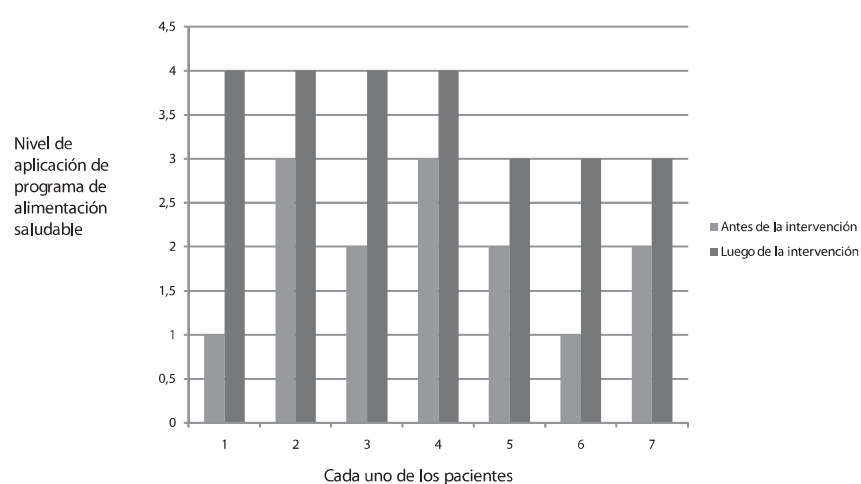


Como puede también apreciarse en la tabla 1, los resultados de la evaluación a través de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional revelaron una tendencia a la mejoría en el ánimo, en los síntomas de ansiedad y en el funcionamiento social.

No se observaron diferencias clínicamente aparentes en el índice de actividad de enfermedad evaluado a través de la escala DAS28, ni en los parámetros de laboratorio evaluados.

Respecto de las pautas de alimentación saludable, se evidenció un claro aumento en su implementación cuando se comparan los resultados de la encuesta antes y después de la intervención. Ver figura 5.

Figura 5: grado de aplicación de las pautas de alimentación saludable antes y después de la intervención.



0:nunca; 1:no mucho; 2:la mitad de las veces; 3:considerablemente; 4:siempre.

DISCUSIÓN

Las series de casos permiten organizar y volver a narrar la evolución de la enfermedad de un paciente o de un grupo de ellos, sobre la base de alguna característica que los vuelve semejantes^{16 17}. En la serie que aquí presentamos son dos las cualidades que permiten agruparlos:

- 1) el síndrome clínico que los aqueja (la artritis reumatoidea);
- 2) los cuidados médicos instituidos (el Sistema Integral de Salud Mokichi Okada).

Este formato de reporte permite organizar y sintetizar la información sobre tiempo, lugar y personas para que pueda ser revisada e interpretada rápidamente. Su principal fortaleza es la velocidad con la que pueden realizarse y comunicarse¹⁸. Si embargo tienen la desventaja de ser estudios "no controlados", lo que puede conducir a conclusiones erróneas. Por ejemplo, la ausencia de grupo control no nos permite descartar que esta mejoría que hemos observado haya sido consecutiva a una evolución natural de la enfermedad; al trato personalizado que se le brinda a los pacientes que son atendidos en este tipo de dispositivo o al propio Sistema de Salud Integral Mokichi Okada.

Además, si bien en nuestra serie de casos hemos observado gráficamente una clara tendencia a la mejoría en los puntajes de discapacidad (medidos con la escala HAQ y que se observan en la figura 2) y una tendencia algo más discreta a la mejoría en los puntajes de dolor (medidos con la escala analógica visual y que se describen en la figura 3) no podemos descartar el rol que pudo haber jugado el azar en esta distribución, como consecuencia del escaso número de integrantes de la muestra.

Si bien no podemos obviar lo expresado previamente, tampoco podemos olvidar que, adicionada al tratamiento estándar que recomiendan las Guías de Tratamiento de la AR basadas en la Evidencia⁴, hemos observado que la intervención instituida en estos siete casos tiene alta probabilidad de ser segura en términos de efectos adversos y de toxicidad.

CONCLUSIONES

La evolución de los siete casos de AR tratados con SIS-MO fue satisfactoria, por lo que consideramos que estos resultados pueden actuar como punto de partida para motivar futuras investigaciones sobre este tipo de dispositivo terapéutico, por ejemplo en forma de ensayos clínicos aleatorizados y controlados.

Fuente de financiamiento y/o conflicto de intereses: el Dr. Sergio Terrasa, editor de Archivos de Medicina Familiar y General recibió honorarios a través de una asesoría metodológica en la que MOA Santiago del Estero contrató a Fundación MF.

