

Título: Tratamiento con Acupuntura en pacientes portadores de Bursitis Aguda del Hombro.

Autor principal: Dr. Elis Alberto González Polanco. eagpolanco@uccm.sld.cu, Especialista de Primer grado en Cirugía. Master en Medicina Natural y Tradicional. Profesor Instructor. Director de la Unidad Central de Cooperación Médica Internacional.

Coautores:

Dra. Teresa Petronila Calero Camayd. Especialista de Primer Grado en Dermatología. Profesora Instructora. Metodologa Consejo Nacional de Sociedades Científicas de la Salud.

Dra. Teresa Margarita Gonzalez Calero. Medico Especialista del Centro Nacional de Atención al paciente Diabético. Especialista de Primer Grado en MGI y Endocrinología. Profesora Instructora.

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, observacional, de cohorte con la finalidad de valorar la efectividad del tratamiento acupuntural en pacientes con bursitis de hombro aguda. La investigación se realizó en el Centro de Salud Alonzo Suaso, Tegucigalpa. República de Honduras.

El universo de estudio estuvo constituido por 132 pacientes que se les diagnosticó dicha enfermedad y la muestra quedó constituida por 116 pacientes los cuales cumplieron con los criterios de inclusión. Las variables estudiadas fueron la edad, sexo, comportamiento de síntomas y signos clínicos de la enfermedad, localización de la enfermedad según miembro afectado, resultados del tratamiento e identificar la presencia de reacciones adversas. Los datos se recogieron de la historia clínica, analizados por el método porcentual y representado en cuadros para una mejor comprensión de los resultados.

Hubo predominio del grupo entre 35-44 años, el sexo femenino fue el más afectado, los síntomas clínicos con mayor presencia fueron el dolor y la impotencia funcional, con predominio de la enfermedad en miembro superior derecho. En el mayor número de pacientes desaparecieron de los síntomas y signos a la décima sesión de tratamiento y el resultado final se valoró como bueno. La frecuencia de reacciones adversas fue mínima presentándose solamente la reacción neurovegetativa y el enrojecimiento en la puntura. Se demuestra que la acupuntura es un método eficaz en el tratamiento de la bursitis de hombro.

Palabras Claves: Reacción neurovegetativa, reacciones adversas, acupuntura.

Abstract

We performed a descriptive, prospective, observational cohort study in order to evaluate the effectiveness of acupuncture treatment in patients with acute bursitis; research was conducted at the Health Center Alonzo Suaso, Tegucigalpa. Honduras.

The study universe consisted of 132 patients who were diagnosed with the disease and the sample was made up of 116 patients who met the inclusion criteria. The variables studied were age, sex, behavior of symptoms and clinical signs of disease, disease location according to the affected limb, treatment outcomes and identify the presence of adverse reactions.

The data were collected from medical records, analyzed by the percentage method and represented in squares for a better understanding of the results. There was predominance of the group between 35-44 years, female sex was the most affected, were pain and functional disability the most frequent symptoms with prevalence of the disease in the right upper limb. In the majority of patients the symptoms and signs disappeared to the tenth session of treatment and outcome was assessed as good. The frequency of adverse reactions was minimal, appearing autonomic instability and redness of the puncture. It shows that acupuncture is an effective method in treating shoulder bursitis.

Key words: autonomic instability, adverse reaction, acupuncture.

Introducción

El dolor es el síntoma más temido y de mayor preocupación de cualquier enfermedad que tenga el hombre y es la mayor causa de consulta médica. El dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada con una lesión tisular real o potencial. Los testimonios en cuanto a la omnipresencia del dolor se encuentran al estudiar la historia de cualquier raza o civilización ^{1, 2, 3}. El tratamiento y alivio del dolor es un derecho humano básico que existe independiente de la edad y que demanda tratamiento por esta única razón. Desde la antigüedad se han empleado diferentes técnicas terapéuticas para su alivio entre ellos la acupuntura ^{1, 4, 5}.

La Acupuntura es uno de los métodos más antiguos de los componentes de la Medicina Tradicional Oriental ^{5, 6, 7}. El origen de la acupuntura se remonta por lo menos a la China del período neolítico, según hallazgos arqueológicos e interpretaciones históricas, sin embargo la confirmación formal se da en la Dinastía Shang (1766-1123 a.C.) ^{8,9}.

Cuenta la leyenda que el inventor de la técnica de la Acupuntura fue un antiguo Monarca Chino, quien atormentado por un dolor de cabeza que lo seguía de día y de noche guerreaba para pasar el tiempo y tratar de calmar su malestar. Durante una batalla, una flecha enemiga se clavó en uno de sus talones, el resultado lejos de ser doloroso, fue que su jaqueca comenzó a disminuir y poco a poco desapareció. El conquistador Chino se transformó, según la leyenda, en el creador de un saber que hoy es cultivado no solo en su Oriente natal, sino en todo el Mundo (9). Este método terapéutico milenario nació en el fértil valle del río Amarillo en las costas septentrionales del mar de China, extendiéndose su práctica a todo el Imperio Chino; luego más allá de sus fronteras por todo el conjunto de países del continente asiático desarrollándose principalmente en Corea y en el Japón, y llegando hacia el siglo XVII a los confines de Europa, Asia y África, para alcanzar por último el mundo occidental ⁸.

Existen referencias de la edad de piedra del uso inicial de piedras afiladas, espinas y otros instrumentos para el alivio del dolor y las enfermedades. La Academia de Medicina Tradicional China refiere la existencia de un libro de la Dinastía Shang, el Shuo Wen Jie Zi o "Diccionario Analítico de caracteres" que explica el método "bian": que significa usar piedras para tratar enfermedades. El empleo del fuego creó las condiciones para la técnica de la moxibustión ⁶.

Luego las piedras fueron sustituidas por agujas hechas de hueso o bambú y se plantea que ya en el período neolítico se utilizaban agujas de piedra, hueso

barro, y luego de hierro, plata y aleaciones metálicas. En la Dinastía Shang (siglos 16 a 11 a.n.e) se hicieron agujas de bronce. Actualmente se utilizan de acero inoxidable, muy finas y de fácil manejo ^{6,9}.

