

Efectividad de la electro acupuntura y acupuntura en el tratamiento del herpes Zoster

Effectiveness of the electro acupuncture and acupuncture in the treatment of the herpes Zoster

Enrique Arce Morera; Juana Elena Meralla Machado ; Luis Armas Montesino

Policlínico Comunitario Docente "Flores Betancourt". Artemisa, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el herpes zoster es una enfermedad infecciosa aguda de etiología viral con vesículas localizadas en el dermatoma afectado. En su tratamiento pueden utilizarse técnicas de medicina tradicional como la acupuntura.

Objetivos: evaluar la efectividad del tratamiento con electro acupuntura y acupuntura en pacientes con herpes zóster.

Métodos: se realizó un estudio experimental en el Servicio de Rehabilitación Integral en el policlínico "Flores Betancourt" del municipio Artemisa, desde septiembre de 2014 hasta septiembre de 2015. Integraron la muestra 34 pacientes: un grupo estudio al que se le aplicó electro acupuntura y un grupo control que recibió acupuntura. Para determinar la confiabilidad del estudio se aplicó la prueba de diferencia de proporciones con un nivel de significación de 0,05.

Resultados: el 52,94 % de los pacientes presentó lesiones herpéticas en región torácica y lumbar. A las 20 sesiones terapéuticas, el 88,88 % de los pacientes del grupo estudio se presentaron asintomáticos, así como el 75,00 % del grupo control, por lo que no existen diferencias estadísticas en cuanto a la efectividad del tratamiento en ambos grupos.

Conclusiones: se consideró de buena efectividad el tratamiento con electro acupuntura y acupuntura en pacientes con herpes zóster, donde no existen diferencias significativas en cuanto a los resultados entre ambas técnicas de tratamiento.

Palabras clave: efectividad; acupuntura; electro acupuntura; herpes zoster.

ABSTRACT

Introduction: the herpes zoster is a sharp infectious illness of viral etiología with vesicles located in the affected dermatoma. In their treatment it can be used technical of traditional medicine as the acupuncture.

Objectives: to evaluate the effectiveness of the treatment with electro acupuncture and acupuncture in patient with herpes zóster

Methods: it was carried out an experimental study in the Service of Integral Rehabilitation in the policlínico Flores Betancourt of the municipality Artemisa, in the period of one year. They integrated the sample 34 patients: a study group to which was applied electro acupuncture, and a control group that they received acupuncture. To determine the dependability of the study the test difference of proportion it was applied squared with a level of significance of 0, 05.

Results: to the region lumbar toraco it corresponded him 54, 92 % of the lesions. To the 20 therapeutic sessions, 88, 88 % the group study was presented asintomáticos and 75, 00 % the group control too, without statisticians meaning as soon as both group.

Conclusions: It was considered of good effectiveness the treatment with electro acupuncture and acupuncture in patient with herpes zóster, where not to exist meaning in the result between both treatments technical.

Keywords: effectiveness; acupuncture; electro acupuncture; herpes zoster.

INTRODUCCIÓN

El herpes zoster se considera una enfermedad infecciosa aguda de etiología viral, más frecuente en adultos, caracterizada por dolor radicular unilateral y acompañado de una erupción vesiculosa limitada al dermatoma inervado que aparece al cabo de unos pocos días.¹

Esta enfermedad es producida por el virus de la varicela zoster cuando a una persona le ha dado varicela, el virus que la causó permanece para siempre en sus terminales nerviosas y ganglios nerviosos sensitivos a lo largo de la columna vertebral. Más tarde, el virus reaparece causando esta enfermedad.

Sus síntomas aparecen generalmente sin que exista un factor claro desencadenante, alrededor del 50 % de los lesionados presentan síntomas prodrómicos, el primero de ellos es el dolor o la hiperalgesia en el dermatoma afectado, 3 a 4 días después se presentan cúmulos vesiculares localizados a lo largo de aquel. Los segmentos torácicos son los que se afectan con mayor frecuencia (50 %).²

Entre las tendencias de la medicina contemporánea, se destaca, en los últimos años, la incorporación de la medicina tradicional, no como un método alternativo, sino como una verdadera disciplina científica al alcance de todos, con resultados evidentes en cuanto a promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud del individuo, donde se muestran numerosas ventajas en busca de la mejor calidad de vida y según la Resolución Ministerial 266/2009 en el Lineamiento 158 (acuerdo 7551 del 2014),

donde la acupuntura ocupa el 1er lugar dentro de las 10 modalidades de la Medicina Natural y Tradicional y el incremento del herpes zoster, los efectos de la acupuntura, y la potenciación que le ofrece la estimulación eléctrica.³ El presente estudio se realiza con el objetivo de evaluar la efectividad del tratamiento con electro acupuntura y acupuntura en pacientes con herpes zóster.