Referencias

- 1 Venables P y Maini R. Clinical features of rheumatoid arthritis. In: Romain P, y O'Dell J Editors UpTo Date. online 18.1. disponible en URL bajo subscripción: www.uptodate.com (último acceso 02/07/2010).
- 2 Quesada M y Garcia Vargas M Artritis reumatoide, fisiología y tratamiento. Centro Nacional de Medicamentos, Instituto de Investigaciones Farmaceutica, Facultad de Farmacia Universidad de Costa Rica, marzo 2004 disponible en . URL: <http://sibdi.bltd.urc.ar.cr/CIMED/cimed4.pdf> Ultimo acceso 02/07/10.
- 3 Lasala F. Programa de actualizaciones en medicina interna. Tercer ciclo. Fascículo 2. Buenos Aires: Medical Panamericana. Año 1998; 67:89.
- 4 Mora C y col. Guía de tratamiento de la artritis reumatoide temprana en un Hospital Universitario de Colombia. Guía de tratamiento. Revista Colombiana de Reumatología. Vol. 15 No. 2, Junio 2008, pp. 79-91.
- 5 Guzmán R y col. Artritis reumatoide temprana. Rev Colomb Reumatol 2002; 9(3): 171-175.
- 6 Cadena y col. Depresión y familia en pacientes con artritis reumatoide. Revista Colombiana de Reumatología. Vol. 9 No. 3, Septiembre 2002, pp. 184-191.
- 7 MOA Internacional. Sistema Integral de Mokichi Okada: Método de Alimentación y Ejercicios. Buenos Aires: MOA Internacional Asociación de Filosofía y Cultura. Año 2008.
- 8 MOA Internacional. Sistema Integral de Salud de Mokichi Okada: Método de Arte y Cultura. Buenos Aires: MOA Internacional Asociación de Filosofía y Cultura. Año 2008.
- 9 MOA Internacional. Perfeccionamiento de la Redes de MOA para una Existencia Saludable. Japón: MOA Internacional. Fecha: 22 de diciembre 2007.
- 10 Felson D. ACR Preliminary Definition of Improvement in Rheumatoid Arthritis". Arthritis & Rheumatism. June 1995. American College of Rheumatology. 17 Nov 2006.
- 11 Citera G, Arriola M, Maldonado-Cocco J, Rosemffet M, Sánchez M, Goñi M, et al. Validation and crosscultural adaptation of an Argentine Spanish version of the Health Assessment Questionnaire Disability Index. J Clin Rheumatol 2004;10(3):110-15.
- 12 Prevoo MLL, van 't Hof MA, Kuper HH, van Leeuwen MA, van de Putte LB, van Riel PL. Modifed disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1995;38(1):44-8.
- 13 Casalla L y col. Evaluación de puntos de corte del Índice de Actividad Simplificado (IAS) mediante su comparación con DAS28. Rev. argent. reumatol;19(2):29-35, 2008. Disponible en URL: [http://www.reumatologia.org.ar/userfiles/file/publicaciones/re-](http://www.reumatologia.org.ar/userfiles/file/publicaciones/re-vista-reumatologia/20080108_revista2.pdf)
[vista-reumatologia/20080108_revista2.pdf](http://www.reumatologia.org.ar/userfiles/file/publicaciones/re-vista-reumatologia/20080108_revista2.pdf) (último acceso: 30/07/10).
- 14 Ferrando L, Bobes, J Gibert J, Soto M, Soto O. MINI International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0. DSM-IV Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.
- 15 Bohm E. El Test de Rorschach. Ediciones Morata S.A. 1979, Madrid. ISBN: 84-7112-161-1. Disponible en URL: http://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=okBft3AS71AC&oi=fnd&pg=PA9&dq=Test+de+Rorschach&tots=tns08i2djY&sig=OuJz3DID_tVxhUslhxeq7V5v3vI#v=onepage&q&f=false (último acceso: 30/07/10).
- 16 Terrasa S y col. El reporte de un caso y las series de casos. Evid. actual. pr.ct. ambul; 10(1): 19-22, ene-feb.2007.
- 17 Forteza Fernández R. Los reportes de caso en medicina y estomatología: morfofisiología del género. Acimed 2006; 14(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol14_1_06/aci09106.htm Consultado el 16/09/06.
- 18 Greenhalgh G. Cómo leer un artículo científico. Guía básica de la medicina basada en las evidencias. Compilado por Roberto Lede y Pablo Copertari. 1ra edición. Buenos Aires. 2005, Volpe Fox.