En el antiguo tratado Médico "Nei Ying" (cánon de la Medicina) escrito entre los siglos V y II a.n.e. ya se registraban los conocimientos teóricos, dedica una parte extensa a la Filosofía y Patología de los "canales" y "vísceras", puntos de acupuntura y discute las indicaciones y contraindicaciones de la acupuntura y la moxibustión que unido a la experiencia clínica desempeñan una gran función en el desarrollo del trabajo médico en los países asiáticos durante los últimos 2000 años ^{6, 7,10}.

En un discurso pronunciado por Mao Tse Tung en Yenán en 1944, éste sostuvo que..."La medicina tradicional es un sumario de miles de años de práctica, aunque empírica, sus conclusiones son basadas en cuidadosas observaciones. Dificultado su crecimiento por el sistema feudal de la sociedad durante muchos siglos, sin embargo, posee una experiencia muy rica, así como un código de teorías. En la primera mitad de este siglo, los jefes del partido político chino trataron de deshacerse de la medicina tradicional china mediante la formulación de una ley para hacerla ilegal. Con el apoyo de las grandes industrias farmacéuticas trasnacionales occidentales se planeó la eliminación de la medicina tradicional. En ese entonces nació la revolución de Mao Tse Tung, la cual revivió la medicina tradicional en un ambiente moderno. En 1949 había en china 70,000 doctores formados a la occidental y 50,000 practicantes de la medicina tradicional. En 1953 se funda el Instituto de Investigaciones de Pekín para Medicina Tradicional China, Mao exigió que los doctores formados a la occidental cursaran allí varios meses de estudios intensivos de capacitación en Medicina Tradicional ¹⁰.

Plantean Lu Huei Jo y Yu Yun Chin en la campaña nacional para promover una síntesis de la medicina tradicional china que los métodos científicos modernos pueden ser aplicados al estudio de toda la vieja tradición médica nacional china y absorberse sus puntos más importantes" ^{8, 11}.

En el presente siglo estos métodos terapéuticos han sido desarrollados adicionalmente sobre la base de la popularización y particularmente a través de la combinación de la Medicina Tradicional asiática y la occidental. A fines de 1979 la Organismo Mundial de la Salud (OMS) aceptó y recomendó el tratamiento acupuntural en un total de 43 afecciones ^{6, 12,13}.

La Medicina Tradicional y Natural cuenta con reconocimiento oficial en la mayoría de los países del mundo, en América Latina son cada día más los países que la usan, aunque en la mayoría de forma no oficial ^{9, 12, 13}.

En Estados Unidos está reglamentada su práctica en la mayoría de los estados ^{5, 14, 15, 16}. En el diario "El País" del 10/11/97 se publicó que un grupo de 12 investigadores del Instituto Nacional de Salud, comprobaron que la acupuntura es realmente eficaz ^{6, 16}.

Las investigaciones y el desarrollo de la electrónica han contribuido al desarrollo y perfeccionamiento de esta valiosa técnica, además de liberarla de un grado importante de misticismo y empirismo, permitiendo la detección y estimulación de los puntos, además de por las agujas con el calor, campos magnéticos, picaduras de abejas, corriente eléctrica, rayos láser entre otras formas para el tratamiento de síntomas y enfermedades ^{6, 7, 5}.

La bursitis de hombro se define como: "una entidad caracterizada por la precipitación de las sales de calcio a nivel de las bolsas serosas del hombro o

en la porción músculo-tendinosa del manguito rotador. La región del hombro está compuesta por las articulaciones acromio-clavicular, acromio-humeral, esterno-clavicular y la relación cuasi-articular entre la escápula y la pared del tórax". Esta es la articulación que tiene mayor margen de movimiento de todo el cuerpo humano y por ello es especialmente vulnerable ¹⁷.

Son muy comunes las lesiones causadas por la tracción y por las dislocaciones interarticulares, alteraciones traumáticas del hombro y sus vecindades, procesos degenerativos que afectan las partes blandas para articulares, también pueden presentarse casos de inflamación aséptica peri articular de los tejidos causada por factores internos o externos enfermedades o procesos reumatoides, por ser los tres primeros grupos etiológicos los de más peso atendiendo a la frecuencia, nos inclinaremos a detallar más sobre estos ^{17,18}.

Se observan con alta frecuencia los micro traumatismos que lesionan la región del hombro, también son comunes los procesos degenerativos que afectan las partes blandas para articulares conformada por los músculos supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y subescapular estando la bolsa subacromial entre esta placa tendinosa y el acromion ¹⁷.

Con el decursar de los años el tendón supra-espinoso sufre alteraciones degenerativas, así como otros tejidos fibrosos, estas alteraciones tienden a aumentar en este caso por las fuerzas que traicionan en el a nivel de la inserción del troquiter. Los esfuerzos naturales de reparación solo conducen a un exceso de tejido de granulación a su alrededor. La lesión origina así una reacción inflamatoria en la bolsa sub-acromial o periartritis. El tendón del supra-espinoso se traumatiza por fricción al entrar o salir entre la cabeza del húmero y el acromion o ligamento coracoacromial, cuando las pequeñas roturas son sustituida por tejidos cicatrizados el tendón pierde elasticidad normal y se afina y no amortigua entonces las fuerzas entre la cabeza del húmero y el acromion, de modo que la bola subacromial se inflama crónicamente ^{17,18}.

Las lesiones de las porciones largas del bíceps ocurren después de una rotura adyacente del manguito rotador por una parte del tendón, que queda expuesto al trauma al mover el hombro ¹⁷.

El Cuadro Clínico del proceso agudo se caracteriza por: Instauración repentina del cortejo sintomático, dolor intenso, el paciente se sostiene el miembro afectado con el miembro sano y se inclina hacia el lado de la lesión, la mano del miembro lesionado puede estar pálida o con ligera cianosis, la presión arterial sistólica del miembro afectado resulta menor que la del miembro sano, pueden observarse nódulos de miogelosis en el músculo, la abducción del miembro lesionado es dolorosa entre 60 y 120 grados, puede existir una hipertermia en el hombro afectado¹⁸.