MÉTODOS

Se diseñó un estudio experimental, para evaluar la eficacia de la electro acupuntura en el tratamiento del herpes zoster, realizado en el policlínico "Flores Betancourt" del municipio Artemisa, desde septiembre de 2014 hasta septiembre de 2015. El universo estuvo constituido por los pacientes con diagnóstico de herpes zoster remitidos al Servicio de Rehabilitación Integral (SRI) Nro. 2 del policlínico, de los que fueron seleccionados 34 pacientes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: ser mayores de 18 años y con un diagnóstico de herpes zoster de al menos un mes. Como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta: enfermedades o infecciones agudas o crónicas, insuficiencia neurológica o vascular, problemas de coagulación, antecedentes de cáncer y embarazadas. Se conformaron aleatoriamente dos grupos, previo consentimiento informado. Las variables estudiadas fueron localización de las lesiones herpéticas, intensidad del dolor y número de sesiones de tratamiento.

Grupo Estudio (GE): integrado por 18 pacientes, a los que se les aplicó electro acupuntura en los puntos AH-SHI, puntos del meridiano pulmón, puntos de efectos: inmunológico, sedante, analgésico y homeostático⁴ con equipo multipropósito KWD-808II, Onda continua, con una duración de pulso de 0,5 m/s y una frecuencia de 1Hz-100Hz con una intensidad tolerable por el paciente que se chequeó cada 5 minutos por 20 minutos, en un total de 20 sesiones.

Grupo Control (GC): integrado por 16 pacientes que recibieron tratamiento con acupuntura mediante la estimulación manual con esquemas iguales al aplicado en el grupo estudio según el sitio de presentación de la lesión por 20 minutos, en un total de 20 sesiones.

La recogida de datos se realizó en tres momentos, al inicio, a las 10 y a las 20 sesiones de tratamiento, basado en la anamnesis y el examen físico, fue utilizada la escala analógica visual del dolor (Anexo 1). Para los análisis estadísticos se utilizaron las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas expresadas en porcentajes, así como la prueba de diferencia de proporciones⁵ para la comparación entre ambos grupos al final del tratamiento, con un nivel de significación de 0,05. A partir de la Hipótesis nula: $H_0: p^{\wedge}_{GE} = p^{\wedge}_{GC}$; $H_1: p^{\wedge}_{GE} \neq p^{\wedge}_{GC}$.

RESULTADOS

En la [tabla 1](#) se muestra la localización corporal de las lesiones de los grupos participantes con una mayoría representada por un 52,94 % en la región del tórax y abdomen, seguida de las lesiones en miembros superiores con el 17,64 % y la región del cuello con un 11,76 %.

Tabla 1. Distribución porcentual de pacientes según localización de las lesiones

Regiones	Grupo estudio		Grupo control		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Cabeza	1	5,55	2	12,50	3	8,82
Cuello	3	16,66	2	12,50	5	11,76
Tronco (tórax y abdomen)	8	44,44	10	62,50	18	52,94
Miembros superiores	4	22,22	2	12,50	6	17,64
Miembro inferiores	2	11,12	0	0,00	2	8,82
Total	18	100,0	16	100,0	34	100,0

Fuente: libro anual de rehabilitación (61-07) policlínico "Flores Betancourt".

En la [tabla 2](#) se muestra la evaluación inicial del dolor en ambos grupos. Al comenzar el estudio, todos los pacientes tenían dolor, pero ninguno en la escala de dolor irresistible (grado 9-10 de la Escala analógica visual dolor), el 61,11 % del GE presentaba dolor de grado moderado y el 50,00 % del GC, ligero y moderado.

Tabla 2. Distribución porcentual de pacientes según intensidad del dolor al inicio del tratamiento

Grado del dolor	Grupo estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
Ligero	7	38,89	8	50,00
Moderado	11	61,11	8	50,00
Total	18	100,0	16	100,0

Fuente: libro anual de rehabilitación (61-07) policlínico "Flores Betancourt".

