





**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“JOSÉ ASSEF YARA”
CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO “BELKIS SOTOMAYOR”**

SIEMBRA DE CATGUT EN PACIENTES CON PSORIASIS

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MASTER EN MEDICINA
BIOENERGÉTICA Y NATURAL**

AUTORA: Lic. Yoandra Dayamí Fernández Romo

CIEGO DE ÁVILA

2011



REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“JOSÉ ASSEF YARA”
CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO “BELKIS SOTOMAYOR”

SIEMBRA DE CATGUT EN PACIENTES CON PSORIASIS

Autora: Lic. Yoandra Dayamí Fernández Romo.
Licenciada en Rehabilitación Social y Ocupacional.
Profesora Instructora.

Tutor: Dr. Ermi Zamora García.
Especialista de 1er Grado en Medicina general Integral.
Especialista de 1er Grado en MNT.
Master en Medicina Bioenergética y Natural.
Profesor Instructor.

Asesora: Dra. Denia Echevarria Rodríguez.
Especialista de 1^{er} grado en Medicina General Integral.
Master en Medicina Bioenergética y Natural.

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MASTER EN
MEDICINA
BIOENERGÉTICA Y NATURAL**

CIEGO DE ÁVILA

2011



PENSAMIENTO

PENSAMIENTO

Lo que hace descubrir al mundo no es el descubrir cómo está hecho, sino el esfuerzo de cada uno para descubrirlo.

José Martí.



AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

- A todas las personas que han contribuido a la realización de este trabajo.
- A mi tutor Dr. Ermis Zamora García por las horas de dedicación y apoyo brindado para la realización de este trabajo.
- A la Lic. Elfriedys Sánchez Cobo ya que sin su interés no hubiese logrado la culminación de este proyecto.
- A mi familia por su paciencia y ayuda incondicional.



DEDICATORIA

DEDICATORIA

- A la memoria de mi abuelo Horacio.
- A mi abuela Esther.
- A Marcia, mi mamá.
- Mis hermanos Roggers y Yaitza.
- A mi hijo Rogners.

Por su apoyo incondicional y dedicación para continuar superándome como buen ser humano y profesional.



RESUMEN

RESUMEN

Se realizó un estudio clínico fase II, con el objetivo de evaluar la respuesta terapéutica de la siembra de catgut en pacientes con psoriasis en brote, atendidos en la Policlínica “Belkis Sotomayor Álvarez”, de Ciego de Ávila. El universo lo conformaron el total de estos pacientes que acudieron a la consulta de Dermatología y la muestra quedó constituida por 60 de ellos en el período de septiembre 2010 a septiembre 2011 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se conformaron dos grupos, uno sometido a la siembra de catgut y otro al tratamiento convencional (control). En ambos se evaluó la evolución clínica de las lesiones, los signos y síntomas después de los tratamientos y los efectos adversos de la técnica aplicada. La fuente fundamental de datos fue la Historia Clínica Individual. El 61.7 % de los pacientes presentó las lesiones psoriásicas más frecuentes a nivel de los codos, y el 46.6 % presentación en grandes placas; el 63.3 % del grupo estudio no presentó prurito después del tratamiento, exhibiendo una mejoría clínica del 63.3 %. Solo el 16.7 % presentó dolor como efecto adverso. La respuesta favorable se registró en el 63.3 % del grupo estudio y, en el 26.7 % del grupo control. Se demostró con la investigación la eficacia de la técnica de la siembra de catgut.

Palabras clave: PSORIASIS, CATGUT.



ÍNDICE

ÍNDICE

	Paginas
• Resumen.	
• Introducción	1
• Objetivos	4
• Marco Teórico	5
• Material y Método.....	12
• Análisis de los Resultados	19
• Conclusiones.....	26
• Recomendaciones	27
• Bibliografía.....	28
• Anexos.	



INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades dermatológicas se sitúan dentro de las fundamentales causas de morbilidad en las consultas médicas, resultado de las posibilidades que tiene la piel de ser afectada producto de su extensión y exposición; ¹a ello se suma la compleja función fisiológica que asume esta, ^{1,2} lo que provoca que múltiples afecciones internas del organismo también afecten su normal funcionamiento.