El Cuadro Clínico del proceso crónico se caracteriza por¹⁸.

Una molestia dolorosa puede estar presente en el hombro dañado, el paciente refiere no poder acostarse sobre ese lado, es posible encontrar irradiación del dolor hacia las regiones del cuello, escapular y a lo largo del miembro que puede incluir la mano, si está afectada la porción larga del bíceps puede observarse que el paciente aqueja de dolor al palpar el surco intertubercular, si esta afectada la porción corta del bíceps se puede observar dolor al palpar la apófisis coracoides, en los que se acompaña con un síndrome cervical puede existir parestesias que pueden llegar a los dedos, puede aparecer atrofia del músculo deltoides.

La Bursitis de Hombro se clasifica en:

Según la bolsa afectada:

- Subdeltoidea o subacromial.
- Subcoracodidea.
- Con Calcificación del tendón del supraespinoso.

Bursitis Subdeltoidea o Subacromial¹⁸. Las bolsas subdeltoidea o subacromial se encuentran por debajo de la porción superior del músculo deltoides. Se extienden por arriba y por debajo del acromion y separa la tuberosidad mayor del húmero del músculo deltoides y del acromion.

Quadro clínico:

El dolor es característico en esta afección y se manifiesta como una sensibilidad referida a la porción superior del hombro, la cual se irradia hacia la inserción del músculo deltoides. El dolor nunca aumenta a la abducción y a la rotación interna del húmero, y se localiza generalmente en un punto sobre la tuberosidad mayor, punto que desaparece bajo el acromion cuando se abduce el hombro (Signo de Dawbarn). En la mayoría de los casos hay antecedentes de traumas anteriores a la aparición del dolor.

Bursitis Subcoracoidea¹⁸. La bolsa subcoracoidea se encuentra situada entre la apófisis coracoides y la cápsula de la articulación del hombro, y se extiende hacia arriba hasta sobrepasar la tuberosidad menor del hombro. En los movimientos externos de la articulación, la bolsa se traumatiza por la compresión entre la tuberosidad menor y la coracoides. Esta lesión es frecuente en deportistas, sobre todo los que practican lanzamientos.

Quadro clínico¹⁸:

El paciente refiere dolor sobre la coracoides y existe sensibilidad exquisita a ese nivel. El dolor aumenta con la rotación interna del hombro, sobre todo cuando se encuentra en ligera flexión anterior. En los casos crónicos complicados con capsulitas adhesivas, están limitadas la rotación externa y la abducción.

Bursitis con calcificación del tendón supraespinoso: Es una lesión muy frecuente por encima de los 40 años. En las formas agudas de esta afección el calcio se deposita en el tendón supraespinoso. La reabsorción del calcio a nivel del tendón supraespinoso se hace difícil a causa de problemas locales de irrigación sanguínea^{17.18}

Según el estadio:

- Aguda
- Crónica

Objetivos

General:

Determinar los resultados del tratamiento acupuntural en pacientes con bursitis del hombro.

Específicos:

- 1.-Estratificar la muestra según grupos de edades y sexo.

- 2.-Describir los signos y síntomas de la bursitis del hombro presente en los pacientes estudiados y en cual de los hombros predomina la enfermedad.
- 3.-Identificar las lesiones de tratamiento acupuntural requeridas para la desaparición de los signos y síntomas.
- 4.-Evaluar los resultados del tratamiento acupuntural.
- 5.-Identificar la presencia de reacciones adversas durante el tratamiento acupuntural.

Diseño metodológico

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal, con el objetivo de determinar los resultados del tratamiento con el uso de la acupuntura en pacientes con Bursitis del Aguda Hombro. La investigación se realizó en el Centro de Salud Alonzo Suaso, Tegucigalpa, República de Honduras.

El Universo de estudio estuvo conformado por 132 pacientes estudiados y diagnosticados con Bursitis Aguda de Hombro. La Muestra quedó constituida por 116 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y dieron su consentimiento informado para participar en la investigación.

Se utilizaron métodos empíricos, teóricos y procedimientos estadísticos, que permitieron la obtención y elaboración de los datos.

La observación: se aplicó al observarse en la consulta del centro la afluencia de pacientes con dolor e impotencia funcional de uno o ambos hombros que luego de ser estudiados se le diagnosticó bursitis aguda.

Análisis documental: se revisaron las historias clínicas, libros, revistas, tesis de maestrías y de especialistas acerca de la medicina tradicional y el dolor, en particular de la bursitis aguda.

Los métodos teóricos permitieron la construcción y desarrollo de la teoría científica y el enfoque general para abordar el problema científico, fueron utilizados:

Analítico – Sintético: Este método está a lo largo de la investigación, permitiendo diagnosticar y sintetizar el objeto de estudio desde la revisión bibliográfica hasta la formación de los aspectos teóricos fundamentales sobre el tema abordado.

Inductivo – Deductivo: Al generalizar los resultados de los estudios bibliográficos y documentales se fueron conformando los aspectos fundamentales del cuerpo de la tesis.

Método del tránsito de lo abstracto a lo concreto: El único camino que puede seguir el conocimiento humano para reproducir de manera teóricamente adecuada al objeto es partiendo de lo abstracto. En la presente investigación los elementos parciales e individuales relacionados entre sí, condujeron al ascenso de lo concreto.

Histórico – Lógico: Se parte de una revisión exhaustiva de la evolución que ha tenido la terapéutica de la bursitis aguda y la evolución del uso de la acupuntura para el alivio o desaparición del dolor y demás síntomas asociados.

Hipotético – Deductivo: Se dedujo una hipótesis que permitió la respuesta anticipada al problema científico objeto de la investigación, inferida a partir de las acciones beneficiosas de la acupuntura.

Modelación: Esta justificado por el hecho de que como resultado de la investigación se realizaron propuestas que sirvieron de base para emprender

nuevas acciones que pudieron contribuir a mejorar la calidad de vida de la población que presentó bursitis aguda, sin consumo de medicamentos.