En la [tabla 3](#) se muestra que a las 10 sesiones de tratamiento en ambos grupos había aumentado el número de pacientes asintomáticos (dolor nulo), con 11 pacientes (61,11 %) en el GE, y 8 (50,00 %) para el GC. Es importante destacar que ningún paciente presentó dolor severo.

Tabla 3. Distribución porcentual de pacientes según intensidad del dolor a las 10 sesiones de tratamiento

Grado del dolor	Grupo estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
Nulo	11	61,11	8	50,00
Ligero	4	22,22	6	37,50
Moderado	3	16,67	2	12,50
Total	18	100,0	16	100,0

Fuente: libro anual de rehabilitación (61-07) policlínico "Flores Betancourt".

En la [tabla 4](#) se muestra que a las 20 sesiones de tratamiento, 16 pacientes (88,88 %) del GE se presentaron asintomáticos y 12 pacientes (75,00 %) del GC, en tanto 2 pacientes del GE y 4 del GC continuaban con dolor ligero. A partir de estos resultados se realiza la prueba de diferencia de proporciones, que indica no rechazar la hipótesis nula, o sea, no existen diferencias en cuanto a la efectividad del tratamiento en ambos grupos.

Tabla 4. Distribución porcentual de pacientes según intensidad del dolor a las 20 sesiones de tratamiento

Grado del dolor	Grupo estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
Nulo	16	88,88	12	75,00
Ligero	2	11,12	4	25,00
Moderado	0	0,00	0	0,00
Severo	0	0,00	0	0,00
Total	18	100,0	16	100,0

: $p^{\wedge}_{GE} = p^{\wedge}_{GC}$ Nivel de significación 0,05.

Fuente: libro anual de rehabilitación (61-07) policlínico "Flores Betancourt".

DISCUSIÓN

Estos hallazgos coinciden con los de *Castro Gutiérrez*,⁶ donde el sitio de mayor localización de las lesiones es el segmento toraco lumbar, ya que en esa región se supera el número de ganglios sensoriales espinales que craneales, por lo que hay mayor cantidad de dermatomas inervados por estos. Según la bibliografía extranjera, se presenta en un 50-55 % de los casos en la región toracolumbar, el 15-20 % en localización craneal y el 10-15 % es cervical.^{7,8} También es de destacar el estudio de *Castro*,⁶ con el 93,74 % de herpes Zoster en la región toraco lumbar.

Los mejores resultados de este tratamiento se obtienen alrededor de la sexta sesión, coincidiendo con el trabajo de *Rodríguez Ardines y González Fernández*,⁹ donde las lesiones cutáneas desaparecieron entre el primero y séptimo día de tratamiento, además del prurito y el dolor.

En un reciente estudio de seguimiento, *Garrido Suárez y cols.*¹⁰ reportaron que han sido estudiados los cambios en la distribución iónica de los electrolitos que ocurren al someter el tejido vivo a un campo eléctrico; ellos se orientan en sentido opuesto a sus cargas eléctricas y crean inestabilidad del potencial de membrana en reposo, con la acupuntura se generan entre 40 y 80 nano amperes, se despolariza la membrana, que alcanza el nivel umbral y se crean potenciales de acción en los nervios. El estímulo acupuntural disminuye los niveles de Adenosina mono fosfato cíclico (AMPc) al desencadenar respuestas a determinados estímulos neurosensoriales, aumentados en estado de dolor; donde se ha constatado una disminución en su concentración, en este sentido la electro acupuntura resultó ser más eficaz que el tratamiento acupuntural¹¹⁻¹³ y además, mientras más rápido se inicie esta terapia, mejores serán los resultados.¹⁴

*Rodríguez Carot y Vaya Ibarra*¹⁵ plantean que la Estimulación Nerviosa Transcutánea (TENS) resulta sorprendentemente eficaz en cuanto al alivio del dolor, pues tiene la ventaja de permitir obviar la resistencia de la barrera cutánea y administrar el estímulo eléctrico con una proximidad mayor a las terminaciones nerviosas localizadas en el tejido blando, músculo y periostio de los dermatomas involucrados donde provoca la liberación de endorfinas. Otros estudios revisados reportan similares resultados.¹⁵⁻¹⁷