Está demostrado que, en la clínica dermatológica, la valoración del equilibrio emocional es un elemento de importancia para el diagnóstico, terapéutica y prevención de numerosas enfermedades. ^{3, 4}

En el mundo numerosos estudios revelan que en países como Estados Unidos una de cada tres personas presenta enfermedades de la piel e incluso se les detecta a más de una; ⁵ en Rusia y en el estado mexicano de Guerrero, 49% de las personas han estado aquejadas por afecciones de piel por lo menos en una ocasión en sus vidas. ^{6, 7}

En Cuba, la dermatología es uno de los servicios de mayor demanda; se estima que la asistencia a consulta ha llegado a registrar tasas de 8,7% por 100 habitantes. ⁸

La psoriasis, una enfermedad de distribución universal, exhibe una frecuencia en la población mundial que oscila entre 0,1% y 6%; afecta al 2% de la población europea y de 1% a 2% de la norteamericana. ^{9, 10} En la población andina sudamericana rara vez se presenta. La entidad dermatológica tiene una prevalencia variable en las diferentes regiones del mundo, predomina en las personas de raza blanca sobre la negra y en la población "civilizada" sobre la indígena, sobre todo América del Sur. En general se plantea que afecta a ocho de cada 10 000 pacientes. ¹¹⁻¹² Otras fuentes apuntan hacia una prevalencia mundial que varía entre 0.05% y 4.8%. ¹³⁻¹⁵ Las causas de tales variaciones van desde factores raciales hasta geográficos y ambientales.

En Cuba constituye del 3 al 5 % de los casos de la práctica dermatológica.

En nuestra provincia de Ciego de Ávila los pacientes psoriásicos representan el 5% de la consulta de dermatología. Prevalece en los hombres sobre las mujeres.

El área de salud, "Belkis Sotomayor Álvarez", tiene una población de 25 743 habitantes. El servicio de dermatología es de los más frecuentados por la población,

representando una incidencia de 4.4% del total de los pacientes psoriásicos dispensarizados.

La lesión elemental de la psoriasis es una pápula o placa eritematosa, de tamaño diverso y tono rojo oscuro, bordes delimitados y habitualmente cubierta de escamas.

^{12 -14, 17, 19} La enfermedad no produce prurito, aunque una cifra importante de pacientes lo refiere. ¹⁶

Dentro de las formas de presentación se mencionan la psoriasis en placas, en gotas, pustulosa, inversa, y eritrodérmica. ^{12 -14, 18}

La carga que representa la afección para la vida del paciente ha sido comparada con la reducción del funcionamiento físico y mental que se observa en el cáncer, la artritis, la hipertensión arterial y la enfermedad cardíaca, entre otras. Ello ha motivado una constante búsqueda de terapias innovadoras, pues es evidente que un importante por ciento de afectados se siente frustrado ante la ineficacia de las existentes. A lo largo de las últimas décadas las más diversas formas de tratamiento han sido desarrolladas empíricamente o derivadas de la "Medicina Popular", tratando de demostrar en alguna forma el efecto sobre la patogénesis del proceso. ²¹

En Cuba, la disponibilidad de fármacos no es amplia, consecuencia del bloqueo económico. No obstante el país realiza esfuerzos por lograr terapéuticas eficaces en función de mejorar el estado de salud de los pacientes afectados.

La medicina natural y tradicional es aplicable y de gran importancia en diferentes padecimientos patológicos siempre y cuando no estén contraindicados por un especialista, la misma se emplea en el mundo y en nuestro país, está caracterizada por provocar alivio de síntomas en las diferentes afecciones en un plazo de tiempo relativamente corto y por ende, una repercusión favorable en su estado de salud y bienestar.

Dentro de las terapias naturales se han utilizado; Magnetoterapia, Aromatoterapia, Cromoterapia, Fitoterapia, Apiterapia, Terapia Floral, la Homeopatía y la Acupuntura utilizadas en varias afecciones, pero sobre todo en la psoriasis con muy buenos resultados.

La acupuntura es considerada un método terapéutico efectivo, económico y accesible para el tratamiento de numerosas patologías, funcionales unas, con repercusión orgánica otras.