Enfoque en sistema: Este enfoque está a lo largo de la investigación, siendo su esencia fundamental la relación lógica y armónica de todos los elementos considerados en el desarrollo de la investigación.

Selección de los puntos de acupuntura:

Para la selección de los puntos de acupuntura se tuvo en cuenta los siguientes principios¹⁹:

1. Selección de puntos locales: Se refiere a los puntos localizados en el área local de la afección
2. Selección de puntos adyacentes: Se refiere a los puntos localizados en la vecindad de la enfermedad.
3. Selección de puntos distales: Se refiere a los puntos localizados lejos del área enferma; situados por debajo del codo y por debajo de la rodilla.
4. Selección de puntos sintomáticos: Se refiere a la selección de los puntos correspondientes a algún síntoma predominante.
5. Selección de puntos Ah shi: Se refiere a la selección de los puntos de mayor intensidad del dolor.

En el presente estudio fueron utilizados los siguientes puntos acupunturales:

Locales: IG15, TR14, ID9.

Adyacentes: ID12, ID14, VG14.

Distales: IG4, E38.

Puntos Ah Shi

Descripción de los Puntos

Puntos del canal del intestino grueso (IG) o yangming de las manos.

Intestino Grueso 4 (IG 4) – HEGU

Localización: En el dorso de la mano, entre el primer y segundo metacarpianos, en la parte más elevada de la prominencia que se observa al efectuar la aducción del pulgar. Se encuentra más próximo al punto medio del borde radial del segundo metacarpiano.

Método de la punción: Se insertó la aguja perpendicularmente.

Profundidad: De 0,5 a 0,8 y hasta 1 CUN

Intestino Grueso 15 (IG 15)- JIANYU

Localización: En la depresión antero inferior al acromion.

Método de la punción: Se insertó la aguja perpendicular u oblicuamente hacia abajo.

Profundidad: 0,6 a 1,2 hasta 1,5 CUN ^{6,20}.

Puntos del canal del intestino delgado (ID) o tai yang de las manos.

Intestino Delgado 9 (ID9) JIANZHEN

Localización: Posterior e inferior a la articulación del hombro. Cuando el brazo está en adducción el punto está a 1 CUN por encima del extremo posterior del pliegue axilar.

Método de la punción: Se inserta la aguja perpendicularmente.

Profundidad: 0,5- 1 CUN ^{6,20}.

Intestino Delgado 12 (ID12) BINGFENG

Localización: En el centro de la fosa supraespinosa.

Método de la punción: Se inserta la aguja perpendicularmente.

Profundidad: 0,5-0,7CUN ^{6,20}.

Intestino Delgado 14 (ID14) JIANWAISHU

Localización: A 3 CUN lateral del borde inferior de la primera vértebra torácica, a nivel del borde medial de la escápula.

Método de la punción: Se inserta la aguja oblicuamente.

Profundidad: 0,3-0,6 CUN ^{6,20}.

Puntos del canal de triple recalentador (tr) o shao yang de las manos.

Triple Recalentador 14 (TR 14) JIANLIAO

Localización: Posterior e inferior al acromion, en la depresión que se forma al abducir el brazo.

Método de la punción: Se inserta la aguja perpendicularmente u oblicuamente hacia abajo.

Profundidad: 0,7 a 1 CUN ^{6,20}.

Puntos del canal de estomago (e) o yang ming de los pies.

Estómago 38 (E38) TIAOKOU.

Localización: Lateralmente al borde anterior de la tibia, en una depresión situada entre la tibia y la fíbula, a 8 CUN de la depresión situada debajo de la rótula o patela y lateralmente al tendón rotuliano.

Método: Se Inserta la aguja Perpendicularmente

Profundidad: 0,5-1 CUN ^{6,20}.

Puntos del canal de vaso gobernador (vg) o du mai.

Vaso gobernador 14 (VG14) DAZHUI

Localización: En la región dorsal, en la línea mediana posterior, entre los procesos espinosos de la 7ma vértebra cervical y 1ra vértebra torácica.

Método de la punción: Se inserta la aguja Perpendicularmente.

Profundidad: 0,5 – 1 CUN ^{6,20}.

Puntos Ah Shi

Los puntos Ah Shi son puntos dolorosos, muy sensibles al palparlos y reflejan alteraciones de los órganos localizados en la zona correspondiente al punto o distalmente a este. El método y la profundidad de la Punción están en relación con la región anatómica donde aparezcan ^{6,20, 21}.

A cada paciente se le realizó una sesión de 20 minutos diarios de lunes a viernes hasta 20 días, de modo tal que se le realizaron como máximo 20 sesiones de tratamiento.

Se utilizaron para la ejecución de la técnica agujas filiformes de acero inoxidable finas y flexibles con diámetro de 0.20mm y longitud de 25mm, previo a la puntura se realizaron medidas de antisepsia de la región.

El método empleado de estimulación de las agujas fue el manual con técnica de dispersión, cada 5 minutos hasta completar 20 minutos.

Análisis y Procesamiento de la Información:

Los datos fueron recogidos en una ficha personal de cada caso.

La información obtenida fue procesada utilizando software Microsoft Excel versión del Windows XP, para cargar ficheros y realizar estadísticas descriptivas. Los resultados fueron expresados en cifras absolutas y porcentuales. Todos los resultados se exponen en cuadros.

Resultados

El cuadro 1 muestra la distribución de los pacientes según grupos de edades donde de puede apreciar que hubo predominio del grupo entre 35-44 años con 32 pacientes para un 27.6 %, le continuó en orden de frecuencia los grupos

entre 45-54 años con 26 pacientes y el grupo entre 25 y 34 años con 18 pacientes para un 22.4% y 15.5% respectivamente, correspondiéndose con las bibliografías revisadas, donde Pérez Sertucha también encontró predominio de este grupo de edades (34), pero este autor en otra investigación encontró predominio del grupo de edades de 46 a 55 años con un 49.2% seguido del grupo de 56 a 65 años con un 22.2%, no coincidiendo con nuestro trabajo ²².

