



UNIVERSIDAD
CIENCIAS MÉDICAS
HOLGUÍN

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS HOLGUÍN
HOSPITAL CLÍNICO QUIRÚRGICO “LUCÍA IÑIGUEZ LANDÍN”**

Título: Efectividad del tratamiento acupuntural en la Gastritis crónica. Hospital Militar de Holguín. Enero 2015 - Diciembre 2016.

Autora: Dra. Idalmis Jiménez Peña.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Mayelín Cruz Batista.

Especialista de Primer Grado en Medicina Natural y Tradicional.

Máster en Medicina Natural y Bioenergética.

Profesor Auxiliar.

Investigador agregado.

Asesor: Dra. Tania Prieto Pérez.

Especialista de Primer Grado en Gastroenterología.

Profesor Asistente.

**Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en
Medicina Natural y Tradicional.**

Holguín

2017.

Agradecimientos

A nuestro eterno comandante y a la Revolución Cubana por posibilitar mi realización profesional.

A las doctoras Mayelín y Ana Iris por su valiosa ayuda.

A todos aquellos que de una u otra forma contribuyeron a la realización de este trabajo.

Resumen:

Se realizó un estudio cuasi experimental con grupo control, en el Hospital Militar de Holguín, durante el período comprendido de Enero 2015 a Diciembre de 2016, a 84 pacientes con diagnóstico clínico y endoscópico de Gastritis crónica, remitidos de la Consulta de Gastroenterología a la consulta de Medicina Natural y Tradicional. El objetivo del trabajo consistió en evaluar la efectividad de la acupuntura en el tratamiento de esta patología. Las principales variables estudiadas fueron: edad, sexo, síntomas y signos clínicos y endoscópicos, diagnóstico tradicional, evaluación del tratamiento. Los resultados obtenidos permitieron constatar que el sexo más afectado fue el masculino y el grupo de edad de 50-59 años. El signo endoscópico predominante fue la inflamación de la mucosa gástrica, en ambos grupos, con similar mejoría después de la aplicación de ambos tratamientos, los cuales fueron evaluados de bueno en la mayoría de los casos sin encontrar diferencias estadísticamente significativas. La Humedad-calor en Bazo-Estómago fue el diagnóstico tradicional más frecuente y los mejores resultados terapéuticos se obtuvieron en el síndrome Ataque de Qi de Hígado a Estómago. Se concluye que la acupuntura causa evidente mejoría de los síntomas y signos clínicos y endoscópicos en los pacientes con Gastritis crónica por, lo que constituye una terapia efectiva en el tratamiento de esta patología.

Palabras clave: gastritis, endoscopia, acupuntura, diagnóstico tradicional, Medicina Natural y tradicional

INDICE

I. Introducción-----	1
II. Objetivos-----	5
III. Marco Teórico -----	6
IV. Método -----	23
V. Análisis y Discusión -----	36
VI. Conclusiones-----	47
VII. Recomendaciones-----	48
VIII. Referencias bibliográficas-----	49
IX. Anexos	

INTRODUCCIÓN:

La gastritis crónica es uno de los procesos inflamatorios más frecuentes del ser humano, causada por diferentes factores etiológicos. Según su morfología se puede clasificar en gastritis superficial y gastritis atrófica. El síntoma más frecuente es el dolor en epigastrio de intensidad variable, irradiado al dorso y a ambos hipocondrios (postprandial inmediato), náuseas matinales, vómitos, sialorrea, digestiones lentas, ardor, pirosis, acidez, eructos y menos frecuente la hemorragia en forma de hematemesis o melena, aunque un gran número de gastritis son asintomáticas.¹

La enfermedad aparece mayoritariamente en gente joven y de mediana edad. Cuando el paciente avanza en edad, la tasa de incidencias aumenta. La enfermedad, siendo la gastroenteropatía más común, se diagnostica mediante gastroscopia y biopsia.

Se debe prestar especial atención a los pacientes con gastritis atrófica ya que esta puede complicarse, apareciendo una metaplasia intestinal epitelial y/o una hiperplasia atípica.²

La etiología es multifactorial, se destacan factores genéticos, ambientales (infecciosos, dietéticos, consumo de tabaco y drogas), vasculares, psicológicos e inmunológicos siendo el infeccioso por *Helicobacter pylori* el agente principal de la inflamación gástrica.³⁻⁷

Esta bacteria afecta a casi la mitad de la población, entre los infectados el 15% desarrolla úlceras y el 3% cáncer gástrico.⁸ Se estima que más de dos tercios de la población mundial se encuentra infectada por esta bacteria, con una prevalencia que fluctúa del 30 al 90%. La proporción de infección varía de nación a nación, existiendo una clara diferencia entre los países desarrollados y aquellos en vías de desarrollo. En el mundo occidental (oeste de Europa, Norteamérica y Australia), la proporción es de alrededor de un 25% de la población, siendo mucho mayor en el tercer mundo; en países como Nigeria, cifras superiores al 80%. En los Estados Unidos, la infección se observa principalmente en personas de edad avanzada (más del 50% de estas ocurre en personas de más de 60

años.)⁹ Hoy se calcula que el 70% de la población padece algún tipo de problema gástrico (gastritis, úlcera péptica o duodenal, reflujo o cáncer esofágico o gástrico).⁸

En China la Gastritis crónica es muy frecuente (prevalencia del 30%- 80%), razón por la cual el Estado ha dado prioridad a su investigación. En Colombia Bravo y colaboradores hallaron el *Helicobacter pylori* en el 69.1% de las biopsias endoscópicas, asociándose dicha bacteria a la Gastritis crónica no atrófica en el 36,4%.¹⁰

En Cuba los trastornos digestivos altos constituyen una causa frecuente de consulta de Gastroenterología, dentro de ellos la Gastritis crónica es uno de los más frecuentes, sola o asociada a otros procesos. Está clasificada entre las 40 enfermedades más frecuentes y dentro de las 60 principales causas de egresos hospitalarios, lo cual produce pérdidas económicas debido a que afecta con mayor frecuencia a pacientes en edad laboral, sobre todo entre los 35 y 70 años, con ocurrencia máxima alrededor de los 50.¹¹

En el Hospital Militar de Holguín se ha detectado una alta incidencia de la enfermedad en los pacientes que acuden a esta unidad de salud. Según datos estadísticos, en el año 2014 fueron atendidos por esta patología 463 pacientes en cuerpo de guardia y se realizaron 86 ingresos.

El tratamiento de esta afección actualmente varía desde el higiénico dietético, prescribiéndose una dieta sin sustancias irritantes (café, tabaco, alcohol, ají) así como también drogas que contrarresten la agresión de la barrera gástrica, a los que se puede añadir gastrocinéticos si existe evidencia de trastornos de motilidad gastroesofágica o gastroduodenal.

En la gastritis asociada a *Helicobacter pylori* el tratamiento está dirigido a su erradicación. Hasta el momento no existe un tratamiento efectivo, libre de efectos colaterales y reacciones adversas.

Inicialmente se utilizaba el metronidazol, el cual presenta actualmente resistencia en más del 80% de los casos. En la actualidad el tratamiento más empleado es el esquema triple, observando mejores resultados con el uso de un inhibidor

de bomba de protones +amoxicilina + claritromicina, cuando las resistencias a este último por *Helicobacter* no superan el 20%. Este régimen terapéutico es enérgico y caro, además desafortunadamente, se ha incrementado el número de infecciones individuales que portan cepas resistentes a este primer tratamiento con antibióticos. Esto ha hecho que el tratamiento inicial falle y se requieran aplicaciones adicionales de terapia antibiótica.¹²

Según la Medicina Tradicional Asiática esta enfermedad corresponde al campo de gastralgia, abuso de alimentos y vómitos. Está causada principalmente por la alteración del funcionamiento de los Zang Fu Bazo, Estómago e Hígado.^{10,13}

Tradicionalmente múltiples terapias también han sido utilizadas, entre las que se pueden mencionar: acupuntura, moxibustión, electroacupuntura, auriculoterapia, fitoterapia, medicina interna china, farmacopuntura, así como la catgutpuntura.¹³

Los beneficios de la acupuntura se han demostrado, con el mayor porcentaje de resultados positivos, concretamente en los casos del sistema digestivo, y del estómago en forma particular.

Como resultado del tratamiento acupuntural aparece, en casi todos los casos, una gran sedación, un aumento de la vitalidad, una mayor capacidad de trabajo y una alegría de vivir, que caracteriza la verdadera salud.

La acupuntura estimula el sistema nervioso central y el plexo solar, produce aumento del flujo sanguíneo en la mucosa gástrica, promoviendo su reparación y resistencia al daño. Regula las hormonas gastrointestinales (gastrina, motilina, prostaglandina E2, somatostatina y factor de crecimiento epidérmico) que modulan la secreción, movilidad, absorción, e inmunidad gastrointestinal. Además promueve la inmunidad del cuerpo y resistencia al *Helicobacter pylori*.

Las paredes del estómago y también del esófago quedan sensibilizadas, produciendo dolor, acidez, cansancio, nerviosismo, desgano. Esto puede hacer que los dolores tarden o sean difíciles de ceder. La acupuntura desensibiliza paulatinamente el estómago y también repara la lesión de la gastritis.^{10, 13}

La terapéutica acupuntural ofrece una ventaja adicional, ya que al no ingerir drogas, no produce intoxicaciones ni acciones iatrogénicas en el paciente. Además, es muy barata, por lo que su difusión con indicaciones adecuadas ayudaría a paliar el gasto farmacéutico en una importante medida. ¹⁴

La alta frecuencia de la Gastritis crónica en la práctica médica, las grandes molestias que ocasiona en los pacientes, los gastos que produce, tanto a las instituciones, como a los enfermos, unido a las ausencias laborales que acarrea, y convencidos de los beneficios de la acupuntura sirvió como motivo para emprender la investigación. Por lo antes expuesto planteamos el siguiente **problema científico**: ¿Cuál será el comportamiento clínico de los pacientes con diagnóstico de Gastritis crónica al aplicar esquemas terapéuticos acupunturales?

Hipótesis: Al aplicar esquemas terapéuticos acupunturales, según diagnóstico tradicional, a pacientes con diagnóstico de Gastritis crónica, mejoran los síntomas y signos clínicos y endoscópicos en estos pacientes.

OBJETIVOS:

General: Evaluar la efectividad de la acupuntura en el tratamiento de la Gastritis crónica.

Específicos:

1. Estratificar muestra según edad y sexo.
2. Determinar el comportamiento de los síntomas y signos clínicos antes y después del tratamiento en ambos grupos.
3. Determinar el comportamiento de los signos endoscópicos antes y después del tratamiento en ambos grupos.
4. Determinar el diagnóstico tradicional más frecuente en el grupo al que se le aplicó tratamiento acupuntural.
5. Evaluar el resultado del tratamiento según diagnóstico tradicional en el grupo experimental.

MARCO TEÓRICO:

Los primeros estudios sobre Gastritis fueron realizados por Stehl (alemán, 1728) el cual estudió las alteraciones de la mucosa gástrica presentes en el estómago de pacientes fallecidos, los cuales constituyeron las bases para conformar el concepto.¹

En los últimos años se han producido importantes cambios en los conceptos clásicos englobados bajo el término de gastritis. En la década del 80 unos investigadores australianos (Warren y Marshall) describieron y caracterizaron la presencia de una bacteria espiral en la mucosa gástrica la cual fue denominada en un inicio *Campylobacter pylori*, y posteriormente con los estudios biomoleculares se llamó *Helicobacter pylori* y se concluyó que solo habitaba en la mucosa gástrica, constituyendo este hallazgo una revolución en la histopatología y terapéutica de las enfermedades gastroduodenales.¹⁵

Todo el conocimiento adquirido durante todos estos años, unido al descubrimiento y caracterización del *Helicobacter pylori*, ha permitido crear y definir a las alteraciones histomorfológicas de la mucosa gástrica como gastritis.^{16,17} Por lo tanto, la definición actual de gastritis se basa sobre datos morfológicos y descriptivos, siendo una entidad esencialmente histológica (con un infiltrado inflamatorio mononuclear, con o sin células polimorfonucleares en la mucosa gástrica), que según su intensidad, distribución, manifestaciones clínicas, manifestaciones histológicas (tipo de célula inflamatoria que participa en la respuesta inflamatoria), mecanismo de producción y persistencia del agente causal, se puede definir como gastritis aguda o crónica.¹⁷⁻¹⁹

La gastritis crónica es un proceso inflamatorio crónico de la mucosa del estómago y se atribuye a una amplia variedad de mecanismos, cuyo diagnóstico definitivo es histológico, cuando se observa un infiltrado constituido por linfocitos, monocitos y células plasmáticas, en el cual el espacio alrededor de cada célula, es menor a la equivalencia del diámetro de dos células.^{3, 4, 20, 21}

Es una entidad de elevada morbilidad a nivel mundial, su incidencia varía en las diferentes regiones y países. Es muy alta en África, Asia y muchas partes de

América Central y del sur, mientras es relativamente baja en el norte y oeste de Europa, Norteamérica y Australia.²²⁻²⁴

La causa más frecuente es la infección por *H. pylori*, cuya prevalencia en el mundo es muy elevada, aproximadamente del 50% y se divide en dos grupos. El grupo I está constituido por los países en donde la mayoría de los niños se infectan durante la infancia y en los que la infección crónica producida por el microorganismo persiste durante la edad adulta; el grupo II está integrado por aquellas zonas en que solo una minoría de los niños que viven actualmente están infectados, pero donde la prevalencia de la infección aumenta con relación a la edad durante la etapa adulta. En este último grupo interviene el denominado efecto de cohorte o generacional que se encuentra en poblaciones en que han cambiado o se han modificado de modo importante las condiciones socioeconómicas en las últimas décadas.²⁵ Estudios de prevalencia de la infección en poblaciones sanas muestran amplias variaciones entre diferentes comunidades.^{9, 20, 22}

Entre los países del grupo I más afectados se encuentran dentro del continente africano: Nigeria con 85%, Argelia con un 79% y Costa de Marfil con 73%, mientras que en el grupo II los mayores porcentajes corresponden a Israel con 65%, Reino Unido con 56,9%, EE.UU. con 52% y Japón con un 50%. La característica más llamativa de las curvas de prevalencia de la infección por *H. pylori* es el incremento de casos de infección que se producen con la edad. En países en vías de desarrollo gran parte de los niños (el 79% en algunos estudios) se encuentran ya infectados a los 10 años y la prevalencia continúa aumentando a lo largo de la vida, alcanzando en las personas adultas índices superiores a los de los países con alto nivel de desarrollo. Igual distribución se observa en poblaciones de bajo nivel socioeconómico de países desarrollados. En los países desarrollados la prevalencia de la infección es relativamente baja hasta los 35-40 años, observándose a partir de entonces y hasta aproximadamente los 60 años un ascenso importante. Seguidamente se produce una leve pero persistente caída de la misma en la población de más edad.²⁵

En países en vías de desarrollo el cambio de la tendencia ascendente en la curva de prevalencia se produce en edades más tempranas, generalmente entre la

primera y segunda década de la vida; seguidamente se observa un aplanamiento de la curva mientras que un descenso de la misma se produce entre la cuarta y quinta década de la vida. ^{1, 22, 25}

Existen diversas clasificaciones de la gastritis crónica, basadas en criterios clínicos, factores etiológicos, endoscópicos o patológicos, no existiendo una clasificación totalmente aceptada.