Numerosos autores recomiendan combinaciones de puntos acupunturales para tratar la psoriasis,^{16, 22-23} ya sea a través de la inserción de agujas de acupuntura o la siembra de catgut cromado, técnica que viene aplicándose en China desde hace apenas 30 años.^{16, 24, 25}

Este método consiste en la colocación de fragmentos del hilo en puntos acupunturales con el objetivo de regular alteraciones orgánicas o funcionales. A pesar de considerarse de relativa invasividad, desde el punto de vista técnico es muy sencillo y rápido, no es necesario emplear más de cinco puntos, la implantación se realiza una vez al mes, y su tolerancia es aceptable.^{26, 27} Los efectos beneficiosos reportados incluyen efectos antiinflamatorios, analgésicos, antialérgicos, eleva el metabolismo de la glucosa y la grasa y estimula la aparición de nuevos vasos capilares.^{28, 29}

Conociendo la variedad terapéutica de la implantación del catgut cromado en puntos acupunturales, así como los beneficios que aporta al tratar con él múltiples afecciones, nos propusimos determinar su acción sobre las afecciones dermatológicas, específicamente en la psoriasis en brote.

Problema científico:

¿Cuál será la respuesta terapéutica de la siembra de catgut en pacientes con psoriasis en brote atendidos en la Policlínica “Belkis Sotomayor Álvarez” del municipio de Ciego de Ávila, entre Septiembre/ 2010 y Septiembre/ 2011?

Hipótesis investigativa:

La siembra de catgut en pacientes con psoriasis en brote puede contribuir a mejorar la enfermedad, disminuir la evolución clínica de las lesiones, mejorar la presencia del prurito y disminuir el consumo de medicamentos convencionales.

Novedad Científica:

Uso de un método sencillo, de fácil dominio y de bajos recursos.

Reporta un gran balance económico, se aplica en diversas afecciones y no presenta reacciones secundarias importantes. Es una terapéutica aceptada por la población y facilita que el individuo se incorpore a su quehacer en un corto plazo.



OBJETIVOS

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Evaluar la respuesta terapéutica de la siembra de catgut en pacientes con psoriasis en brote.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1- Establecer el cuadro clínico según las variables estudiadas durante la aplicación de la técnica.
 - Evolución clínica de las lesiones.
 - Evaluación clínica del prurito.
- 2- Determinar los efectos adversos de la técnica aplicada.



MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

La psoriasis, del griego psora, prurito, es una enfermedad (no contagiosa) inflamatoria crónica de la piel que produce lesiones escamosas engrosadas e inflamadas, con una amplia variabilidad clínica y evolutiva.³¹

La clasificación más utilizada se organiza según los síntomas, los tipos de lesiones cutáneas y la gravedad general del cuadro. Es la clasificación más útil para la elección de su tratamiento y para el conocimiento del pronóstico de la enfermedad en cada paciente. La clasificación está detallada en el apartado de manifestaciones clínicas.

Se estima que entre un 1% y un 3% de la población sufre de psoriasis. Si bien puede aparecer a cualquier edad, suele hacerlo entre los 15 y los 35 años, con un pico máximo de incidencia en la segunda década. Afecta por igual a ambos sexos, aunque es más precoz en mujeres, y en personas con antecedentes familiares. Por otro lado, no existe relación entre psoriasis y cáncer de piel (no maligniza).³¹

La causa de la psoriasis es una velocidad anormalmente alta de mitosis en las células epidérmicas que se pueden relacionar con una sustancia transportada en la sangre, un defecto en el sistema inmune. Se cree que es multifactorial, en individuos con predisposición genética y desencadenada o exacerbada por diversos factores ambientales.

La herencia de esta enfermedad es posiblemente poligénica. Se ha demostrado una importante agregación familiar, el aumento de concordancia en gemelos monocigotos y la asociación a determinados HLA.³¹⁻³²

Dentro de los factores desencadenantes se destacan: traumatismos, infecciones, fármacos, factores psicológicos, factores climáticos, factores metabólicos y factores endocrinos.

La psoriasis no es una enfermedad contagiosa. Afecta tanto a piel como a mucosas, y en ocasiones se asocia a artritis. La evolución es crónica, con brotes de agudización, cuya duración y frecuencia varía de un enfermo a otro. El tiempo de duración de los brotes varía de 30 a 60 días hasta 150 días o un año. A veces se logra hacer desaparecer la mayoría de las lesiones en un paciente por períodos de

duración variable, pero la recidiva es lo más frecuente. La curación definitiva no puede afirmarse en ningún caso.³⁷

Su amplia variabilidad de lesiones hace necesaria una clasificación con fines docentes, pronósticos y terapéuticos.