Cuadro 1. Estratificación de los pacientes estudiados por grupo de edades.

Grupos de Edades (Años)	No	%
15-24	8	6,9
25-34	18	15,5
35-44	32	27,6
45-54	26	22,4
55-64	16	13,8
>64	16	13,8
Total	116	100,0

Fuente: Historia clínica.

En el cuadro 2 se muestra la distribución de los pacientes según sexo donde del total de pacientes 84 fueron del sexo femenino para un 72.4 % y 32 del sexo masculino para un 27.6 % por lo que hubo predominio del sexo femenino sobre el masculino. Estos resultados no se corresponden con otros autores como González Reyes y colaboradores en el año 2002 donde encontraron una mayor frecuencia de la afección en el sexo masculino ²³, al igual que en otro estudio realizado en 1997 por Expósito Aguedo ²⁴.

Cuadro 2. Estratificación de los pacientes estudiados por sexo.

Sexo	No	%
Masculino	32	27.6
Femenino	84	72.4
Total	116	100.0

Fuente: Historia clínica.

En el cuadro 3 se observa los signos y síntomas clínicos presente en los pacientes estudiados, existiendo dolor en el 100% de los pacientes, seguido de la impotencia funcional en 114 pacientes que representa un 98.3 % y de la presencia de irradiación del dolor en 104 casos para un 89.7 %, luego se presentó la Tumefacción y la Hipertermia local coincidiendo con un estudio revisado ²³.

Cuadro 3. Pacientes con bursitis aguda de hombro según los signos y síntomas clínicos.

Signos y Síntomas clínicos	No	%
Dolor	116	100,0
Impotencia funcional	114	98,3
Hipertermia local	12	10,3
Tumefacción local	24	20,7
Irradiación del dolor	104	89,7

Fuente: Historia Clínica

En el cuadro 4 se observa que predominó la localización de la enfermedad en el miembro superior derecho con 110 pacientes para un 94.8 % en correspondencia con el miembro superior izquierdo con 6 pacientes para un 5.2 %. Se piensa que esto se deba a que la mayor frecuencia las actividades de la vida diaria se realizan con el brazo derecho independientemente del brazo rector, lo que esto va provocando dichas alteraciones correspondiéndose con lo descrito por Lauge en 1972²⁵.

Cuadro 4. Pacientes con bursitis aguda de hombro según miembro afectado.

Miembro afectado	Número	%
Miembro superior derecho	110	94.8
Miembro superior izquierdo	6	5.2
Total	116	100

Fuente: Historia Clínica

Como se observa en el cuadro 5 la desaparición de los signos y síntomas según el número de sesiones de un total de 116 pacientes en 76 de los ellos desaparecieron los síntomas a la décima sesión de tratamiento para un 65.5 %, seguidamente en 24 pacientes para un 20.7 % respondieron en la 15 sesión, otros autores obtuvieron resultados similares pero le siguió en orden de frecuencia una mayor respuesta entre la primera y quinta sesión.

Cuadro 5. Pacientes tratados con acupuntura según número de sesiones de tratamiento.

Número de sesiones de tratamiento	Nb	Pacientes tratados	%
5	12		10,3
10	76		65,6
15	24		20,7
20	4		3,4
Total	116		100

Fuente: Historia Clínica.

En el cuadro 6 se muestran los resultados obtenidos en la aplicación del tratamiento donde se clasificó como bueno en 92 pacientes para un 79.3 % seguido de la categoría de regular con 20 pacientes para un 17.3 % coincidiendo con otros autores²³ por lo que se considera esta técnica como un método eficaz en el tratamiento de la bursitis de hombro.

Cuadro 6. Resultados obtenidos en la aplicación del tratamiento Acupuntural.

Resultados tratamiento	del Pacientes tratados	%
Bueno	92	79,3
Regular	20	17,3
Malo	4	3,4
Total	116	100

Fuente: Historia Clínica

Al identificar la presencia de reacciones adversas en el cuadro 7 se pudo constatar que solo en 4 pacientes presentaron reacciones adversas representando un 3.4 %, fueron la reacción neurovegetativa y el enrojecimiento alrededor del punto de introducción.

Cuadro 7. Pacientes tratados con acupuntura que presentaron reacciones adversas.

Reacciones adversas	No	%
Reacción neurovegetativa	2	1,7
Enrojecimiento alrededor del punto	2	1,7
Total	4	3.4

Fuente: Historia Clínica

Discusión

En un estudio realizado por la Dra. Leannis González y colaboradores ²³ encontraron que el grupo entre 40 y 49 años fue el más afectado por esta entidad.

Se plantea que esta enfermedad es mas frecuente en estos grupos de edades debido a que en su mayoría coinciden con la etapa de trabajo activa del hombre, siendo los traumatismos y los micro traumatismos a repetición una causa importante en el desarrollo de éste proceso, aunque puede tratarse de un trauma único de mayor envergadura ya sea directo o indirecto. A veces con un traumatismo mínimo ocurre el desgarró, también de gran peso son los procesos degenerativos locales a nivel de las partes blandas peri articulares que son los imbricados con otras causas, produciendo la complejidad de signos y síntomas de esta entidad ^{26, 27}.

La mayoría de los desgarros del manguito rotador ocurren en personas de mediana edad o más y se supone sea a causa de una enfermedad degenerativa. A medida que pasan los años, el tendón supraespinoso experimenta alteraciones degenerativas, lo mismo que otros tejidos fibrosos ²⁶.

Román Ivorra, Fernández Carballido y colaboradores en un estudio realizado en España clasificaron la bursitis en superficial y profunda donde encontraron que la mayoría de las bursitis superficiales ocurrieron en varones, en cambio las bursitis profundas se vieron predominantemente en mujeres ²⁸.

En dos trabajos realizados por Pérez Sertucha ^{22, 29} encontró predominio del sexo femenino, correspondiendo con este estudio.

Esto parece obedecer al doble trabajo que ha tenido que enfrentar la mujer en esta sociedad en el hogar y en otras labores que muchas veces requieren de gran esfuerzo físico.