Clasificación Anatomopatológica basada en su presentación, prevalencia y etiología. ¹²

- Gastritis crónica asociada a H. pylori
- Gastritis crónica activa.
- Gastritis crónica atrófica multifocal.
- Gastritis atrófica corporal difusa.
- Gastritis crónicas infrecuentes (Gastritis granulomatosas, Enfermedad de Crohn, Sarcoidosis, Linfoma, Enfermedad de Whipple, Histiocitosis de células de Langerhans, Vasculitis, Gastritis xantogranulomatosa, Gastritis eosinofílica Gastritis colágena y gastritis linfocítica.)
- Gastritis Hipertróficas (Enfermedad de Menetrier, Gastritis hipertrófica hipersecretora, Síndrome de Zollinger Ellison)

Clasificación actualizada de Sydney basada en hallazgos endoscópicos, histológicos, etiológicos, topográficos y grado de daño: ²⁶

- Gastritis antral no atrófica, que es asociada con H. pylori, suele ser una gastritis superficial, sin atrofia, conocida también como gastritis tipo B.
- Gastritis atrófica multifocal antral y corporal, asociada principalmente a factores externos dentro de los que el más importante en su iniciación es el H. pylori, postulándose que las células foveolares tienen receptores para estas bacterias, las cuales tienen una proteasa que destruye las glicoproteínas del moco, exponiendo de esta manera a las células a la acción destructiva del jugo gástrico.
- Gastritis atrófica corporal difusa, denominada también como gastritis autoinmune o gastritis tipo A; se asocia con anemia perniciosa, asociada a anticuerpos anticélulas parietales u oxínticas, factor intrínseco y la bomba productora de protones con aclorhidria o hipoclorhidria de acuerdo al grado de

atrofia, deficiencia de vitamina B12, y en casos avanzados aparición de anemia perniciosa, incrementándose el riesgo de cáncer gástrico y de tumores carcinoides.

En las gastritis crónicas cuando el infiltrado compromete la zona superficial de la lámina propia, entre las criptas de las foveolas, hasta los cuellos glandulares, sin compromiso de las glándulas gástricas, se denomina como gastritis crónica superficial y si el infiltrado compromete la lámina propia en toda su extensión se le denomina como gastritis crónica profunda.²⁶

Estas gastritis crónicas en el curso de su evolución presentan alteraciones degenerativas de las células epiteliales con reducción de la cantidad de glándulas acompañada de áreas variables de atrofia glandular tomando el nombre de gastritis crónica atrófica, en las que pueden aparecer zonas de metaplasia intestinal localizadas en la mucosa fúndica como en la pilórica. Asimismo, en la mucosa fúndica puede producirse un reemplazo de las glándulas de dicha zona por glándulas de tipo pilórico denominada metaplasia pilórica o pseudopilórica.²⁶

En la metaplasia intestinal el epitelio de las glándulas gástricas atróficas es reemplazado por células columnares absortivas y células caliciformes semejantes al del intestino, que si recuerdan el patrón de intestino delgado se les conoce como metaplasia completa, mientras que las de patrón colónico se les denomina metaplasia incompleta, siendo esta última considerada lesión pre maligna.²⁶

El daño de la mucosa gástrica depende del tiempo de permanencia del factor o factores injuriantes, jugando un rol importante la capacidad que tiene la mucosa gástrica a través de la denominada barrera gástrica para resistir a estos factores o a los efectos deletéreos de sus propias secreciones.²⁵

La barrera gástrica está constituida por componentes pre epiteliales, epiteliales y sub epiteliales. En los componentes pre epiteliales se encuentran la barrera de moco, el bicarbonato y los fosfolípidos, estos últimos aumentan la hidrofobicidad superficial de la membrana celular e incrementan la viscosidad del moco.²⁵

En los componentes epiteliales se encuentran la capacidad de restitución del epitelio por las células existentes a nivel de la región lesionada, la resistencia

celular con una gradiente eléctrica que previene la acidificación celular, los transportadores acidobásicos que transportan el bicarbonato hacia el moco y a los tejidos subepiteliales y extraen el ácido de estos sitios, los factores de crecimiento epitelial, las prostaglandinas y el óxido nítrico.²⁵

En los componentes subepiteliales se encuentran, el flujo sanguíneo que descarga nutrientes y bicarbonato en el epitelio, y la adherencia y extravasación de los leucocitos, que inducen lesión hística y quedan suprimidos por las prostaglandinas endógenas.²⁵

El trastorno de uno o más de estos componentes defensivos por factores etiológicos de la gastritis originan la lesión de la mucosa permitiendo la acción del ácido, proteasas y ácidos biliares en mayor o menor grado y que pueden llegar hasta la lámina propia, sitio en el que producen lesión vascular, estimulan las terminaciones nerviosas y activan la descarga de histamina y de otros mediadores.^{12, 25}

La gastritis es etiológicamente multifactorial, observándose que en un solo paciente pueden intervenir múltiples factores tanto exógenos como endógenos, de los que el más común es la infección por *Helicobacter pylori*.^{12, 24}

Factores exógenos

1. *Helicobacter pylori* y otras infecciones
2. AINES
3. Irritantes gástricos
4. Drogas
5. Alcohol
6. Tabaco
7. Cáusticos
8. Radiación

Factores endógenos

1. Acido gástrico y pepsina
2. Bilis
3. Jugo pancreático
4. Urea (Uremia)
5. Inmunes

La infección por *Helicobacter pylori* se calcula que afecta la mitad de la población mundial, con mayor prevalencia en países en desarrollo, llegando a cifras hasta del 90%, asociada a niveles socio económicos bajos, adquiriéndose a edades más tempranas en comparación con los países desarrollados. Estas discrepancias se atribuyen a una mayor higiene y al mayor uso de antibióticos en los países más ricos. ^{1, 20,27}

Todos los sujetos que presentan *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) desarrollan gastritis, un 15 a 20% presentan úlcera péptica y menos del 1% adenocarcinoma gástrico existiendo variaciones regionales. ^{20,27}

Su forma espiral, flagelos y la producción de ureasa por esta bacteria Gram negativa, facilitan su motilidad a través del moco gástrico y su adhesión selectiva a la mucosa gástrica donde se liga a diferentes fosfolípidos liberando proteasas solubles y fosfolipasas lesivas tanto para la capa de moco como para las células, permitiendo una mayor difusión de iones hidrógeno en dirección a la superficie mucosa produciendo daños severos. ^{20,27}

El ser humano es el principal reservorio de la infección, siendo la vía de transmisión más frecuente la fecal – oral, a través de la ingesta directa o indirecta de aguas contaminadas que actúan como vehículo principal de transmisión. Se describe también la transmisión oral-oral por aislamiento del *Helicobacter pylori* de las placas o caries dentarias. ^{20,27}

La infección por estas bacterias se inicia en el antro gástrico, ubicándose a lo largo de la superficie epitelial, se extiende hacia el cuerpo llevando en los casos crónicos de larga evolución a atrofia, metaplasia intestinal que pueden terminar en displasia y finalmente adenocarcinoma. ^{20,27}

La infección por *H. pylori* puede ser sintomática o asintomática (sin efectos visibles en el enfermo); se estima que más del 70 % de las infecciones son asintomáticas. En ausencia de un tratamiento basado en antibióticos, una infección por *H. pylori* persiste aparentemente durante toda la vida. El sistema inmunitario humano es incapaz de erradicarla. ²⁷

En el diagnóstico de gastritis no existe una buena correlación de las manifestaciones clínicas, los hallazgos endoscópicos e histológicos, pueden arrojar, en ocasiones, severas gastritis en individuos asintomáticos o mucosas gástricas normales, en pacientes con síntomas acentuados atribuibles a gastritis.

- Manifestaciones clínicas: Las gastritis pueden ser totalmente asintomáticas y en caso de existir síntomas estos no son propios, sino atribuibles a ella, como es la presencia de ardor, dolor o molestias postprandiales en epigastrio, llenura precoz, acidez, náuseas, distensión abdominal, síntomas que también pueden estar presentes en dispepsia no ulcerosa, úlceras o neoplasias gástricas o duodenales y aún en el colon irritable. Además pueden manifestarse con hemorragias crónicas o agudas que podrían llegar a ser masivas con hematemesis y melena.

12, 27,28

- Hallazgos endoscópicos: Los signos endoscópicos asociados a esta entidad incluyen edema, eritema, mucosa hemorrágica, punteados hemorrágicos, friabilidad, exudados, erosiones, nodularidad, pliegues hiperplásicos, presencia de signos de atrofia de la mucosa dada por visualización de vasos submucosos con aplanamiento o pérdida de los pliegues acompañados o no de placas blanquecinas que corresponden a áreas de metaplasia intestinal. Estos signos endoscópicos pueden localizarse topográficamente a nivel del antro, cuerpo o en todo el estómago, denominándose gastritis antrales, gastritis corporal o pangastritis respectivamente. 12, 27,28

- Hallazgos histológicos: No se debe abusar del diagnóstico de gastritis, por lo que se requiere realizar la biopsia para confirmación histológica, establecer la presencia o ausencia de *Helicobacter pylori* o de otras formas de gastritis específicas. 12, 27,28

- Exámenes de laboratorio: Las pruebas de laboratorio pueden usarse para determinar algunas causas de gastritis, como en el caso del *Helicobacter pylori* a través de métodos invasivos como la endoscopia y biopsias para el estudio histológico, realizar la técnica de la ureasa rápida, el cultivo y el empleo de métodos no invasivos como la serológica para Ig G. También se incluyen pruebas serológicas para anticuerpos contra Citomegalovirus, Herpes, Sífilis, anticuerpos

contra células parietales gástricas, factor intrínseco y de la bomba de protones productora de ácido. Un examen sencillo y específico es la prueba del aliento con urea marcada con C13 o C14, sin embargo, no se dispone de ella con facilidad. Esta consiste en que el paciente bebe urea marcada con C13 y C14 produciéndose posteriormente (debido al metabolismo de la bacteria) dióxido de carbono marcado, el cual es detectado en la respiración.^{12, 27,28}

El tratamiento de la gastritis crónica hoy, es el de la erradicación del *Helicobacter pylori*; reconocido como agente causal en más de 80 % de los casos con excepción de las gastritis autoinmunes, formas especiales e inespecíficas, donde su tratamiento debe estar en relación con la enfermedad de base.

La resistencia de esta bacteria al tratamiento antimicrobiano es alta por lo que se recomiendan esquemas terapéuticos con 2 o 3 medicamentos al unísono.

Ninguna monoterapia representa un tratamiento aceptable. Por ejemplo, se proponen:^{16,19}

1. Terapias duales:

Omeprazol (20 mg) 1 tableta (tab.). /día por 28 días.

Amoxicilina (500 mg) 2 tab. /día por 2 sem o Claritromicina (500 mg) 2 tab/día por 2 semana.

2. Terapias triples:

a) Clásica:

- Subsalicilato de bismuto coloidal 600 mg cada 6 h por 14 días.
- Metronidazol 250-500 mg cada 8 h por 14 días.
- Tetraciclina 500 mg cada 6 h por 14 días o amoxicilina 1 g cada 8 h por 14 días.

b) Moderna:

- Omeprazol (20 mg) + Amoxicilina (500 mg)+ Claritromicina (500 mg) cada 12 h por 14 días.

Se puede utilizar también Metronidazol 1 g diario por 14 días, Tetraciclina 500 mg cada 12 h por 14 días o Tinidazol en la misma dosis.

3. Terapia cuádruple: a la terapia triple clásica se le adiciona un inhibidor de la bomba de protones.

En el tratamiento de la gastritis también se utilizan drogas:^{16,19}

a) Procinéticas:

- Cimetidina (1 mg) 1 tab antes de las principales comidas.
- Domperidona (10 mg) 1 tab antes de las comidas.
- Clebopride (10 mg) 1 tab antes de las comidas.

b) Gastroprotectoras:

- Sucralfato (1 g) 1 tab cada 12 h por 1 mes.
- Misoprostol (200 µg) 1 tab cada 8 h por 1 mes (efectivo en las gastritis medicamentosa).
- Celulosa microcristalina (5 g al día) 1 cucharada diluida en 120 ml de agua, 3 veces/día por 3 meses.