En conclusión, se consideró de buena efectividad el tratamiento con electro acupuntura y acupuntura en pacientes con herpes zóster, donde no existen diferencias significativas en cuanto a los resultados entre ambas técnicas de tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arce ME, Rivero RE, Miranda HT. Enfoque multidisciplinario en el tratamiento del herpes Zoster oftálmico. Rev. Cub. MGI. 2010 [citado 25 Sep 2011];26(4):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-2125201000400016&lng=es&nrm=iso
2. Pagola Bérger V, Herrera Martínez M, Herrera Rodríguez ME. Analgesia quirúrgica acupuntural: Efectividad de dos técnicas en Villa Clara. Rev Medicentro. 2012 [citado 25 Sep 2011];16(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://medicentro.vcl.sld.cu/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202012/v16n2a12/analgesia50OKRevisado.htm>
3. Alfaro ML, Balón ZA, Matu AV. Manual de fisioterapia clínica instrumental. México: Editorial Avanza UAE; 2012.
4. Fleckenstein J, Kramer S, Hoffrogge P, Thoma S, M Lang P, Lehmeyer L, et al. Acupuncture in acute herpes zoster pain therapy (ACUZoster) design and protocol of a randomised controlled trial. Rev BMC Complementary and Alternative Medicine 2009 [citado 25 Sep 2011];9(31):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/9/31>
5. Torres Delgado JA, Rubén Quesada M, Bayarre Vía H, Garriga Sarria E, Pía Borrás MC, Gran Álvarez M. Informática médica. Tomo II. La Habana: Editorial Ciencias Médica; 2004. p 434.
6. Castro Gutiérrez M, Díaz Ruiz A, Rivero Rodríguez R, Moya Carrillo R. La acupuntura como modalidad terapéutica en el herpes zoster. Rev Cubana Enfermería 2003; [citado 17 Ene 2016]. [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/1111/1120>
7. Mena Rodríguez MJ. Herpes zoster y su principal complicación: Neuralgia postherpética. Rev Medica de Costa Rica y Centroamérica. 2012 [citado 25 Sep 2011];600:9-13. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/600/art3.pdf>
8. Morera Montes J, Gómez García M, Muñoz Núñez A. Parálisis de la musculatura abdominal como complicación del herpes zoster. Rev Clin Esp. 2009;209(9):454-8. [citado 25 Sep 2011]. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/es/paralisis-musculatura-abdominal-como-complicacion/articulo/S0014256509725226/>
9. Rodríguez Ardines CA, González Fernández J. Efectividad del tratamiento acupuntural del herpes zoster en pacientes del consultorio Punta de Mulatos. III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca Iberoamericana CIMF, X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud. Venezuela 2011 [consultado 25 Sep 2011]:[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/view/563/253>

10. Garrido Suárez B, Bosch Valdés F, Rabí Martínez M del C, Hernández Arteaga M. Acupuntura. Bases neurobiológicas de la acupuntura y la electro acupuntura. 2009 [consultado 24 Mar 2011]: [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/mednat/buscar.php?id=20092&iduser=4&id_topic=17
11. Candilla RL. Bioquímica humana. La Habana: Ecimed; 2007.
12. Luis Gabriel David MD. Virus herpes. Medicus. 2006 [consultado 25 Sep 2011]: [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.abcmedicus.com>.
13. Enfermedades: Herpes (Herpes Zoster). Principales tratamientos naturales. 2011 [consultado 14 Mar 2011]: [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://therapy.epnet.com/nat/GetContent.asp?siteid=EBSCO&chunkid=124982>
14. Rodríguez Carot S, Vega Ibarra E. Tratamiento de la neuralgia postherpética. Manual de farmacia hospitalaria. Tarragona: Hospital universitario Joan XXII; 2012.
15. Hernández Díaz A. Buenas Prácticas. Recomendaciones prácticas al trabajar con un láser de baja potencia. 2007 [consultado 26 Nov 2012]: [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-fis/practicas_laser.pdf
16. Valiente Zaldívar C, Garrigó Andréu MI. Laserterapia y láser puntura para estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
17. Argente AH, Álvarez EM. Pares craneales. Semiología Médica. Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica: Enseñanza basada en el paciente (1^a edición). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2009.

Recibido:

Aprobado:

Correspondencia:

Dr. Enrique Arce Morera. Esp.2do grado en Medicina Física Rehabilitación. Máster en Medicina Bioenergética y Natural en APS. Profesor Asistente. Teléfono: 047364356. Dirección electrónica: earce@infomed.sld.cu

ANEXOS

Anexo 1

Escala analógica visual del dolor

/ ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No dolor (0) Dolor Ligero (1 - 4) Dolor Moderado (5 - 8) Dolor irresistible (9 -10)

Enlaces refback

No hay ningún enlace refback.