Román Ivorra en su estudio asoció los factores predisponentes para la aparición de bursitis, entre ellos las actividades laborales de albañil, carpintero y ama de casa ²⁸.

En un estudio realizado por González Álvarez y colaboradores en el año 2005 encontraron que el síntoma principal por el que consultaron los pacientes fue el dolor localizado en la articulación afectada, coincidiendo con este trabajo ³⁰.

El dolor constituye el síntoma fundamental de ésta afección, éste resulta intenso, puede ser espontáneo o provocado por la palpación digital de la zona

afectada o con los movimientos, los cuales pueden ser activos o pasivos. Algunas veces los movimientos activos son más dolorosos que los movimientos pasivos, esta diferencia se debe al hecho de que el dolor es más fuerte cuando se realiza esfuerzo muscular ya que este requiere de la movilización activa. La abducción del miembro afectado resulta extremadamente dolorosa de 60 a 120 grados^{25, 31}.

El dolor, representa la respuesta a un estímulo ofensivo sobre la terminación nerviosa o la neurona receptora, expresándose en el hombre por una sensación desagradable a nivel del territorio excitado; pero este fenómeno doloroso lleva consigo, al propio tiempo, la puesta en marcha de un mecanismo de alerta con reacciones motoras sobre los sistemas neuromuscular y neurovegetativo. Por lo tanto, la expresión del dolor, es un complejo sintomático en el que van relacionados todos los sistemas neurofisiológicos, bioquímicos y psíquicos de nuestro organismo, dependiendo de lesiones reticulares o corticales, de alteraciones funcionales o psíquicas sin tomar en cuenta el umbral doloroso de cada paciente, lo cual le da la cualidad subjetiva de este síntoma³².

Según estudios de organismos internacionales, 1/3 de la población de los países industrializados padece de algún tipo de dolor crónico, de ellos del 50 al 70 % están parcial o totalmente incapacitados durante días, semanas o meses, y el resto lo está permanentemente (Bosch Valdés F. Clínica del dolor. Proyección en el sistema nacional de salud en Cuba. Conferencia ofrecida en taller internacional: Dolor, tratamiento integral. XXIII congreso latinoamericano de anestesiología. La Habana, octubre 1995)³³

Muchos pacientes se automedican para este síntoma y no es hasta que comienzan con impotencia funcional, al presentar dificultad para realizar las actividades cotidianas, que acuden al médico³¹. Este aspecto ha sido poco abordado en las bibliografías revisadas, en un estudio realizado en la ciudad de Bayamo, Cuba en el 2001, Macías Chávez y Martínez Arévalo encontraron entre los síntomas clínicos y signos físicos más frecuentes la aparición del dolor y la limitación en los movimientos; la inflamación la encontraron con menor regularidad, coincidiendo con los resultados de nuestro trabajo³³.

En cuanto a la irradiación del dolor González Álvarez y colaboradores encontraron que el 20 % de los pacientes presentaron irradiación hacia zonas vecinas³⁰, siendo esto un por ciento bajo comparado con los resultados obtenidos en este estudio donde correspondió al 89.7%. Algunos autores plantean que es posible cierta irradiación a la nuca, región escapular y a lo largo del miembro que puede incluir la mano³¹.

Otros autores plantean que en los pacientes con bursitis del hombro que concorran con un síndrome cervical pueden encontrarse sensaciones parestésicas en las manos que pueden llegar a irradiarse hasta los dedos²⁵.

Es bueno dejar claro que en la presente investigación solo se tuvo en cuenta los pacientes con bursitis aguda, de manera que puede existir otros resultados en los pacientes con bursitis crónica o si se analizan de forma general. Se plantea que mientras sea menor su evolución, mejor es el resultado del tratamiento porque hay menor atrofia muscular y menor rigidez articular del hombro afecto³⁴.

Guyton y Hall en el Tratado de Fisiología Médica plantean "que en el 95 % de las personas el hemisferio izquierdo es el dominante". Una posible teoría para

explicar ello pudiera ser que el hemisferio izquierdo es más grande al nacer y por consiguiente comienza a utilizarse más que el derecho, el ritmo de aprendizaje del hemisferio que toma ventaja aumenta rápidamente mientras que el otro sigue siendo más bajo por tanto el hemisferio izquierdo domina sobre el derecho y en el 5 % restante ambos lados se desarrolla simultáneamente para tener una función doble ó más raramente lo hace el derecho que adquiere pleno dominio; por tanto las áreas motoras izquierdas que controlan la mano domina en 9 de cada 10 personas aproximadamente.

También para profundizar en el porque puede existir mayor predominio de uno u otro miembro hay que tener en cuenta las causas que se plantean desde el punto de vista tradicional , así tenemos que Álvarez Díaz refiere como causa de esta enfermedad a trastornos en la conducción de la energía desde el punto de vista tradicional ³⁵, Espinosa Rodríguez en su trabajo para optar por el título de master en medicina natural y tradicional plantea que: “para la medicina tradicional asiática la bursitis de hombro son trastornos en la conducción de la energía a través de los meridianos en especial los superficiales, la cual denomina Bl fijo doloroso” ³⁶. Otros autores plantean que es causada por alteraciones de la energía y la sangre debido al ataque de viento y frío en estos puntos del meridiano o por lesión gradual por cansancio ³⁷.

La rápida recuperación del paciente con este tratamiento permite la pronta incorporación a sus labores habituales, disminuyendo los días subsidiados por certificados médicos.

En un estudio realizado por Espinosa Rodríguez en 1998 encontró respuesta evidente en la décima sesión de tratamiento coincidiendo con este trabajo, pero no así entre la primera y quinta sesión donde no se mostró respuesta en ningún paciente ³⁶.

Al analizar otros estudios se plantea que González Reyes y colaboradores en su estudio y Bandera Vargas en su investigación también coinciden con este trabajo al obtener respuesta entre la sexta y décima sesión de tratamiento ^{23, 38}.