Debe evitarse el consumo de irritantes gástricos como alcohol, café, picantes y tabaco. En los casos en que está presente una atrofia de la mucosa gástrica se debe realizar vigilancia endoscópica-biopsia para detectar tempranamente una neoplasia gástrica.^{16,19}

Fisiopatología de la enfermedad desde la perspectiva de la Medicina Tradicional Asiática:

La Gastritis crónica es una enfermedad en la que se encuentran desórdenes profundos entre los Zang Fu: Bazo-Páncreas, Estómago e Hígado. El Bazo-Páncreas y su víscera acoplada, el Estómago corresponden al elemento Tierra dentro de la teoría de los cinco elementos, el que constituye el eje central de las actividades del ser vivo.^{29, 30}

Las enfermedades digestivas han sido siempre un constante problema para el ser humano, prueba de ello es que en la materia médica de la Medicina Tradicional China ya aparecen, hace más de 3,600 años estudios sobre deficiencias del estómago y del sistema digestivo.³⁰

El famoso médico Li Dong Yuan (1180 - 1251), también conocido como Li Gao y como Li Ming Zhi, escribió su libro de mayor trascendencia, el Pi Wei Lun o "Tratado sobre Bazo y Estómago", en el que, en última instancia, no se hace otra cosa que desarrollar exhaustivamente los preceptos de los clásicos relacionados con la etiología y la patogenia. En éste se sostiene que, con la excepción de los factores exógenos, la causa principal de todas las afecciones descansaba en una

lesión de origen interno del bazo y el estómago. Él es el creador de la escuela que preconiza que, no importan los órganos y vísceras que en cada persona estén dañados, en todos los casos, de una manera o de otra, ya sea mediante el empleo de la Medicina Tradicional Externa o de la Interna o de ambas, debe protegerse la función del bazo y el estómago. En absoluta correspondencia con esta concepción, en el Nei Jing se señala que en todo tratamiento se deberá proteger la función de la tierra, así como en el Dao De Jing se alude a las funciones de la Tierra y a la importancia del Centro.³¹

En la antigüedad no se concebía eliminar el dolor de cabeza sin antes mejorar la fortaleza del estómago, porque se entendía que este síntoma era una señal sabia y de autoprotección que adoptaba el estómago para que rectificáramos algunos excesos emocionales y que se concentran primeramente en el Estómago (Estómago-Bazo-Tierra, que contiene todos los elementos.) El estómago podría estar tenso, congestionado y con falta de vitalidad y defensa, y entonces se manifestaba en este síntoma concreto. En este estado, se le daba un tratamiento para aumentar su vitalidad interior, quitando su tensión física y emocional, y se le aconsejaba tener un mayor autodomínio sobre sus emociones y deseos.³⁰

El Bazo y el Estómago constituyen las raíces del cielo posterior. Según el Nei Jing cumplen la función de alimentación, transporte y transformación de la energía, necesaria para asegurar el mantenimiento de las actividades fisiológicas normales de los órganos y entrañas. Bazo y Estómago florecen durante todo el año y esto les convierte en elemento preventivo de todas las enfermedades. Así pues, la actividad de la Tierra está íntimamente ligada a los procesos inmunitarios y en la medida en que estos funcionan, garantizan la salud y la longevidad.²⁹

Las alteraciones del movimiento Tierra alcanzan la totalidad de los órganos. Así, en la medida que falla el papel distribuidor del Bazo y el papel asimilador, la esencia de los cinco cereales no se reabsorbe, y su quinta esencia, el sabor, no nutre los demás órganos, con lo que se produce un debilitamiento general de todo el organismo.²⁹

La Gastritis crónica está causada principalmente por la alteración del ascenso y el descenso de energía de Bazo y Estómago, resultando una irregularidad en

otras funciones de los dos órganos Zang , siendo el dolor sordo en epigastrio, náuseas (matinales), vómitos, digestiones lentas, dolor a la palpación abdominal, acidez, eructos y otros los principales síntomas.³⁰

Se invocan como causas fundamentales: ^{29,32}

- Ataque de frío al estómago: Se trata del ataque de frío externo. El frío causa contracción gástrica y dificulta el correcto funcionamiento del Qi gástrico, apareciendo estancamiento del Qi y por tanto dolor.
- Alteraciones alimenticias: Los excesos de alimentos pueden alterar el funcionamiento del Qi de bazo y estómago. El exceso de alimentos fríos dificulta la circulación del Qi y la sangre mientras que el exceso de alimentos grasos y picantes, así como alcohol generan humedad y bloquean el mecanismo de Qi, produciendo estancamientos y como consecuencia dolor epigástrico. También una alimentación inadecuada y hábitos de comida irregulares (cenar tarde, comer pensando en el trabajo) generan calor interno que consume el yin de estómago.
- Las emociones: el Estómago se ve afectado principalmente por las preocupaciones y el exceso de reflexión. Las preocupaciones provocan un estancamiento de Qi en el Estómago, que se manifiesta por sensación de ardor persistente, eructos y náuseas. Un exceso de trabajo intelectual durante varios años lleva a una insuficiencia de Qi de Bazo- Estómago. La cólera, frustración y resentimiento provocan un estancamiento del Qi de Hígado que invade al Estómago provocando náuseas, eructos o distensiones dolorosas.
- Enfermedades crónicas de larga evolución que dañan el Yang de Bazo y Estómago, provocando la aparición de frío interno.

Para la Medicina Tradicional Asiática la Gastritis crónica está considerada dentro de los siguientes síndromes: ³²⁻³⁴

- Insuficiencia de Yin del Estómago.
- Humedad-calor en Bazo y Estómago.
- Ataque de Qi de Hígado a Estómago.
- Insuficiencia de Bazo y Estómago.
- Estasis de sangre en Estómago.

Insuficiencia de Yin de Estómago:

Síntomas: Dolor sordo y quemante en región epigástrica, sed, disforia con sensación febril en tórax, palmas y plantas. Heces secas y orina amarilla. Rubor facial y labios rojos. Lengua roja con escasa saburra y pulso fino y rápido.

Etiopatogenia: El yin de estómago es consumido por acumulación de fuego o calor prolongado estomacal. La causa del calor es la alimentación inadecuada y hábitos de comida irregulares (cenar tarde, comer pensando en el trabajo) que generan calor interno, o el fuego de las emociones: la preocupación y obsesión. Como el estómago es el origen de los líquidos, cuando su yin es insuficiente habrá sequedad, lo que explica la sintomatología.

Humedad-calor en Bazo - Estómago:

Síntomas: dolor epigástrico, con sensación de distensión y quemazón, resistencia a la presión, falta de apetito, sed sin deseos de beber o a pequeños sorbos, halitosis, náuseas, vómitos, heces blandas y nauseabundas, con sensación de ardor en el ano, orinas oscuras y escasas. Lengua roja con saburra amarilla y seborreica. Pulso blando, rápido y resbaladizo.

Etiopatogenia: Este síndrome generalmente se debe a la invasión de la humedad-calor patógenos o al estancamiento de estos en el bazo y el estómago, producidos por una dieta inadecuada o por el exceso de alimentos grasos y dulces, o de bebidas alcohólicas.

Cuando la humedad- calor se acumula y estanca en el bazo y estómago, estos fallan en sus funciones de aceptación, transporte y transformación de los alimentos, y en el ascenso y descenso de Qi, lo cual provoca sensación de distensión en el epigastrio y el abdomen, náuseas y vómitos. Si la humedad-calor estancada ataca el Jiao Inferior produce heces blandas y nauseabundas con sensación de ardor en el ano, orinas escasas y rojizas. La saburra amarilla y pegajosa y el pulso blando, rápido y resbaladizo son signos de la presencia de humedad- calor.

Ataque del Qi del Hígado al Estómago:

Síntomas: Distensión y plenitud en la región epigástrica, dolor intermitente que afecta a la región hipocóndrica, eructos o regurgitación ácida o amarga, saburra blanca y delgada, pulso profundo y de cuerda.

Etiopatogenia: Se debe a trastornos emocionales como ira, cólera, resentimiento, que producen disfunción del hígado en el mantenimiento del libre flujo de Qi. Esto provoca ataque del Qi hígado a estómago, según la relación de los cinco elementos (dominancia excesiva de la madera a la tierra.)

Cuando el Qi de Hígado ataca a Estómago, este último falla en su función de descenso y provoca hipo y eructos. Si el Qi se estanca en el estómago produce distensión y dolor intermitente en región epigástrica, así como regurgitación ácida.

Insuficiencia de Bazo - Estómago:

Síntomas:

Este síndrome puede a su vez dividirse en Deficiencia de Qi de Bazo-Estómago, y síndrome de frío por deficiencia en Bazo - Estómago. En el primer caso las manifestaciones clínicas están dadas por dolor epigástrico con sensación de distensión después de comer, cansancio y lasitud, pérdida del apetito, cara pálida, debilidad de los miembros, deposiciones blandas, náuseas, sensación de plenitud en el pecho y epigastrio. Lengua pálida con saburra blanca. Pulso lento y débil.

En el síndrome de frío por deficiencia en Bazo – Estómago aparece dolor sordo en el estómago, con preferencia por el calor y la presión, distensión abdominal después de comer, temor al frío, miembros fríos, vómitos acuosos de contenido claro, deposiciones blandas. Lengua pálida y obesa con saburra blanca y húmeda. Pulso profundo, lento y débil.

Etiopatogenia: Generalmente se debe a una dieta irregular (pobre en nutrientes y proteínas, consumo excesivo de alimentos y bebidas frías), fatiga debido a exceso de trabajo, vómitos y diarreas excesivos, así como el efecto de otras enfermedades. La deficiencia de bazo y estómago crónica o por excesivo cansancio o enfermedad crónica puede facilitar el ataque de factores patógenos

como el frío, que se manifiesta como gastralgia. También una deficiencia de yang en estos órganos genera frío interno. Todo esto ocasiona una disfunción de bazo y estómago en la recepción, transporte y transformación de nutrientes por lo que aparece falta de apetito, distensión abdominal, deposiciones blandas. El bazo no puede transportar el Qi a todo el cuerpo por lo que aparece fatiga, lasitud y debilidad en los miembros. Si la insuficiencia de Qi se prolonga, la incapacidad de bazo para transportar y transformar los líquidos puede producir humedad que obstruye el pecho y epigastrio ocasionando dolor con sensación de distensión. La insuficiencia de Yang de bazo provoca la aparición de frío interno, lo que explica la sintomatología de temor al frío, miembros fríos, vómitos acuosos de contenido claro. El dolor epigástrico sordo que alivia con la presión indica que es un síndrome de tipo deficiencia.

Éstasis de sangre en Estómago:

Síntomas: Dolor epigástrico fijo e intenso, agravado por el calor y la presión, dolor después de la comida, vómitos de sangre negra, sangre en las heces. Lengua púrpura con manchas púrpuras, o púrpura solo en el centro. Pulso de cuerda o rugoso.

Etiopatogenia: Puede asociarse o derivarse de otros síndromes como Fuego de Estómago, Retención de alimentos en Estómago e invasión de Qi de Hígado a Estómago, también puede deberse a un estancamiento de Qi de Hígado prolongado. La éstasis de sangre produce dolores de naturaleza lacerante o penetrante y se manifiesta por una sangre de color muy oscuro. Como el estómago está relacionado con intestino grueso puede aparecer sangre en las heces. La lengua púrpura se debe al éstasis de sangre.

La acupuntura es la técnica de Medicina Tradicional y Natural que consiste en la punción con agujas en determinados puntos del cuerpo (acupuntos) los cuales se encuentran en el trayecto de los distintos canales o meridianos y se utilizan para el tratamiento de los distintos desequilibrios energéticos del organismo.

La acupuntura, como "arte médico" o "método terapéutico", se remonta a varios milenios atrás. Se estima que tiene más de 5.000 años en uso en China, donde se

profundizó el estudio y la práctica de ésta. El libro más antiguo que conocemos de medicina, el *So Wen Nei Jin*, fue escrito alrededor del 2500 A. de C. Este parece ser una recopilación de libros más antiguos y hace referencia a la Acupuntura.³⁰

La tradición oral y la documentación arqueológica nos han dejado un valioso legado sobre esta tradición ancestral. Se dice que nació en el fértil valle del río Amarillo en las costas septentrionales del mar de China. Lentamente se extendió más allá de sus fronteras, a todos los reinos de su influencia, como Japón, Corea y Vietnam, llegando hacia el siglo XVII a los confines de Eucrasia y de África, para alcanzar por último el mundo occidental.³⁰

La utilización de la acupuntura en Cuba comienza en 1962 introducida por el Dr. Floral Carballo y no fue hasta el 4 de febrero de 1997 cuando el Ministerio de Salud Pública, aprueba y pone en vigor en el Sistema Nacional de Salud, la Resolución Ministerial No. 9, modificada posteriormente por la Resolución 261 del 4 de agosto de 2009, perfeccionada en el acuerdo 7551 del Consejo de Ministros de 2011, para el desarrollo y generalización de la Medicina Tradicional y Natural y consolidada en el Lineamiento 129 de la Política Económica y Social del PCC.

En diciembre de 1979, la Organización Mundial de la Salud (OMS) tomó la decisión de recomendar el tratamiento acupuntural en la curación del resfriado, la amigdalitis aguda, la jaqueca, la neuralgia trigeminal, la ciática, la **gastritis aguda y crónica**, la constipación, la odontalgia, y otras afecciones, hasta un total de 43 enfermedades.³⁵

Existen diferentes teorías occidentales que explican el mecanismo de acción de la acupuntura. Las más aceptadas son: ^{14, 35, 36}

- Teoría iónica.
- Teoría de Melsack y Wall o de control de exclusas.
- Teoría neuroendocrina.
- Teoría inmunológica.