La psoriasis presenta varias lesiones, entre ellas:³¹⁻³²

- Lesiones cutáneas: Placas de psoriasis en el codo. La lesión elemental es una pápula o placa eritematosa, de tamaño diverso y tono rojo oscuro, bordes delimitados y habitualmente cubierta de escamas. El raspado de las lesiones permite observar tres signos característicos:

1. Signo de la «mancha de cera» o de la «bujía»: al rascar la lesión se desprenden multitud de escamas similares a las que se desprenderían de una vela.

2. Fenómeno de la membrana epidérmica o membrana de Duncan-Dulckley: tras desprenderse las escamas, aparece una película transparente que recibe este nombre.

3. Signo del rocío sangrante o signo de Auspitz: al desprender la membrana de Duncan-Dulckley aparecen petequias a consecuencia del daño vascular de las papilas dérmicas por el desprendimiento de la epidermis que las recubre. Este signo no aparece en la psoriasis invertida ni en la pustulosa.

Además, podemos encontrar:

1. Halo de Woronoff: halo hipocrómico en torno a la placa, ligado al inicio de la regresión de la lesión. Es menos frecuente.

2. Fenómeno de Koebner, en aproximadamente el 20% de los pacientes, las lesiones de las mucosas son muy infrecuentes y en general se circunscriben a labios y pene. Por norma no existe descamación.

- Lesiones de las uñas: Entre un 20% y un 40% de los enfermos presentan alteraciones de las uñas. Es más frecuente que ocurra en las manos que en los pies, y también en pacientes con afección articular. Aunque no es lo habitual, la afección de la uña puede ser el único problema del paciente con psoriasis. Pueden presentarse tres alteraciones:

1. Piqueteado de la lámina: aparecen unos hoyuelos o depresiones en la lámina ungueal (en inglés, pitting), por afección de la matriz ungueal.

2. Decoloración de la uña «en mancha de aceite»: aparecen unas manchas amarillentas desde el inicio de la uña que se van extendiendo. Se producen por alteración del hiponiquio.

3. Onicodistrofia: aparece onicolisis (destrucción de la uña) e hiperqueratosis subungueal, que dan a la uña un aspecto descrito como «en médula de saúco».

- Artropatía psoriásica: Psoriasis más invalidante que debe tratarse multidisciplinariamente por el dermatólogo y el reumatólogo.

En general, la psoriasis es un cuadro monomorfo (no presenta varios tipos de lesión a la vez), simétrico, que puede ser limitado o muy extenso.

Existen muchas variantes según la morfología de las lesiones: ³¹⁻³²

- Psoriasis en placas: Es la forma más frecuente. Se caracteriza por la formación simétrica de placas de 1 a 30 centímetros, localizada en cualquier zona de la piel, especialmente rodillas, codos, región lumbosacra y cuero cabelludo.

- Psoriasis en gotas, psoriasis eruptiva o psoriasis guttata: Psoriasis en forma de gotas o pequeños puntos menores de 1 centímetro, a veces pruríticas, localizadas preferentemente en el tronco. Se da con más frecuencia en niños y en jóvenes.

- Psoriasis numular: Las lesiones alcanzan el tamaño de las monedas.

- Psoriasis pustulosa palmoplantar o psoriasis tipo Barber: Se caracteriza por varios brotes de pústulas estériles sobre una base eritematosa, simétricamente en palmas y plantas, sobre todo en las eminencias tenar e hipotenar de la mano, y en los talones.

- Psoriasis invertida o psoriasis de pliegues: Aquella que afecta a los grandes pliegues cutáneos, principalmente los axilares, genitocrurales (las ingles), interglúteos, submamaros y el ombligo.

- Psoriasis del cuero cabelludo: El cuero cabelludo presenta lesiones de forma muy frecuente en los pacientes de psoriasis, normalmente junto a lesiones cutáneas. Puede manifestarse como placas descamativas similares a las de la piel, o bien como placas gruesas de escamas adheridas al pelo (cuadro a veces denominado como falsa tiña amiantácea).

- Psoriasis acral o acrodermatitis continua de Hallopeau. Extraña variante definida por la aparición de una erupción pustulosa en torno a las uñas (sobre todo de las manos), que se extiende proximalmente.

- Psoriasis lineal. Las lesiones adoptan una disposición en línea.
- Psoriasis pustulosa generalizada o psoriasis de Von Zumbusch. Variante aguda e infrecuente, que generalmente aparece en pacientes con otros tipos de psoriasis tras la aparición de factores desencadenantes (medicamentos, hipocalcemia, estrés, infecciones).