En Cuba, Expósito Aguedo, en su trabajo para optar por el título de Medicina General Integral, encontró predominio de la desaparición de los síntomas en la sexta sesión teniendo similitud con este estudio ²⁴. Arjona Pacheco obtuvo curación del 100% de los enfermos en la décima sesión ³⁹.

En el grupo de pacientes estudiados vimos que relacionados con la mayoría de los síntomas tanto objetivos como subjetivos ejercía gran influencia una adecuada relación médico paciente ya que le brinda al mismo más confianza y seguridad durante el tratamiento esto proporciona que exista una rápida recuperación de las actividades funcionales del hombro, en nuestra investigación tuvimos una buena cooperación de los pacientes.

En un estudio realizado por González Álvarez encontró que la respuesta al tratamiento fue buena con un 67.9% y no tuvo ningún paciente con respuesta mala al tratamiento ³⁰.

El Dr. Rigol plantea que “una de las principales acciones de la acupuntura es la recuperación progresiva de la fuerza y la asimilación de las cargas aplicadas, cuestión ésta que permite la realización de ejercicios (principalmente los activos resistivos)” ⁶.

El Dr. Pérez plantea que “el empleo de medios no invasivos con los conocimientos tradicionales de los puntos acupunturales es un técnica de amplio espectro”⁴⁰.

En otras bibliografías también demostraron técnicas eficaces en dicha patología como:

La Terapia Neural⁴¹

Láser puntura²⁹

Masajes^{34, 37}

Fango terapia⁴²

Hidroterapia⁴²

El Dr. Zhang Anren describe que con las técnicas de masaje asiático se logra activar la circulación, amortiguar las adherencias y contribuir así a la recuperación funcional más rápida en esta entidad, varios autores explican que el alivio del dolor con la aplicación de masajes, produce un mecanismo similar al que se logra a través de la estimulación eléctrica transcutánea (electroacupuntural), y otros encuentran disminución gradual del dolor en la mayoría de los casos utilizando el masaje combinado con otros procederes³⁴.

Es importante señalar que en solo 4 pacientes la respuesta al tratamiento fue considerada de malo representando un 3.4 %, los cuales eran portadores de una artrosis generalizada con enfermedades crónicas y antecedentes de bursitis calcificada los cuales fueron referidos para el tratamiento con medios físicos y cinesiterapia.

En estudios realizados por González Reyes y González Rojas las reacciones adversas también fueron mínimas y el enrojecimiento alrededor del punto de introducción fueron las de mayor frecuencia²³ lo mismo sucedió en un estudio realizado en Cuba por Espinosa Rodríguez³⁶. En el 2003 Rabber, Garrido y Peri realizaron un trabajo donde encontraron las mismas complicaciones que en nuestro estudio⁴³.

González Álvarez también presentó reacciones a la acupuntura en dos pacientes, pero fueron la sensación de fatiga en un paciente; después de colocada la aguja por encontrarse en ayunas y en el otro por miedo o temor a la aguja³⁰.

Nuestros pacientes continuaron las siguientes sesiones de tratamiento sin ninguna otra reacción adversa.

Investigaciones de universidades norteamericanas como la U.C.L.A. (Universidad de California Los Angeles) que en más de 30 mil tratamientos de acupuntura no hubo ni un solo caso de infección, de daño a agujas, nervios u órganos⁴⁴.

La inocuidad de esta técnica y sus pocas reacciones adversas o complicaciones cuando se aplican por personal entrenado y cumpliendo las normas establecidas para su aplicación, reflejan su superioridad con relación al tratamiento convencional, donde el uso de analgésicos y antiinflamatorios, sobre todo en pacientes con afecciones crónicas, pueden dar lugar a otras enfermedades como la Hipertensión arterial, Ulceras gástricas, duodenales, etc.⁴³.

La búsqueda de reacciones adversas tanto a medicamentos como a la aplicación de tratamientos de otra índole es una habilidad que debe adquirir cada profesional médico o paramédico y convertirla en un hábito, que forme parte del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y síntomas⁴⁵.

Conclusiones

La acupuntura constituye un método eficaz para el tratamiento de la Bursitis de Hombro. El grupo de edades más afectado es el de 35-44 años y hay predominio del sexo femenino. Los signos y síntomas clínicos con mayor frecuencia son el dolor y la impotencia funcional y el hombro más afectado es el derecho. En la mayoría de los pacientes desaparecieron los signos y síntomas a la décima sesión de tratamiento. El resultado del tratamiento es valorado como bueno. Las reacciones adversas son mínimas, presentándose solamente la reacción neurovegetativa y el enrojecimiento en la puntura.

Referencias bibliográficas

1. Mason P. Mecanismos Centrales de la Modulación del dolor. *Current Opinión in Neurobiology* 1999; 9: 436-44.
2. Petrovic P, Ingnam M. Imágenes funcionales acerca de la modulación cognitiva en el procesamiento del dolor. *Pain* 2002; 95: 1-5.
3. Martín Pérez A. Neuroanatomía. Bases Bioquímicas y Fisiológicas del dolor, soporte digital. 2003.
4. Dickenson A. H. Gate Central theory of pain starders the test of time. *Bristish Journal of Anesthesia* 2002;6: 755-75.
5. Cabana Zalazar J. A , Ruiz Reyes R. Analgesia por Acupuntura. *Rev.Cubana Méd Milit* 2004;33(1)
6. Rigol O. Manual de acupuntura y digito puntura para el médico de familia. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 1992: 78-9.
7. Trinchet Ayala E, Nuñez Pritto. Suplemento especial. *Revista Ciencias Médicas Holguín*, Julio 1990.
8. Historia de la acupuntura. Fernández A, Méndez B. Disponible en: <http://www.fundacionvive.org>. [Consultado Abril 2007].
9. Moreno Rodríguez M. A. Algunas reflexiones sobre Acupuntura. *Rev. Habanera de Ciencias Médicas* 2004; 9 (3).
10. Steven Bratman, M D. Medicina China: Una Tradición Curativa. Historia de la Medicina China. National Center for Alternative and Complementary Medicine National Institutes of Health. Disponible en: <http://nccam.nih.gov/> .[Consultado junio 2007].
11. De la Fuente, J. A. Introducción, Bases e Historia de la Medicina Tradicional China (Cuaderno de Acupuntura 1). Dilema, S. L. 2006: 3.
12. OPS/OMS. Estrategia de la OMS sobre la Medicina Tradicional 2002-2005, OMS, Ginebra, 2002.
13. OMS/ OPS. Informe del taller de medicinas y terapias tradicionales, complementarias y alternativas en las Américas: Políticas, Planes y Programas, OPS, Guatemala, 2001.
14. Hutteter Ariza Oscar. La medicina tradicional cuestionada. Antecedentes, perspectivas y prospectivas en México y Latinoamérica. Academia Mexicana tradicional, México, 2000.
15. Zolla, C, Relaciones de la medicina tradicional indígena en los sistemas de salud. INI.México, 2001, 230.