- Teoría iónica: en el tejido dañado hay bloqueo de la membrana celular impidiendo la circulación iónica de sodio, potasio, calcio y magnesio. La acupuntura produce neuromodulación, facilitando la circulación iónica a través de la membrana. Activa la bomba de sodio-potasio, con cambio en el potencial de membrana facilitando la conducción nerviosa.

- Teoría de Melsack y Wall: la teoría de las puertas de entrada plantea que a nivel del sistema nervioso existen varias puertas de entrada compuestas por fibras que permanecen abiertas al paso del dolor, el que viaja por fibras A finas poco mielinizadas o amielinizadas y velocidad de conducción muy baja. El estímulo acupuntural viaja por fibras AB gruesas, mielinizadas y con alta velocidad de conducción, por lo que este estímulo llega primero al tálamo y cierra las compuertas al paso del dolor logrando la analgesia.

- Teoría neuroendocrina: plantea que la mayoría de los puntos están en meridianos cuyos trayectos están cercanos a ramas nerviosas importantes de carácter neurovegetativo; igualmente coinciden con plexos neurovasculares (somáticos o viscerales) relacionados con ganglios y estructuras cerebrales superiores. El organismo produce morfinomiméticos (encefalinas, endorfinas) capaces de aliviar el dolor. La acupuntura provoca su estimulación y liberación, facilitando la acción de ambas la que es reforzada por la serotonina y la acetilcolina.

Entre las encefalinas tenemos: leucina encefalinica (euforizante), dinorfina (analgésico potente), metionina encefalinica (analgésica). Dentro del grupo de las endorfinas las más frecuentes: alfa endorfina (analgésica ligera, tranquilizante), beta endorfina (analgésico potente, ansiolítico, antidepresivo), gamma endorfina (hipersensibilizante, irritante, dolor) y la neurotensina (analgésica, hipotensora).

- Teoría inmunológica: el estímulo sobre el punto seleccionado actúa sobre el sistema reticuloendotelial provocando: reacción antígeno-anticuerpo, incremento de los leucocitos y aumento de gammaglobulinas y otras sustancias que aumentan la resistencia inmune del organismo.

La terapéutica acupuntural es un procedimiento inocuo, libre de efectos secundarios importantes. Resulta económico y de fácil aplicación por personal calificado. Tiene además, un enfoque integrador, y entiende al paciente como una persona y no solo como un conjunto de síntomas, no desdeñando recurrir a los beneficios de la medicina clásica, pero tampoco ignorando los aportes de la acupuntura y otras terapéuticas alternativas, porque actuando juntas son más efectivas.³⁵

Al tratar las enfermedades digestivas, con acupuntura médica, se obtienen resultados muy favorables, pues el origen de aquellas se produce desde los distintos planos del ser humano, ya sea este físico, emocional, mental o espiritual. Así, se pueden tratar trastornos digestivos tan diversos como la gastritis, el colon irritable y úlceras, sin efectos desfavorables.³⁰

La aguja influye notablemente en los movimientos peristálticos del tubo digestivo y otras estructuras de la musculatura lisa. En la clínica, se les aplica la acupuntura a pacientes con dolor en el abdomen y este desaparece. En el que presenta diarrea o estreñimiento, la acupuntura produce buen efecto.

Esto demuestra claramente que la aguja actúa sobre el movimiento de los músculos involuntarios del estómago, intestino grueso e intestino delgado. En un ensayo con 63 conejos a las que se les punzó con la aguja en el punto Zu San Li (E-36) se observó el movimiento peristáltico del intestino delgado, como sigue: en 60 conejos se aceleró el movimiento de los músculos involuntarios, en uno disminuyó y en 2 no se produjeron cambios.¹⁴

La Acupuntura estimula el sistema nervioso central y el plexo solar. A la vez, regulariza la función del estómago. Esto permite la reparación de la mucosa gástrica, con lo que cede la gastritis.^{10,13}

MÉTODO

Tipo de estudio:

Diseño de intervención, cuasi experimental, del tipo antes-después, con un grupo de control.

Período y lugar donde se desarrolló la investigación:

En el Hospital Militar de Holguín, período comprendido de Enero del 2015 a Diciembre del 2016.

Población y Muestra:

La población de estudio estuvo constituida por 112 pacientes con diagnóstico clínico-endoscópico de Gastritis crónica asociada a *Helicobacter pylori*, remitidos de la Consulta de Gastroenterología a la consulta de Medicina Natural y Tradicional del Hospital Militar de Holguín.

La muestra del estudio se constituyó por 90 pacientes de ambos sexos, de 20 y más años de edad. Luego de analizar los criterios de inclusión, exclusión y salida; quedaron excluidos seis pacientes. De ellos cuatro presentaron contraindicaciones para la terapéutica acupuntural y dos se ausentaron al tratamiento en más de dos ocasiones. Finalmente la muestra se redujo a 84 pacientes, los cuales fueron distribuidos de forma aleatoria simple en dos grupos, experimental y control, con 42 pacientes cada uno.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos, de 20 y más años de edad.
- Diagnóstico clínico-endoscópico de Gastritis crónica asociada a *Helicobacter pylori*.
- Que no presentaron contraindicaciones para el uso de la acupuntura ni de los medicamentos convencionales.(embarazadas o puérperas, enfermedades malignas asociadas, lesiones de la piel en el área de los acupuntos seleccionados para el tratamiento, ayuno prolongado, agotamiento, debilidad, pérdida de sangre

o líquidos, caquexia o desnutrición, embriaguez, alergia a los medicamentos convencionales empleados en el estudio)

- Que dieron su aprobación para participar en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- Antecedentes de trastornos psiquiátricos.
- Enfermedades crónicas descompensadas.
- Concomitancia de úlceras, cáncer gástrico o duodenal y otras patologías gástricas.

Criterios de salida:

- Abandono voluntario del tratamiento o se les detectó alguna patología que contraindicó el tratamiento durante el estudio.
- Progresión de la enfermedad o fallecimiento.

Aspectos éticos:

Para la realización de este trabajo se respetaron los principios éticos que norman las investigaciones científicas, siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki de 1976 y modificada en Edimburgo, Escocia, en el año 2002, para la realización de estudios de investigación en seres humanos, y las regulaciones de la República de Cuba para los estudios biológicos. Esta investigación fue aprobada por el Consejo Científico y el Comité de Ética de la institución participante y todos los pacientes dieron su consentimiento informado por escrito (anexo 1) para su inclusión en el estudio y la publicación de los resultados, previa explicación de los objetivos del trabajo.

Selección de las variables y su operacionalización:

A continuación aparecen las variables utilizadas, que le dan salida a los objetivos planteados. De cada una aparecen su clasificación, escala, descripción e indicadores.

- ✓ Edad (cuantitativa continua): Grupos por años en intervalos decimales, según el último año cumplido.

20-29
30-39
40-49
50-59
60 y más

✓ Sexo (cualitativa nominal dicotómica): El biológico.

Femenino.

Masculino.

✓ Síntomas y signos clínicos(cualitativa nominal politómica):

Descripción según su observación antes y después del tratamiento acupuntural o medicamentoso aplicado. Se tomó como referencia la información obtenida mediante interrogatorio y examen físico inicial y la registrada al concluir el tratamiento.

Se tuvo en cuenta la evolución de los siguientes síntomas y signos:

- Dolor en epigastrio.
- Náuseas matinales.
- Vómitos.
- Digestiones lentas.
- Acidez.
- Eructos.
- Dolor a la palpación abdominal.

✓ Signos endoscópicos: (cualitativa nominal politómica):

Estos se agruparon según la siguiente clasificación endoscópica, y se describieron antes y después del tratamiento acupuntural o medicamentoso aplicado.

- Signos de Gastritis crónica no atrófica (incluye: edema, eritema, mucosa hemorrágica, punteados hemorrágicos, friabilidad, exudados, erosiones, nodularidad, pliegues hiperplásicos)

- Signos de Gastritis crónica atrófica (visualización de vasos submucosos con aplanamiento o pérdida de los pliegues acompañados o no de placas blanquecinas que corresponden a áreas de metaplasia intestinal.)¹²

✓ Resultado del tratamiento: (cualitativa nominal dicotómica.):

Descripción según la evolución de los síntomas clínicos y signos endoscópicos después del tratamiento en ambos grupos.

En el caso del dolor epigástrico se tuvo en cuenta su evolución clínica mediante la utilización de la escala verbal numérica. La misma enumera la intensidad del dolor, con números del 0 al 10, de acuerdo a lo referido por el paciente, donde el 0 representa la ausencia de dolor, del 1 al 3, corresponde con dolor leve, del 4 al 6 es el moderado y del 7 al 10 es el dolor severo.³⁷

La evolución endoscópica fue evaluada por la especialista en Gastroenterología que participó en la investigación.

- Bueno: Remisión del 50% o más de los síntomas y signos clínicos, incluido el dolor epigástrico o la disminución de la intensidad de este, hasta un valor de 1 a 3 según la escala verbal numérica, así como mejoría o desaparición de los signos endoscópicos. En el caso de la Gastritis crónica atrófica se consideró como mejoría el retroceso de la lesión al nivel de una inflamación superficial.

- Malo: Remisión de menos del 50% de los síntomas y signos clínicos o agravamiento de los mismos, con persistencia de dolor epigástrico con un valor de 4 o más según la escala verbal numérica, así como ausencia de mejoría o agravación de los signos endoscópicos.

✓ Diagnóstico Tradicional (cualitativa nominal politómica):³²⁻³⁴

Se tuvieron en cuenta los datos del paciente obtenidos de la Historia Clínica Tradicional, aplicando los cuatro métodos diagnósticos (inspección, auscultación-olfación, interrogatorio y palpación)

- Insuficiencia de Yin de Estómago: dolor sordo y quemante en región epigástrica, sed, disforia con sensación febril en tórax, palmas y plantas. Heces secas y orina

amarilla. Rubor facial y labios rojos. Lengua roja con escasa saburra y pulso fino y rápido.)

- Humedad-calor en Bazo y Estómago: dolor epigástrico, con sensación de distensión y quemazón, resistencia a la presión, falta de apetito, sed sin deseos de beber o a pequeños sorbos, halitosis, náuseas, vómitos, heces blandas y nauseabundas, con sensación de ardor en el ano, orinas oscuras y escasas. Lengua roja con saburra amarilla y seborreica. Pulso blando, rápido y resbaladizo.

- Ataque de Qi de Hígado a Estómago: distensión y plenitud en la región epigástrica, dolor intermitente que afecta a la región hipocóndrica, eructos o regurgitación ácida o amarga, saburra blanca y delgada, pulso profundo y de cuerda.

- Insuficiencia de Bazo y Estómago. Este síndrome puede a su vez dividirse en Deficiencia de Qi de Bazo- Estómago, y síndrome de frío por deficiencia en Bazo - Estómago. En el primer caso las manifestaciones clínicas están dadas por dolor epigástrico con sensación de distensión después de comer, cansancio y lasitud, pérdida del apetito, cara pálida, debilidad de los miembros, deposiciones blandas, náuseas, sensación de plenitud en el pecho y epigastrio. Lengua pálida con saburra blanca. Pulso lento y débil.

En el síndrome de frío por deficiencia en Bazo – Estómago aparece dolor sordo en el estómago, con preferencia por el calor y la presión, distensión abdominal después de comer, temor al frío, miembros fríos, vómitos acuosos de contenido claro, deposiciones blandas. Lengua pálida y obesa con saburra blanca y húmeda. Pulso profundo, lento y débil.

-Éstasis de sangre en Estómago:dolor epigástrico fijo e intenso, agravado por el calor y la presión, dolor después de la comida, vómitos de sangre negra, sangre en las heces. Lengua púrpura con manchas púrpuras, o púrpura solo en el centro. Pulso de cuerda o rugoso.

Técnicas y procedimientos:

A los pacientes incluidos en la investigación se les explicó en qué consistía el tratamiento en ambos grupos, obteniendo su consentimiento para formar parte del estudio.(Anexo 1)

En la investigación participaron un médico Especialista en Medicina General Integral, residente de la especialidad de MTN, quien fue el encargado de dar la consulta e indicar los tratamientos, una Especialista en Gastroenterología quien remitió los casos y los reevaluó con Endoscopia al término del tratamiento, y una enfermera MSc. en Medicina Bioenergética la cual aplicó los mismos.

Fueron utilizados los siguientes recursos materiales: cuatro camillas clínicas multipropósito, agujas de acupuntura, autoclave de esterilización y material gastable de asepsia y antisepsia.

Se confeccionó la historia clínica tradicional a los pacientes del grupo experimental con el objetivo de emplear una receta acupuntural basada en el diagnóstico obtenido (Anexo 3). A este grupo se le aplicaron cuatro ciclos de tratamiento, de 10 sesiones cada uno, con una semana de descanso entre cada ciclo.

El tratamiento se realizó en el área de la consulta externa de Medicina Tradicional y Natural del Hospital Militar de Holguín, la enfermera que lo aplicó, luego de explicar la técnica al paciente, procedió a la colocación de las agujas en los puntos propuestos en los esquemas terapéuticos, previa asepsia y antisepsia de la zona de los puntos acupunturales.

Descripción de la técnica:

Los pacientes adoptaron la posición de decúbito supino, en una camilla confortable. Se utilizaron agujas finas de 26 mm de diámetro de acero inoxidable de 1 y 2 cun, previo masaje del acupunto y adecuada asepsia y antisepsia.