Para definir el diagnóstico de la enfermedad en general, suele ser necesario un minucioso examen físico, la confección de una buena historia clínica y la realización de biopsia cutánea.

El pronóstico de la psoriasis es imprevisible, con períodos libres de enfermedad y agravamientos de aparición y duración muy variables, pero en general su curso es crónico. Hasta el 80% de los pacientes la padecen durante toda su vida, ya sea de forma intermitente o continua.³¹⁻³²

La psoriasis puede suponer también una merma en la calidad de vida de las personas afectadas en cuanto a las secuelas psicológicas, debido a la gran importancia que tiene hoy en día la imagen. Los afectados por esta enfermedad, sobre todo en los casos severos, tienden a aislarse socialmente debido al miedo al rechazo; en estos casos puede ser necesario el tratamiento psicológico.

El curso crónico y la dificultad del tratamiento de la enfermedad, hacen que sea importante una buena relación médico - paciente, para conseguir un buen entendimiento. Es importante comprender que la curación solo es parcial.³²

El tratamiento siempre debe ser individualizado, según el patrón de presentación y la gravedad de los síntomas, y sin olvidar las circunstancias personales, socioeconómicas, laborales, psicológicas y familiares de cada paciente.

Para esto es necesario cumplimentar una serie de medidas que mejorarán (aunque levemente) la calidad de vida del paciente:³¹

1. Tomar el sol (con moderación y evitando las horas centrales del día).
2. Tomar baños en el mar y baños en lodo.
3. Dejar al aire las heridas.
4. Los productos hidratantes ayudan a mitigar los efectos de sequedad e irritación con los que cursa la psoriasis. No curan la psoriasis, solo palian sus síntomas.
5. Tomar abundante agua.

6. Evitar el consumo de carnes ricas en grasa.
7. Evitar el estrés.
8. Adoptar una dieta rica en vegetales, frutas y verduras.
9. Evitar el alcohol y el tabaco.

En pacientes con psoriasis el tratamiento está limitado a medicamentos tópicos corticoesteroides: ³² la hidrocortisona, dexametasona, prednisolona, metilprednisolona, ellos tienen gran aceptación por su excelente efecto cosmético, fácil aplicación, olor agradable, además no manchan la ropa, ni irritan la piel, pero al ser usado en ocasiones sin control médico, al suspenderlos provocan efectos de rebote (sobre todo los más potentes). Estos medicamentos deben emplearse los de baja o mediana potencia ya que hay que tener presente que es una enfermedad crónica. Los más potentes se reservarán para casos muy resistentes.³²

También dentro del tratamiento de la psoriasis es usado el alquitrán, la antralina, calcipotriol y tazaroteno, ellos ofrecen una mejoría del 50-70 % en pacientes con psoriasis recalcitrantes.³¹⁻³²

Para la psoriasis moderada se emplea tratamiento tópico combinado con fototerapia (UVB, UVA) o fotoquimioterapia (PUVA). Estos tratamientos en estudios realizados donde el porcentaje de pacientes psoriásicos es elevado en un 6% no recibieron calcipotriol el 95,5 %, PUVA el 94 %, ni citostáticos el 93 %, ³⁴ refiriendo no haberse empleado por la escasa disponibilidad del medicamento, la dificultad de los enfermos para trasladarse largas distancias en reiteradas ocasiones hacia centros hospitalarios específicos, la toxicidad terapéutica y las indicaciones específicas.^{34,35}

En casos de mayor severidad se requiere tratamiento más intensivo por vía oral o sistémica como los retinoides, ciclosporinas, hidroxiurea, metotrexate, entre otras, que pueden ser combinados con fototerapia o fotoquimioterapia y deben ser usados con cautela por los efectos tóxicos que ocasionan.³¹⁻³² Con la aplicación de estos tratamientos en estudios realizados se han arrojado resultados donde la totalidad de los pacientes de cada grupo llegaron a la categoría de mejorados a la 7ma semana de aplicación de esta terapéutica. El 69,1 % del grupo A alcanzó la mejoría en la 4ta semana del tratamiento existiendo una diferencia con el grupo B que alcanzó la mejoría en la 2da semana de tratamiento el 60 %. ³⁸

También se han empleado tratamientos con derivados naturales, que por su efecto hidratante pueden aliviar los síntomas de la psoriasis. Algunos ejemplos son el Aloe Vera, la Pita o el Aceite de Rosa Mosqueta. Se ha demostrado la eficacia del uso del Aloe Vera en crema al 50% en tres afecciones de la piel, logrando la evolución satisfactoria en la mayoría de los pacientes.²⁹