16. OPS/OMS. Pautas generales para la investigación y evaluación de la Medicina Tradicional. OPS. Washington, 2002.
17. Aergenter E, Kinkpatrick J. Enfermedades ortopédicas. Editorial Científico Técnica. Ciudad de la Habana, 1978.
18. Álvarez Cambras R. Afecciones del Hombro. En: Tratado de Cirugía Ortopédica y Traumatología t II. La Habana: Ed Pueblo y Educación, 1986:21-26.
19. Sussman DJ. Acupuntura: Técnica y práctica. Buenos Aires: Kriens, 1994:188.
20. Mulet Pérez A, Acosta Martínez B. Digitopuntura. Ediciones Holguín, 1999.
21. Sergio A. R. Gutiérrez Morales S. A., Smith-Ágreda V. Actualización acupuntural. Puntos de acupuntura: [Estructuras](#) anatomofisiológica y energética, y Biofrecuencias de [Trabajo](#) Electromagnético, BFTE .Disponible en: [http. www.monografiass.com /Salud](http://www.monografiass.com/Salud) www.monografiass.com/Salud/General/ - 18k [Consultado Abril 2007].
22. Pérez Sertucha J A. Fármaco puntura en enfermedades crónicas dolorosas del SOMA. Disponible en: [http. www.monografiass.com](http://www.monografiass.com). [Consultado Abril 2007].
23. González Reyes L, González Rojas Tratamiento de Acupuntura en Bursitis de Hombro. [http.www.monografiass.com](http://www.monografiass.com). [Consultado Abril 2007].
24. Expósito Aguedo JL. [Trabajo par optar por el título de Especialista en Medicina General Integral] 1998, Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales. Holguín.
25. Lauge M. Afecciones del aparato locomotor. Ed Científico Técnica. 1972: 171-172. 35
26. La Guang N.They T. Estudio de la Acupuntura .t III Editorial Viet Nam, abril 1978: 65.
27. They T. Estudio de la Medicina Tradicional de Viet Nam. t I ,Viet Nam 1978: 9-115.
28. [Román Ivorra](#) J. A , [Fernández Carballido](#) C. , [Alegre-Sancho](#) hubo predominio de la localización en el miembro superior derecho J.J. Bursitis: análisis clínico de 52 casos. [Rev.Española de Reumatología](#), 2003; 30(6):326-331.
29. Pérez Serrucha J A. Empleo de Acupuntura en bursitis de hombro Disponible en: [http.WWW.monografiass.com](http://WWW.monografiass.com). (Consultado Abril 2007)
30. González Álvarez O, Bertrán González K, Coello Santana S. Dolor Osteomioarticular Tratado con Acupuntura.
31. Morre ML. Valoración del movimiento articular .En: Sydney M.D. Terapeutica para el ejercicio. La Habana: Ed Revolución, 1972: 6.
32. Gutiérrez Morales S. Fundamentación acupuntural. Dolor. Disponible en: [http. www.monografiass.com](http://www.monografiass.com). [Consultado Abril 2007].
33. Macías Chávez R A, Martínez Arévalo D. Acupuntura y ejercicios físicos terapéuticos en la bursitis de hombro. Revista Electrónica "Archivo Médico de Camagüey" 2002;6(2)
34. Gutiérrez Blanco M, Sánchez Valdeolla O y Banderas Vargas T. Tratamiento de las bursitis de hombro. Revista Electrónica "Archivo Médico de Camagüey" 2002; 6(2)

35. Alvarez Díaz T.A. Medicina Tradicional Asiática. I Ed La Habana: Editorial Capitán San Luis, 1992.
36. Espinosa Rodríguez D. [Trabajo par optar por el título de Master en Medicina Natural y Tradicional].1998.Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales. Holguín
37. Colectivo de autores. Tratado de Acupuntura y Moxibustión. Medicina Tradicional China. España. Ed Alambra, 1985.
38. Bandera Vargas J de L. Eficacia de la Acupuntura y combinación con Auriculoterapia en bursitis de hombro.2000. Disponible en: [http://www.Monografías. Com](http://www.Monografías.Com) [Consulta: 27abril 2007].
39. Arjona Pacheco M. [Trabajo par optar por el título de Master en Medicina Natural y Tradicional].1997.Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales. Holguín.
40. Pérez Pérez I. Ese síndrome llamado dolor .Rea Avances Médicos de Cuba 1996; 3 (8): 22-23.
41. Peter Dash M. D. Libro de la enseñanza de la Terapia Neural según Hunecke (Terapia procaínica) 4ta ed Ecuador: ediciones "Los Robles", Popayán, 1990:89-92.
42. Tasafir P J. Acción de los factores Naturales sobre el hombre. Moscú: Ed. Mir, 1986.
43. Rabber A, Garrido R, Peri F. Comparación Farmacocinética de Acupuntura con otros AINES. Rev. Esp Econ. Salud 2003; 2(6):286-292
44. [Luohan Qigong](http://www.luohan.com/html_castellano/acupuntura.html). Es peligrosa la acupuntura? Disponible en: http://www.luohan.com/html_castellano/acupuntura.html - 59k.[Consultado abril 2007].
45. Peña Machado M A. Framacovigilancia en la Literatura Médica Cubana. Rev Cubana Farm 1996. 30(2):102-112.