Se insertaron las agujas rápidamente durante la inspiración para los puntos en dispersión y durante la espiración para los que se tonificaron, la profundidad de la inserción dependió del momento en que el paciente refirió la sensación

acupuntural, DeQi (entumecimiento o calambre). Cuando esta no aparecía se aplicaron diferentes métodos de manipulación para buscarla, como: giros continuos de 180-360 grados hacia ambos lados, golpeo o raspado del mango de la aguja con la uña o pequeños movimientos de profundización y elevación de la aguja. Cada sesión tuvo una duración de 20 minutos para los puntos en dispersión y de 10 minutos para los puntos en tonificación. Al concluir el tiempo requerido, las agujas se retiraron lentamente durante la espiración para los acupuntos en dispersión y en la inspiración para los de tonificación, finalmente se frotó el acupunto con algodón.

El criterio de selección de puntos se realizó de acuerdo a los principios de tratamiento en dependencia del diagnóstico oriental. Se aplicaron los siguientes esquemas terapéuticos:

- Insuficiencia de Yin del Estómago:

Principios terapéuticos: Tonificar Yin de Estómago. Dispersar calor.

Esquema de tratamiento: E44+B6+VC12+E36

⊥ T

- Humedad-calor en Bazo y Estómago:

Principios terapéuticos: Dispersar el calor y la humedad. Fortalecer el Bazo y Estómago.

Esquema de tratamiento: E44+B9+E36+VC12

⊥ T⊥ ⊥

- Ataque del Qi de Hígado a Estómago:

Principios terapéuticos: Remover el estancamiento de Qi de Hígado para regular la función del Estómago.

Esquema de tratamiento: H14+PC6+E36+ VC12.

⊥ ⊥ T⊥

- Insuficiencia de Bazo- Estómago:

Principios terapéuticos: Tonificar el Qi de Bazo-Estómago. Dispersar frío de Bazo-Estómago.

Esquema de tratamiento: B2+E36+VC12+V20+V21.

T

Descripción de los puntos utilizados: ³⁸⁻⁴⁰

E44: Neiting (Pabellón interior).

Localización: En el espacio interdigital del 2do y 3er. dedos, sobre el borde externo del 2do dedo.

Anatomía regional: la red venosa dorsal del pie, justamente donde la rama externa del nervio cutáneo en la parte interna del dorso del pie divide en los nervios digital y dorsal.

Función. Punto Long (manantial) del meridiano del estómago (5 Elementos). Aclara el calor por insuficiencia de Estómago. Indicado en: dolor de estómago y regurgitación ácida, distensión abdominal, diarreas.

Método: Se insertó la aguja en dirección perpendicular u oblicuamente 0,5-0,8 cun.

B6: Sanyinjiao (Cruce de los 3 Yin)

Localización: a tres cun proximal de la prominencia del maléolo interno, sobre el borde posterior de la tibia.

Anatomía regional: la vena safena mayor, la arteria y la vena posteriores de la tibia; en la superficie, el nervio cutáneo de la pierna y profundamente el nervio tibial.

Función: Punto "Lo de grupo" de los 3 meridianos Yin del miembro inferior. Nutre Yin de Estómago y los líquidos. Tonifica Qi y Xue. Indicado en: borborigmos, distensión abdominal, diarreas.

Método: Se insertó la aguja perpendicularmente 1,0-1,5 cun.

VC12: Zhong Wan. (Estómago central)

Localización. Línea media anterior, a 4 cun proximal del ombligo, es decir en la mitad de la línea que va del ombligo a la punta del esternón.

Anatomía regional: la arteria y la vena epigástricas superiores, la rama cutánea anterior del séptimo nervio intercostal.

Función: Punto Mo (alarma) del meridiano del estómago. Expulsa frío y humedad. Es un punto de influencia de las vísceras. Regula el estómago. Tonifica Yin de Estómago. Indicado en: dolor de estómago, distensión abdominal, borborigmos, vómito, diarrea, disentería, debilidad del bazo y del estómago.

Método: Se insertó la aguja perpendicularmente 1,0-2,0 cun.

E36: Zusanli (Tres distancias)

Localización: a tres cun distal del borde inferior de la rótula y a un cun lateral del borde anterior de la tibia.

Anatomía regional: la arteria y la vena anteriores de la tibia. Superficialmente, el nervio cutáneo crural de la parte externa y la rama cutánea del nervio safeno; profundamente, el nervio peroneal.

Función: Punto Ho del meridiano de Estómago. Fortalece todo el organismo y refuerza su inmunidad, regula y equilibra la energía en general. Reactiva la circulación energética del estómago, ejerce un efecto terapéutico específico para las enfermedades del aparato digestivo (Ho Mar inferior de Estómago.) Indicado en: dolor de estómago, distensión abdominal, vómito, indigestión, diarrea.

Método: Se insertó la aguja perpendicularmente 1,0-2,0 cun.

B9: Yinlingquan (Fuente de la colina Yin)

Localización. En el ángulo formado por la tuberosidad de la tibia y el borde interno del mismo hueso, a 2 cun por debajo de la articulación de la rodilla.

Anatomía regional: en la parte anterior, la vena safena mayor, la arteria superior de la rodilla; profundamente la arteria y vena posteriores de la tibia; en la superficie, el nervio cutáneo de la parte interna de la pierna y profundamente, el nervio tibial.

Función. Punto Ho del meridiano (5 Elementos). Fortalece el Bazo y elimina humedad. En este caso mejora la distensión abdominal.

Método: Se insertó la aguja perpendicularmente 1,0-2,0 cun.

H14: Qimen (Puerta de la época)

Localización. En el 6to espacio intercostal, sobre la línea mamilar.

Anatomía regional: están la sexta arteria y vena intercostal y el sexto nervio intercostal.

Función. Punto de alarma del meridiano del hígado. Descongestiona el hígado y refuerza el bazo, armoniza el estómago y reduce la energía invertida. Trata la gastralgia, vómitos, meteorismo.

Método: Se insertó la aguja 0,5-0,8 cun oblicua o subcutánea.

PC6: Neiguan (Barrera interna)

Localización: A 2 cun proximal del pliegue transversal de la muñeca, entre los tendones del músculo largo palmar y el músculo flexor radial del carpo.

Anatomía regional: la arteria y vena medias, profundamente la arteria y vena interóseas anteriores, los nervios cutáneos de la parte interna y externa del antebrazo, la rama cutánea palmar del nervio medio y profundamente el nervio anterior interóseo.

Función: Permite calmar la mente, alivia el dolor, refuerza el Bazo y armoniza el centro, descongestiona el meridiano y sus ramificaciones y los hace transitables. En este caso es útil para tratar la gastralgia, náuseas y vómitos. Puede calmar el ataque del Hígado. Punto Lo del meridiano. Punto Llave del meridiano Yin Wei Mai.

Método: Se insertó la aguja 0,5-1 cun perpendicular.

B2: Dadu (Gran ciudad)

Localización: Se encuentra en el borde interno del pie, delante de la articulación metatarso-falángica del dedo gordo, debajo de la línea articular, donde la piel cambia de coloración.

Anatomía regional: las ramas de la arteria y la vena de la parte interna del pie,

también el nervio propio planto digital proveniente del nervio interno de la planta.

Función: Punto de tonificación del meridiano de bazo-páncreas. Punto Long o manantial (5 Elementos).

Método: Se insertó la aguja de forma perpendicular u oblicua, de 1 a 2 fen.

V20: Pishu (Asentimiento del bazo)

Localización: a 1,5 cun lateral a la línea media posterior, por el borde inferior de la apófisis espinosa de la undécima vértebra dorsal.

Anatomía regional: están las ramas internas posteriores de la arteria y de la vena intercostales, las ramas cutáneas internas posteriores del undécimo y duodécimo nervios torácico, profundamente, las ramas externas.

Función: Punto de asentimiento (shu) del meridiano del bazo-páncreas. Tonifica el Qi y el Yang de Bazo. Punto especialmente utilizado para tratar los síndromes por deficiencia de Bazo. Remueve la humedad.

Método: Aguja oblicua hacia la columna 0,5 cun, con precaución de no penetrar la cavidad pleural.

V21: Weishu: (Asentimiento del estómago)

Localización: a 1,5 cun lateral a la línea media posterior, por el borde inferior de la apófisis espinosa de la duodécima vértebra dorsal.

Anatomía regional: están las ramas internas posteriores de la arteria y vena subcostales; la rama cutánea interna posterior del duodécimo nervio torácico; profundamente, la rama externa.

Función: Punto de asentimiento (shu) del meridiano del Estómago. Armoniza el estómago y regula cualquier disfunción de este, calma el dolor, ordena el centro y reduce la energía invertida. Indicado en Gastritis aguda y crónica, gastralgia.

Método: Se insertó la aguja oblicua hacia la columna 0,5 cun, con precaución de no penetrar la cavidad pleural.

Al grupo control se le indicó tratamiento ambulatorio con la triple terapia moderna para la erradicación del *Helicobacter pylori*, el cual consistió en: Amoxicilina (500 mg)+ Claritromicina (500 mg) cada 12 h por 14 días + Omeprazol (20 mg): 1 cápsula cada 12 h por 3 meses.

A ambos grupos se le indicó tratamiento higiénico dietético, prescribiéndose una dieta sin sustancias irritantes y supresión de hábitos tóxicos (café, cigarro, alcohol). La evaluación de las variables en estudio se realizó al inicio de la intervención y a los tres meses para conocer su evolución clínica y endoscópica.

Métodos empleados:

Para el proceso de la investigación se utilizaron métodos de los niveles teórico y empírico.

1. Nivel Teórico:

- Análisis y Síntesis: permitió diagnosticar y sintetizar el objeto de estudio, utilizándose desde la revisión bibliográfica, documental hasta la formación de los aspectos teóricos fundamentales sobre el tema abordado.
- Inductivo-Deductivo: permitió a la generalización de los resultados de los estudios bibliográficos y documentales, que se efectuó en el desarrollo de la investigación.
- Hipotético-deductivo: para aprobar la hipótesis de la investigación.

2. Nivel Empírico:

- Observación directa: Se utilizó de manera abierta, externa y directa para obtener los datos de interés del paciente.
- Revisión y análisis de documentos: Se utilizó para la recopilación y análisis de la información referida al problema, antecedentes y estado actual del mismo.

Métodos de recolección de la información:

Se realizó una revisión bibliográfica nacional e internacional sobre la acupuntura y su aplicación en el tratamiento de la Gastritis crónica, que sirvió para realizar la

discusión de nuestro trabajo y el análisis de los resultados en correspondencia con los intereses de la investigación. A todos los pacientes seleccionados para el estudio, se les realizó un completo interrogatorio describiendo la edad y sexo, se analizaron los síntomas clínicos y signos endoscópicos antes y después de la intervención, se evaluó el resultado del tratamiento en ambos grupos. Luego se determinó el diagnóstico tradicional más frecuente en el grupo experimental y los resultados terapéuticos según el mismo. Todos los datos de los pacientes incluidos en el estudio fueron recogidos en un modelo confeccionado para este fin. (Ver Anexo 2). La autora empleó una PC Pentium 4, con ambiente de Windows XP. Los textos se procesaron con Word XP y las tablas y gráficos se realizaron con Excel XP.

Métodos estadísticos:

Se utilizó el programa “Sistema Docente Estadístico MedCalc”.

Los métodos estadísticos empleados fueron: Cálculo porcentual y Prueba de Hipótesis de Proporción, con un grado de significación de 95%.

- Cálculo porcentual: Se empleó para el procesamiento de la información obtenida.
- Prueba de Hipótesis de Proporción: Para la determinación de la significación estadística de los resultados.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:

Tabla 1. Distribución de los pacientes con Gastritis crónica según edad y sexo. Hospital Militar. Holguín. Enero del 2015 a Diciembre del 2016.

Grupo de Edad	Experimental				Control				Total			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
20-29	1	1,20	0	0	1	1,20	1	1,20	2	2,38	1	1,20
30-39	2	2,38	1	1,20	3	3,57	1	1,20	5	5,95	2	2,38
40-49	5	5,95	6	7,14	7	8,33	3	3,57	12	14,29	9	10,71
50-59	9	10,71	8	9,52	7	8,33	8	9,52	16	19,05	16	19,05
60 y +	6	7,14	4	4,76	4	4,76	7	8,33	10	11,90	11	13,09
Total	23	27,38	19	22,62	22	26,19	20	23,81	45	53,57	39	46,43

Fuente: Datos primarios del autor.

En la tabla 1 se observa la distribución de los pacientes según edad y sexo, encontrando que existe un predominio en el grupo de edad de 50-59 años con un 38,10%(19,05% en ambos sexos), y el sexo masculino fue el que con mayor frecuencia presentó este padecimiento, representando el 53,57 %.

Estos resultados se asemejan a lo encontrado en el estudio: "Caracterización clínico epidemiológica de la Gastritis en el Departamento de Endoscopia Digestiva, Caracollo", donde el grupo de edad más afectado fue el de 45-60 años.⁴¹Varios autores como Shibata et all. opinan que el envejecimiento tiene una asociación significativa y positiva con la gastritis crónica atrófica.⁴²La mayor parte de la bibliografía revisada plantea una mayor incidencia de la enfermedad conforme avanza la edad.^{9, 15, 18, 43}

Sin embargo otros investigadores no han encontrado una asociación significativa entre la edad y la presencia de gastritis. Algunos trabajos han informado que la edad temprana o avanzada no es factor de susceptibilidad para desencadenar la gastritis.⁴⁴⁻⁴⁶

Desde la perspectiva de la Medicina Tradicional Asiática en la medida que se envejece, disminuye el calentamiento del organismo por debilitamiento del Yang de Riñón y Bazo, la debilidad de este último puede ser responsable de los trastornos digestivos al afectarse su función de transporte y transformación de sustancias nutritivas. Además, con el avance de la edad comienza a debilitarse la esencia y el Yin, aparecen trastornos en la circulación de Qi y Xue, provocando estancamientos que pueden dar lugar a trastornos funcionales del estómago y dolor epigástrico. Por otro lado, se debilita el Weiqi, lo que favorece la invasión de factores patógenos exógenos al estómago provocando la gastralgia. La autora considera que estos hechos pudieran explicar los resultados obtenidos en el presente estudio.

En la tabla 1 también se aprecia que el sexo masculino fue el más afectado, lo que se considera, puede estar relacionado con los hábitos tóxicos (cigarro, bebidas alcohólicas, café), que por lo general son más frecuentes en los hombres.

Similares resultados aparecen en el trabajo “Medicina Tradicional China para tratar la Gastritis Crónica complicada con Colitis Ulcerativa”, donde predominó el sexo masculino con un 56,14%.⁴⁷

Ma D en su estudio en 106 casos de Gastritis crónica tratados con acupuntura también encontró un predominio del sexo masculino, 64 hombres, que representó el 60,37% del total de la muestra.⁴⁸

Sin embargo, estos resultados difieren de lo encontrado por Carrasco en un estudio realizado en Ecuador en el 2011, que muestra predominio del sexo femenino.⁴⁹

Algunas publicaciones coinciden en que el sexo no es un factor determinante de la ocurrencia de la enfermedad.^{44, 46, 50}

Tabla 2. Comportamiento de los síntomas y signos clínicos antes y después del tratamiento. Hospital Militar. Holguín. Enero del 2015 a Diciembre del 2016.

Síntomas y signos clínicos	Experimental				Control			
	Antes del tratamiento		Después del tratamiento		Antes del tratamiento		Después del tratamiento	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Dolor en epigastrio	26	61,90	9	21,43	24	57,14	8	19,05
Nauseas matinales	9	21,43	4	9,52	10	23,81	3	7,14
Vómitos	12	28,57	2	4,76	8	19,05	3	7,14
Digestiones lentas	16	38,09	5	11,90	10	23,81	3	7,14
Acidez	22	52,38	8	19,05	19	45,24	7	16,66
Eructos	8	19,05	2	4,76	12	28,57	1	2,38
Dolor a la palpación abdominal	18	42,86	8	19,05	16	38,09	7	16,66

Fuente: Datos primarios del autor.

p= 0,99

La tabla 2 muestra el comportamiento de los síntomas y signos clínicos antes y después del tratamiento en ambos grupos. Los porcentajes se calcularon con respecto al total de pacientes en cada grupo (experimental o control.)

Como se puede observar, antes del tratamiento el dolor en epigastrio fue el síntoma más frecuente tanto en el grupo experimental en un 61,90%, como en el control en un 57,14%, secundado por la acidez (52,38% en el grupo experimental y 45,24% en el control).

Similares resultados se obtuvieron en el estudio de Álvarez Luna donde la epigastralgia y el ardor gástrico fueron los síntomas más importantes con un 52% y un 48% respectivamente. ⁴¹

Sin embargo, según la literatura revisada, con relación a las manifestaciones clínicas que se pueden atribuir a una gastritis todos los criterios concuerdan en

que ninguna es patognomónica de este padecimiento, además son varios los estudios que establecen que no existe una correlación entre la clínica y los hallazgos endoscópicos.^{15, 17, 51}

Después de recibir el tratamiento el dolor en epigastrio disminuyó del 61,90% a un 21,43% en el grupo experimental y del 57,14% a un 19,05% en el control. La acidez disminuyó de 52,38% a 19,05% en el experimental y de 45,24% a 16,66% en el control. Como se puede apreciar, los síntomas más observados fueron los mismos que al inicio de la intervención en ambos grupos, pero en un porcentaje menor en ambos casos, sin diferencias estadísticamente significativas entre estos.

Este resultado positivo del tratamiento acupuntural en cuanto a la mejoría de los síntomas coincide con otros obtenidos en estudios previos.^{48, 52, 53}

Pérez Menéndez y otros, estudiaron 40 pacientes con gastritis crónica y úlcera duodenal tratados con medicamentos, y encontraron un porcentaje similar de pacientes sintomáticos al mes de terminado el tratamiento.⁵⁴

Como se puede observar en la tabla, la mejoría de la sintomatología en el grupo experimental fue similar al grupo tratado con fármacos. Se conoce que la Acupuntura estimula el Sistema Nervioso Central y el plexo solar y regulariza la función del estómago. Por solo citar un ejemplo, la estimulación del punto E36 (Zusanli), empleado en todos los pacientes, eleva el contenido de β -endorfinas en la membrana de la mucosa parietal del estómago de forma que se calma el dolor. Tiene efecto antiemético e inhibe la regurgitación. Además, incrementa el contenido de bicarbonato y sodio en el jugo gástrico con lo que disminuye la acidez.⁵⁵

La mayoría de los pacientes que quedaron sintomáticos al final del tratamiento tenían hábitos tóxicos (cigarro, café y alcohol), que aunque fueron proscritos durante el estudio se sabe que resulta difícil su erradicación. Es bien conocido que la nicotina es uno de los tóxicos que más estimula la producción de ácido clorhídrico en el jugo gástrico, por esta vía y por la excitación general del sistema nervioso que produce, desencadena y agrava muchos casos de gastritis. El café,

cuyo principio activo es la cafeína o trimetilxantina aumenta notablemente la secreción de ácido clorhídrico del jugo gástrico y de esta manera contribuye a lesionar la mucosa. En el caso de las bebidas alcohólicas, se conoce que su principio activo que es el etanol puede llegar a producir gastritis por acción tóxica e irritante directa.⁵⁶⁻⁵⁸

Tabla 3: Comportamiento de los signos endoscópicos antes y después del tratamiento. Hospital Militar. Holguín. Enero del 2015 a Diciembre del 2016.

Signos Endoscópicos	Experimental				Control			
	Antes del tratamiento		Después del tratamiento		Antes del tratamiento		Después del tratamiento	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Signos de Gastritis Crónica no atrófica	34	80,95	10	23,81	36	85,71	9	21,43
Signos de Gastritis Crónica atrófica	8	19,05	6	14,28	6	14,29	4	9,52
Total	42	100	16	38,09	42	100	13	30,95

Fuente: Datos primarios del autor.

p = 0,93

La tabla 3 muestra el comportamiento de los signos endoscópicos antes y después del tratamiento aplicado. Se puede observar que los signos de Gastritis crónica no atrófica predominaron en ambos grupos antes de iniciar el tratamiento (80,95% en el grupo experimental y 85,71% en el grupo control). La atrofia de la mucosa gástrica se observó en el 19,05% de los pacientes del grupo experimental y el 14,29% en el grupo control.

En el estudio Caracterización clínico epidemiológica de la Gastritis en el Departamento de Endoscopía Digestiva, Caracollo, las variedades de gastritis más frecuentes fueron la Eritematosa/Exudativa en un 58%, seguido de la Erosiva/Hemorragica que se presentó en un 25% de los pacientes.⁴¹ Estos resultados coinciden con el presente estudio pues ambas variedades endoscópicas corresponden a signos de Gastritis crónica no atrófica y están

relacionadas en muchos casos con el consumo de alcohol, medicamentos irritantes y malos hábitos de alimentación.

Según la literatura revisada, la incidencia anual de atrofia gástrica en pacientes infectados por *Helicobacter pylori* es del orden de 1,5-3% y se considera que uno de cada tres pacientes infectados desarrollan atrofia gástrica en un período de 20 años.⁵⁹ Este dato coincide con resultados del estudio pues esta variedad endoscópica apareció en un porcentaje mucho menor en ambos grupos.

Como se puede observar en la tabla, los signos endoscópicos de Gastritis crónica no atrófica se redujeron de un 80,95% a un 23,81% después del tratamiento acupuntural, y en el grupo control de un 85,71% a un 21,43%. Sin embargo, las lesiones atróficas tuvieron escasa mejoría con ambos tratamientos (en el grupo experimental disminuyó de un 19,05% a 14,28%, y en el control de un 14,29% a 9,52%). De forma general, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos resultados.

En la bibliografía consultada no aparecen trabajos que evalúen la evolución de los signos endoscópicos luego del tratamiento medicamentoso o acupuntural. Sin embargo, en cuanto a la atrofia gástrica, mientras que todos los datos de la literatura apuntan a que la erradicación de la infección por *Helicobacter pylori* previene del desarrollo de esta alteración en los pacientes con gastritis crónica que todavía no la han desarrollado, no hay datos sólidos que avalen que la erradicación de esta bacteria induzca la regresión de la atrofia de la mucosa gástrica.⁵⁹

La mejoría de las lesiones de la Gastritis crónica no atrófica evidenciadas en el estudio endoscópico de los pacientes tratados con acupuntura, pudiera atribuirse al hecho de que esta modalidad terapéutica mejora la circulación sanguínea en la mucosa gástrica favoreciendo su reparación, además se conoce que el punto E36 incrementa la eficiencia de los factores protectores de la mucosa gástrica ante los elementos agresivos que favorecen las ulceraciones.

Tabla 4 Evaluación del resultado del tratamiento. Hospital Militar. Holguín. Enero del 2015 a Diciembre del 2016.

Resultado del tratamiento	Experimental		Control	
	No	%	No	%
Bueno.	26	61,91	29	69,05
Malo.	16	38,09	13	30,95
Total	42	100	42	100

Fuente: Datos primarios del autor. Z= 0.324 p=0,05

La tabla 4 (Gráfico 1 Anexo 4) muestra la evaluación del resultado del tratamiento de acuerdo a la evolución clínico - endoscópica. Se puede observar que el tratamiento fue evaluado de bueno en el 61,91% de los casos del grupo experimental y en el 69,05% en el grupo control, lo cual expresa que hubo mejoría con ambos tratamientos, sin diferencias estadísticamente significativas.

Ma D en su estudio logró una tasa de efectividad total de 91, 5%⁴⁸, similar a la de 90% obtenida por Ren R en un estudio sobre los efectos de la acupuntura y moxibustión en puntos Shu y Mo en pacientes con Gastritis crónica superficial⁵², lo cual supera los resultados del presente estudio. Sin embargo, ambos autores solo evalúan los efectos terapéuticos basados en la evolución clínica, sin tener en cuenta los signos endoscópicos, que pueden estar presentes en muchos pacientes asintomáticos.^{15, 17, 51}

Gao X estudió 88 pacientes con Gastritis crónica atrófica, divididos en tres grupos de tratamiento: acupuntura como terapia única, acupuntura combinada con moxibustión, y un grupo control con fármacos. Los mejores resultados terapéuticos se obtuvieron en los pacientes tratados con acupuntura combinada con moxibustión.⁵³

La autora considera que a pesar de obtener una buena respuesta al tratamiento acupuntural, similar a la del grupo control, se obtendrían mejores resultados al aplicar esta técnica combinada con moxibustión en los casos de insuficiencia de Yang de Bazo que provoca la aparición de frío interno, lo que garantizaría un mayor aumento del flujo sanguíneo en la mucosa gástrica favoreciendo su reparación.

Varios autores coinciden en que en casos de larga evolución de la gastritis crónica se recomienda emplear tratamientos multiterápicos para elevar y consolidar el efecto. ^{30, 60}

Al aplicar Test de hipótesis de proporciones se evidenció que la acupuntura constituye una terapia efectiva en el tratamiento de la Gastritis crónica, al mostrar diferencias significativas, no encontrándose evidencia en la bibliografía consultada, de que sea más efectiva que otras terapias, pero tiene la ventaja que carece de los efectos no deseados de los fármacos, reduce su uso y contribuye a disminuir costos institucionales.

Tabla 5. Distribución de pacientes del grupo experimental según diagnóstico tradicional. Hospital Militar. Holguín. Enero del 2015 a Diciembre del 2016.

Diagnóstico Tradicional	Número	%
Insuficiencia de Yin de Estómago.	6	14,29
Humedad-calor en Bazo-Estómago.	16	38,09
Ataque de Qi de Hígado a Estómago.	12	28,57
Insuficiencia de Bazo-Estómago.	8	19,05
Éstasis de sangre en Estómago.	0	0
Total	42	100

Fuente: Datos primarios del autor.

En la Tabla 5 se refleja la distribución del grupo experimental según diagnóstico tradicional, evidenciándose que el síndrome de Humedad-calor en Bazo-

Estómago fue el de mayor representatividad con 16 pacientes, para un 38,09%, seguido del síndrome de Ataque de Qi de Hígado a Estómago con 12 pacientes, lo que representó un 28,57%. No se presentaron casos con síndrome de Éstasis de sangre en Estómago.

Wu HZ analizó la relación entre los tipos de síndromes y la aparición del *Helicobacter pylori* en 235 casos de epigastralgia. Comprobó que su aparición era más elevada en el tipo de humedad-calor en Bazo y Estómago (72.0%), seguido del tipo de desequilibrio entre Hígado y Estómago (64.5%), en tercer lugar, estaba el tipo de debilidad de Bazo y Estómago (53.1 %) y por último, el tipo de insuficiencia Yin de Estómago (44.4%).⁶¹ Como se puede apreciar, los síndromes aparecieron en el mismo orden de frecuencia que en el presente estudio.

Similares resultados aparecen en el trabajo: Medicina Tradicional China para tratar la Gastritis crónica complicada con Colitis ulcerativa.⁴⁷

Zhang SS también encontró el síndrome de Humedad- calor en Bazo- Estómago en la mayoría de los pacientes con Gastritis crónica asociada a infección por *Helicobacter pylori*.⁶²

Ma D en su estudio encontró una mayor frecuencia del síndrome de ataque de Qi de Hígado a Estómago (39, 63%)⁴⁸

Giovanni Maciocia plantea que el ataque de Qi de Hígado a Estómago es uno de los síndromes más relacionados con el dolor epigástrico.⁶³

La autora considera que los resultados del presente estudio pueden guardar relación con los malos hábitos dietéticos de la mayoría de los pacientes, caracterizados por el consumo excesivo de alimentos grasos, lácteos, dulces, alcohol, que perturban la función de Bazo-Estómago y producen humedad y calor.

Por otra parte, en la Historia clínica tradicional de varios pacientes se reflejan alteraciones en su estado emocional, stress, ira, cólera, resentimiento. Estas emociones inhiben las funciones del Hígado, sobre todo el mantenimiento del libre flujo del Qi, esta disfunción provoca trastorno del Qi hepático que ataca al

estómago según la relación de 5 elementos, dominancia excesiva de la madera (hígado) sobre la tierra (estómago).

La ausencia de pacientes con diagnóstico tradicional de Éstasis de sangre en Estómago puede deberse al hecho de que, este generalmente, aparece cuando la enfermedad es prolongada y termina acarreando daños severos de Qi que es incapaz de mover adecuadamente la sangre, deficiencia de xue que conduce a una circulación sanguínea irregular, consumo excesivo de líquidos yin con deficiente nutrición de los colaterales gástricos, así como bloqueo de estos por frío interno, secundario a deficiencia de Yang. Todo esto conduce finalmente a la éstasis sanguínea con su cortejo sintomático de dolor epigástrico intenso y sangramiento en forma de hematemesis o melena, el cual no aparece en la muestra estudiada.

Tabla 6: Evaluación del resultado del tratamiento según diagnóstico tradicional en el grupo experimental. Hospital Militar. Holguín. Enero del 2015 a Diciembre del 2016.

Resultado del tratamiento según diagnóstico tradicional	Bueno		Malo		
	No	%	No	%	
Insuficiencia de Yin de Estómago.	2	33,33	4	66,67	p= 0,58
Humedad-calor en Bazo-Estómago.	11	68,75	5	31,25	p=0,07
Ataque de Qi de Hígado a Estómago.	9	75,00	3	25,00	p=0,04
Insuficiencia de Bazo-Estómago.	4	62,50	4	37,50	p=0,61
Total.	26	61,91	16	38,09	

Fuente: Datos primarios del autor.

La tabla 6(Gráfico 2 Anexo 5) muestra la evaluación del resultado del tratamiento según diagnóstico tradicional en el grupo experimental. Se puede observar que la

respuesta fue mejor en el síndrome Ataque de Qi de Hígado a Estómago evaluado como bueno en el 75,0% de los casos, siendo estadísticamente significativa esta diferencia, no así en el resto de los síndromes. La peor respuesta al tratamiento se obtuvo en el síndrome de Insuficiencia de Yin de Estómago, que fue evaluado de bueno solo en el 33,33% de los casos.

En la bibliografía consultada no aparecen estudios que evalúen los resultados del tratamiento acupuntural sobre la base de la diferenciación de síndromes según la Medicina Tradicional China.

Giovanni Maciocia plantea que el síndrome más fácil de tratar y probablemente el de mejor respuesta a la acupuntura es el de Ataque de Qi de Hígado a Estómago⁶³, lo cual coincide con los resultados de este trabajo.

Como se puede apreciar, el mejor resultado terapéutico se logró en un síndrome de tipo exceso y agudo, cuando la afección aún se encuentra a nivel del Qi, por lo que resulta menos grave y de más fácil curación. En las etapas más avanzadas, la sangre está afectada y el Qi agotado y se presenta deficiencia tanto de Yin como de Yang, lo que dificulta la recuperación.

CONCLUSIONES:

El sexo más afectado fue el masculino y el grupo de edad de 50-59 años. Se redujo el dolor en epigastrio y la acidez en ambos grupos, después de aplicar las terapéuticas. El signo endoscópico de la inflamación de la mucosa gástrica, en ambos grupos, obtuvo una mejoría, después de la aplicación de ambos tratamientos. Los mejores resultados terapéuticos en el grupo experimental se obtuvieron en el síndrome Ataque de Qi de Hígado a Estómago. Ambos tratamientos fueron evaluados de bueno, en la mayoría de los casos, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas.

RECOMENDACIONES:

Realizar estudios que incluyan la confirmación histológica de erradicación del *Helicobacter pylori*, luego del tratamiento. Investigar la efectividad de la acupuntura combinada con otras modalidades de la Medicina Natural y Tradicional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Piñol Jiménez F, Paniagua Estévez M. Mediadores bacterianos de la inflamación en la gastritis crónica por helicobacter pylori. Rev Cubana Med. 1999 oct-dic; 38(4):276-83.
2. Fundación europea de medicina tradicional china. Diagnóstico y tratamiento de la Gastritis crónica por el profesor Yu Jibai. [Internet]. 2012 [Citado 3 feb 2017]. Disponible en: <http://fundacion.mtc.es/>
3. Gámez Escalona M, Mulet Pérez AM, Borrero Cobas J, Mulet Gámez AM. Gastritis crónica antral por helicobacter pylori. Correo científico médico de Holguín [internet]. 2005 [citado 10 ene 2017]; 9(2). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no92/n92ori5.htm>
4. Mulet Pérez AM, Gámez Escalona M, Medina Menéndez FM, Mulet Gámez A. Gastritis crónica antral por helicobacter pylori asociada o no a úlcera duodenal. Correo científico médico de Holguín. [internet]. 2005 [citado 10 ene 2017]; 9(2). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no92/n92ori10.htm>
5. Gamboa Figueredo JL. Infección por helicobacter pylori y enfermedad ulcerosa péptica. Rev Univ. Diag. 2013; 3(1):20-4.
6. Jiménez PF, Estévez PM. Neuropeptidos y helicobacter pylori en la gastritis crónica. Rev Cubana Med [internet] 2012 [citado 12 dic 2007]; 45(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-75232006000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Muller LB, Fagundes RB, Carvalho de Moraes C, Rampazzo A. Prevalência da infecção por helicobacter pylori e das lesões precursoras do câncer gástrico em pacientes dispépticos. Rev arq gastroenterol (são paulo). 2011 apr-jun; 44 2): 40-8.
8. Urrea Uribe SJ. Gastritis. [Internet] 2012 [citado 12 dic 2007]. Disponible en: <http://www.doctoraurrea.com/>
9. Veldhuyzen Van Zanten SJ, Pollak PT, Best LM, Besanson, Marrie T. Increasing Prevalence of Helicobacter Pylory infection with age: Continuous risk infection in adults rather than cohort effect. J Infect Dis 2014; 169:434-37.
10. Tarazona Cáceres L. Gastritis y acupuntura. Colombia: Universidad Nacional; 2013.

11. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2010. p. 119 Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2011/04/anuario-2010-e-sin-graficos1.pdf>
12. Valdivia Roldán M. Gastritis y Gastropatías. Rev. Gastroenterología . Perú; 2011; 31-1: 38-48.
13. Zhang WD, Chen ZS, Wei Bh. Schedule for diagnosis and treatment of chronic gastritis with integrative chinese and western medicine. World Chin J Digest (Chin) 2013; 12: 2697-2700.
14. OMS. Evidencia de la acupuntura. Barcelona: OMS; 2015.
15. Sleisenger MH, Fordtran JS. Gastrointestinal diseases. 5ta ed. Philadelphia: Saunders; 2015.
16. Farreras P, Rozman C. Medicina interna. Compendio práctico de patología médica [CD ROM]. Madrid: Mosby Doyma; 2013.
17. Valenzuela Escobar J. Gastritis. En: Weitz JC, Berger Z, Sabah S, Silva H. Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Digestivas. 1ra ed. Santiago de Chile: Editorial IKU; 2013. p. 91-95.
18. Hevia González L, Silverio García C. Afecciones Digestivas más Frecuentes. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 637-722.
19. Roca Goderich R, Smith Smith V, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez B, Llamas Sierra B, et al. Temas de Medicina Interna. T II. 4ta. Ed. Ciencias Médicas, La Habana, 2002: 177 – 202.
20. Gisbert JP, Martín de Argila de Prados C. Úlcera péptica e infección por Helicobacter pylori. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. 2011. Disponible en: http://www.manualgastro.es/ei/ctl_servlet? f=1036&id_contenido=685
21. Mariño G, de Lima E, Tuffi F, Cuello C, Cuello H, Alzate A. Concordancia endoscópico-histológica de la gastritis crónica en Cali. Rev. Colom Med .2013 [citado 6 feb 2017]; 29(1). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/81>
22. Ramírez Ramos A, Gilman R. Helicobacter pylori en el Perú. [CD ROM]. Perú: Editorial Interamericana; 2012.

23. Kay Washington M, Richard M, Peek JR, Yamada T. Textbook of gastroenterology. En: Gastritis and gastropathy. 5 Ed. New York: Mac Graw; 2009.p. 1005 - 1025.
24. Ortiz R. Farreras - Rozman. Medicina interna. 16 ed. Gastritis y gastropatías. Barcelona: Elsevier; 2015.p. 144 – 147.
25. World Gastroenterology Organisation. Practice Guidelines: Helicobacter pylori en los países en desarrollo.[Internet] [Citado 2 feb 2017]. Disponible en: www.worldgastroenterology.org.
26. Dixon MF, Genta RM, Yardley JH. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney system. International workshop on the histopathology of gastritis, Houston 1994. Am J Surg Pathol. 2015; 20:1161.
27. Rollan Rodríguez A. Infección por helicobacter pylori en: diagnóstico y tratamiento de las enfermedades digestivas. Sociedad Chilena de Gastroenterología. 2014; 3(5): 113 – 25.
28. Rodrigo V. Gastritis. En: Diagnóstico y tratamiento en Medicina Interna. La Habana: ECIMED; 2016.p. 374-376.
29. Padilla CJ. Fisiopatología y Tratamiento de Medicina Tradicional China. 5 ed. Colombia: Editorial las Mil y una Medicina; 1987.p.240-44
30. Ramírez Quiñones EF. Clínica y tratamiento acupuntural de las enfermedades del estómago. [Internet]. 2010 [Citado 4 feb 2017]. Disponible en: <http://www.tlahui.edu.mx/>
31. Díaz Mastellaris M. Medicina Tradicional China I. Editorial México; 1997. p.97.
32. Maciocia G. Los fundamentos de la Medicina China. China: Edición Española; 2001.
33. Álvarez Tomas A. Acupuntura. 3 ed. V 1. La Habana: Ediciones Revolucionarias; 2014.
34. Padilla Corral JL. Tratamiento Con Acupuntura De Las 83 Enfermedades Comunes. En: Tratado De Acupuntura. China: Ediciones en Lenguas Extranjeras de Beijing; 1986.p. 99.
35. Garrido Suárez B. Teorías Científicas de la Acupuntura y técnicas Afines. Soporte digital. [Internet]. 2012 [Citado 2 feb 2017]. Disponible en: www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/acupuntura.../5/

36. Gubitosi Moya E. Bases científicas de la analgesia acupuntural. Rev Med Uruguay 2015; 21:282-290.
37. Escalas Unidimensionales de Dolor. [Internet]. 2017 [Citada 20 ene 2017]. Disponible en: <http://fisioterapiasinred.com/escalas-unidimensionales-de-dolor/>
38. Lian YL, Chen CY, Hammes M, Kolster BC. Atlas gráfico de acupuntura: Representación de los puntos de acupuntura. España: H.F. ULLMANN; 2014.
39. Sussman R, David J. Acupuntura, Teoría y Práctica. 11 ed. Argentina. Editorial Kiev SA; 1998.
40. Focks C. Atlas of Acupuncture. New York: Churchill Livingstone; 2008.
41. Álvarez Luna M. Caracterización clínico epidemiológica de la Gastritis en el Departamento de Endoscopia Digestiva, Caracollo.[Internet]. 2012 [Citado 2 feb 2017]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos60/gastritis-endoscopia-digestiva/gastritis-endoscopia-digestiva2.shtml#xobjetivos>
42. Shibata K, Moriyama M, Fukushima T, et al. Relation of helicobacter pylori infection and lifestyle to the risk of chronic atrophic gastritis: a cross sectional study in Japan. J Epidemiol. 2016; 12: 105-11.
43. Hernández Garcés HR, Hevia Gonzáles LE. Afecciones digestivas. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral: Principales afecciones en los contextos familiar y social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016.p.300-9.
44. Ramírez VE, Alarcón OM, Villasamil LM, Dávila de Arriaga A, Villarroel A. Relación entre el estrato socioeconómico y la presencia de gastritis en adultos que acuden a consulta en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Revista de la facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela. 2008; 12(1-4):31-5.
45. Domínguez-Bello MG, Beker B, Guelrud M, Vivas J, et al. Short report: Socioeconomic and seasonal variations of Helicobacter pylori infections in patients in Venezuela. Am J Trop Med Hyg. 2014; 66: 49-51.
46. Siurala M, Kekki M. Chronic gastritis, a physiological symptom of aging? Gerontol 2014; 15:87-90.
47. Mu Rong M. Medicina Tradicional China para tratar la Gastritis Crónica complicada con Colitis Ulcerativa [Internet]. 2013 [Citado 3 feb 2017].

Disponible en: <http://www.naturopatamasdeu.com/helicobacter-pylori-una-bacteria-que-debemos-combatir/>

48. Ma D, He H. One hundred and six cases of chronic gastritis treated by acupuncture. *J Tradit Chin Med.* 2013; 24(3):170-1.
49. Carrasco Carrasco GI. incidencia y complicaciones de enfermedad ácido péptica en pacientes de Medicina Interna Hospital Alfredo Novoa de Guaranda. [Tesis]. Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2012.
50. Hradsky M, Groh J, Langer F. The incidence of chronic gastritis in relation to age and sex. *Cesk Gastroenterol Vyz* 2012; 20: 286-88.
51. Weisten W. Gastritis y Gastropatías. En: Sleisenger M, Fordtram J, Enfermedades Gastrointestinales: Fisiopatología, Diagnóstico y Tratamiento. 5 ed. T1. México: Editorial Panamericana; 2014.p. 556-82.
52. Ren R, Zhuang LX. Effect of acupuncture and moxibustion of Shu- and Mu-acupoints on the quality of life in patients chronic superficial gastritis. *Zhen Ci Yan Jiu.* 2012; 34(4):262-6.
53. Gao X. Clinical research on acupuncture and moxibustion treatment of chronic atrophic gastritis. *J Tradit Chin Med.* 2012; 27(2):87-91.
54. Pérez Menéndez R, García Ayala MJ, Cañas Vera Z, González Torres M, Hernández Mulet H, Más Páez J, et al. Omeprazol y terapia corta con Tinidazol- Azitromicina antihelicobacter pylori en pacientes con úlcera duodenal. *Rev. Cubana Med [internet]* 2004 [citado 4 mar 2017];43(2-3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-75232004000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
55. Díaz Mastellari M. Efectos de la acupuntura y otros métodos afines sobre el sistema nervioso: sus fundamentos y sus inconsistencias. [citado 4 mar 2017] [www.sld.cu/.../efectos de la acupuntura y afines sobre el sn. i parte](http://www.sld.cu/.../efectos-de-la-acupuntura-y-afines-sobre-el-sn.-i-parte)
56. Cuba: Encuentro Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas, MINSAP, la Habana, 1995; 12-14.
57. Kalina E. Adicciones. Aportes para la clínica y la terapéutica. España: Editorial Paídos; 2013.
58. De Paula Castro L. "Gastritis", *Acta gastroenterología. Latinoamericana.* 2003; 24: 175-193.

59. Ortiz R. Farreras - Rozman. Medicina interna. 17 ed. Gastritis. Barcelona: Elsevier; 2012.p. 583.
60. Bastidas T. Acupuntura para curar enfermedades digestivas. [Internet] 2012 [Citado 4 feb 2017]. Disponible en: <http://www.acupuntura-peru.com/cgi-sys/suspendedpage.cgi>
61. Wu HZ, Wu JM. Investigación inicial sobre la relación entre la diferenciación de síndromes de la gastralgia según la MTC y los análisis del helicobacter pylori. Revista de MTC de Liaoning, 1993; (9); 4.
62. Zhang SS. Clinical study on TCM syndromes of chronic gastritis dissertation. Beijing: Beijing University of Chinese Medicine; 2014.
63. Maciocia G. The practice of Chinese Medicine. The treatment of diseases with acupuncture and chinese herbs. 1994, p.751

Anexo 1:

Consentimiento Informado:

Yo _____ participo voluntariamente en la investigación “Efectividad de la acupuntura en el tratamiento de la Gastritis crónica”, que se llevará a cabo en el Hospital Militar de Holguín en el periodo Enero del 2015 a Diciembre de 2016. Estoy dispuesto a participar en la Entrevista Clínica requerida en la investigación y permito el uso de la información contenida en mi Historia Clínica por parte de los investigadores, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y es confidencial.

Mi decisión la tomo después de haber recibido una información detallada del proceder, conociendo que perteneceré a un grupo experimental o a un grupo control, teniendo la posibilidad de recibir una de dos variantes de tratamiento: con acupuntura o con fármacos. Seré objeto de entrevista y examen endoscópico antes del tratamiento y a los 3 meses para conocer mi evolución. Se me ha explicado que la acupuntura como técnica tradicional de fácil aplicación es inocua y no causará daño irreversible alguno a mi organismo. El tratamiento se realizará por un personal calificado y experimentado por lo que no se pondrá en riesgo mi integridad. Se me respetará la decisión de no continuar en el ensayo en el momento que lo desee, de acuerdo a mi voluntad y sin dar razón alguna. En caso de cualquier duda o preocupación durante la investigación tengo la libertad de aclarar la misma por cualquiera de los profesionales responsables en el momento que yo lo determine. Autorizo la utilización de mis datos en publicaciones y con otros fines investigativos siempre y cuando resulten beneficiosos para el desarrollo de la ciencia y se mantenga sin revelar mi identidad.

Estoy conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento,

Nombre y Apellidos: _____ Firma _____

Fecha _____ Lugar _____ Hora _____

Anexo 2:

Planilla de recolección de datos:

Nombre y apellidos: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Hábitos tóxicos: café ___ cigarro ___ alcohol ___

1- Síntomas y signos clínicos:

	Antes del tratamiento	Después del tratamiento
Dolor en epigastrio.	_____	_____
Náuseas matinales.	_____	_____
Vómitos.	_____	_____
Digestiones lentas.	_____	_____
Acidez.	_____	_____
Eructos.	_____	_____
Dolor a la palpación abdominal:	_____	_____

2- Evaluación clínica del dolor (según escala verbal numérica: 0-10):

Antes del tratamiento

Después del tratamiento

3- Signos endoscópicos:

Antes del tratamiento:

Después del tratamiento:

4- Diagnóstico tradicional: _____

5- Evaluación del tratamiento: Bueno: _____ Malo _____

VI. Inspección:

1. Observación Global:

a) Expresión:

b) Observación del color de la cara, secreciones y excreciones:

c) Observación de la apariencia, color, constitución y postura:

2. Observación parcial (cabeza y cuero cabelludo, ojos, orejas, nariz, boca y piel):

3. Observación parcial de la lengua:

a) Lengua:

b) Saburra:

VII. Auscultación - olfacción:

a) Habla, respiración, tos, hipo y eructos:

b) Secreciones y excreciones:

VIII. Interrogatorio:

1-Frío – Calor:

2-Sudoración:

3- Alimentos, apetito, bebidas, sed y deseos de tomar líquidos:

4- Orinas y heces fecales:

5- Dolor:

6- Sueño:

7- Menstruaciones y flujos:

8- Estado mental:

IX. Palpación

1- Pulsos:

2- Palpación general:

3- Exploración de canales y puntos SHU-MO:

4- Regiones dolorosas:

X. Diagnóstico tradicional:

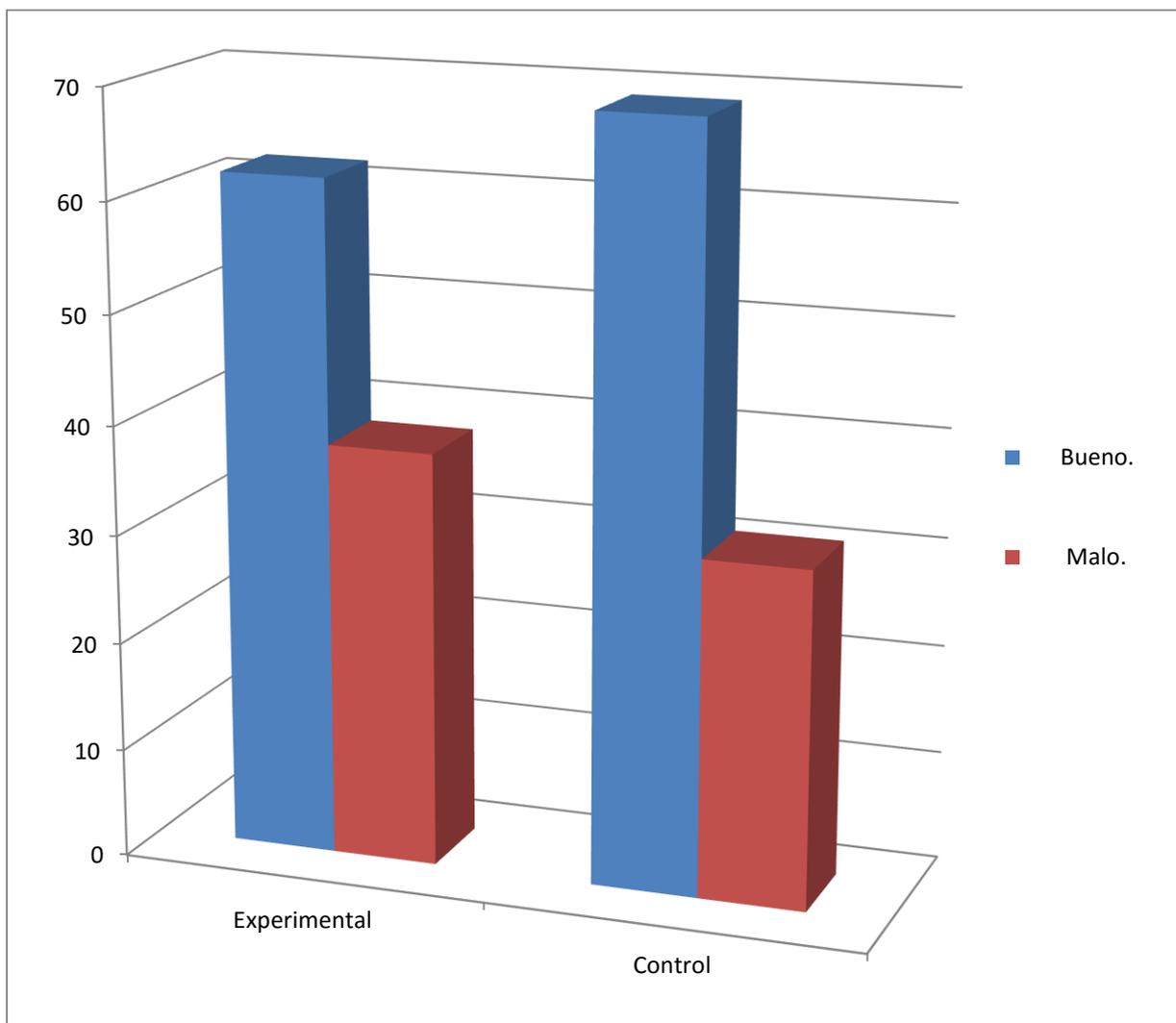
XI. Receta de tratamiento:

Nombre y apellidos:

Historia Clínica

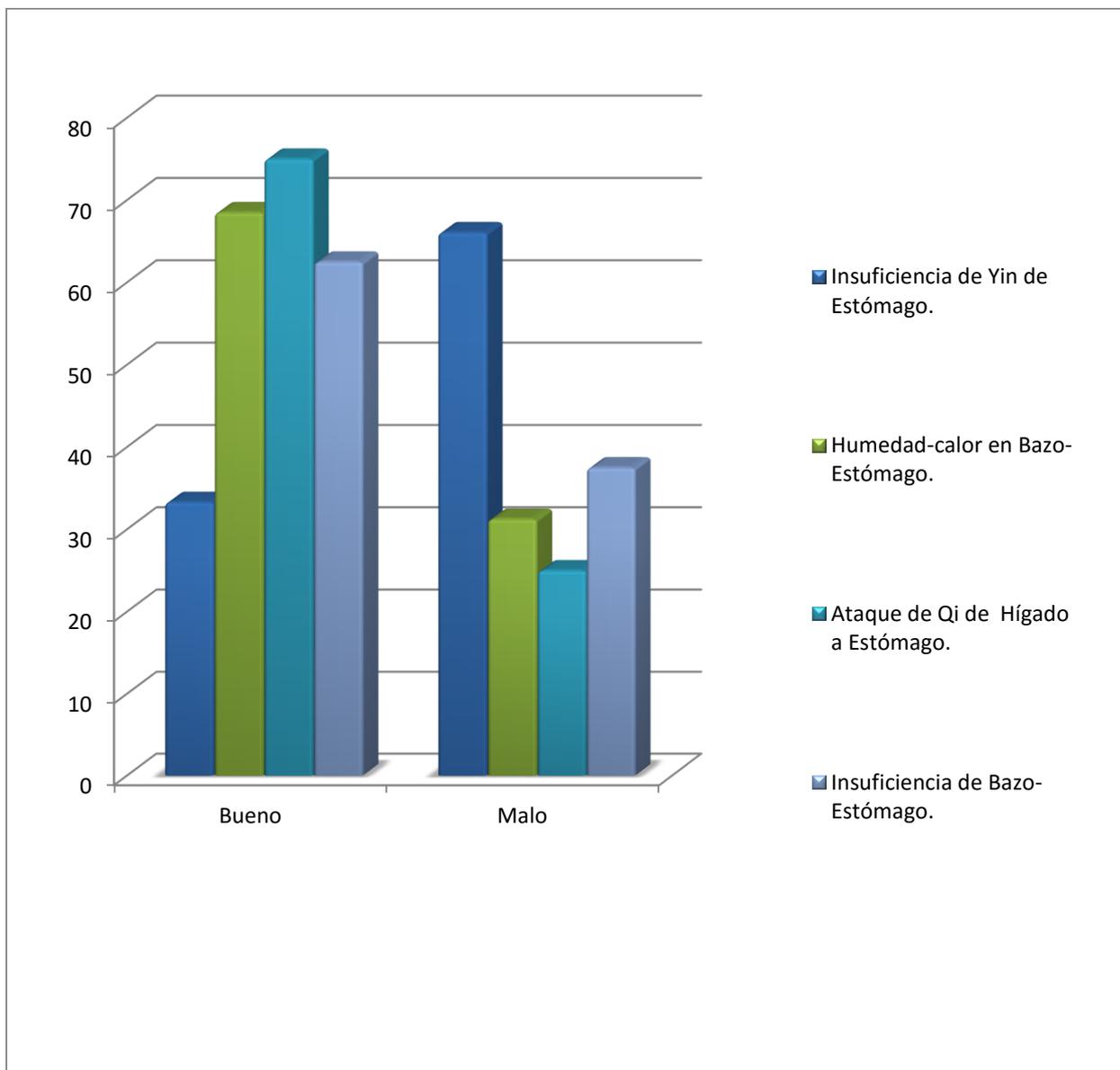
Anexo 4: Gráficos:

Gráfico 1. Evaluación del resultado del tratamiento. Hospital Militar. Holguín. Enero del 2015 a Diciembre del 2016.



Fuente: Tabla No 4

Gráfico 2. Evaluación del resultado del tratamiento según diagnóstico tradicional en el grupo experimental. Hospital Militar. Holguín. Enero del 2015 a Diciembre del 2016.



Fuente: Tabla No 6