Dentro de las terapias naturales se han utilizado; Magnetoterapia, Cromoterapia, Fitoterapia, Apiterapia y las medicinas energéticas como son la Terapia Floral y la Homeopatía, utilizadas sobre todo en la psoriasis con muy buenos resultados.³¹ Esta última ha evidenciado resultados significativos en cuanto a mejoría clínica para un 39.1% de 23 pacientes con respecto al grupo control que solo mejoraron 5 para un 21.7%.³⁶

En estudios sobre la terapéutica en la psoriasis, como se señala en los trabajos de Alina M. Viqueira Fuentesfría, el tratamiento de la psoriasis puede considerarse en dependencia de la severidad de la enfermedad y de la respuesta del paciente.

Además en su trabajo comenta tratamientos antipsoriásicos con una efectividad de ligera a moderada, otros reservados para casos severos o recalcitrantes, así como algunos en fase de ensayos clínicos. Estos estudios experimentales (terapia rotacional, terapia combinada, terapia sistémica secuencial) arrojaron resultados con mejoría significativa de las lesiones de 88%-90% a los 6 meses y disminución de la severidad al 68% después de 12 semanas.³⁴⁻³⁵

Como modalidad de la medicina tradicional también se encuentra la acupuntura, consistente en la combinación de puntos para tratar la psoriasis, ya sea a través de la inserción de agujas de acupuntura o la siembra de catgut cromado.

Desde el año 1999, previo entrenamiento con médicos chinos, se comenzó a usar en Cuba la implantación de hilos de sutura quirúrgica absorbibles (catgut cromado), técnica afín a la acupuntura, con prolongada acción analgésica y antiinflamatoria, en el tratamiento de múltiples afecciones crónicas, sobre todo dolorosas.³³

La técnica se basa en provocar un estímulo de duración prolongada en el punto acupuntural seleccionado, con la misión de regular los factores inmunológicos y las alteraciones orgánicas o funcionales por medio de la introducción subcutánea de un fragmento de hilo de sutura quirúrgica reabsorbible de catgut cromado de un

centímetro de longitud en el tejido blando correspondiente al punto acupuntural. Esta técnica se realiza cada 3 ó 4 semanas ya que el hilo de catgut cromado se absorbe aproximadamente a los 21 días de implantado en el tejido.^{30, 32,36}

En la provincia de Villa Clara en el año 2000 se comenzó a usar la implantación de hilos de sutura quirúrgica con fines analgésicos postoperatorios en pacientes a los que se realizaban exodoncias múltiples o difíciles.³³ También en este período se realizó un estudio sobre “La analgesia postoperatoria mediante implantación prequirúrgica de hilos de sutura absorbibles.” donde se encontraron resultados significativamente superiores a favor de los pacientes implantados.³³ Este método también ha sido empleado en otras patologías, ejemplo la ginecología,³⁰ donde el tratamiento de la siembra de catgut en puntos acupunturales resultó efectivo en las pacientes con fibroma uterino sintomático, puesto que desaparecieron las manifestaciones clínicas consistentes en dolor, sangramiento, leucorrea y otros síntomas asociados, en casi la totalidad de las pacientes (94,3 %), además de haber demostrado ser comparativamente superior a la terapia convencional.³⁰

En el Hospital Provincial “Arnaldo Milian C” de Santa Clara, se realizó un estudio con la aplicación de esta técnica en la psoriasis y el mismo arrojó resultados favorables para un 63.6 % en cuanto a la respuesta terapéutica de la siembra y un 50.0% de pacientes mejorados.³⁶

Esta terapéutica también ha demostrado su eficacia en los estudios realizados por Jacas García¹⁶ donde un estudio experimental en 41 pacientes con psoriasis, para lo cual se formaron 2 grupos: uno tratado con acupuntura y otro con siembra de cat-gut. La evolución de ambos grupos terapéuticos fue satisfactoria, pues se eliminaron los síntomas y signos en 72,0 % del primero y 75,0 % del segundo, de manera que solo en 26 % persistieron las lesiones, de donde se infiere que la utilización de las 2 técnicas proporciona resultados tan eficaces como la terapia medicamentosa en estos casos.



MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un ensayo clínico fase II para determinar la eficacia de la siembra de catgut en pacientes portadores de psoriasis en brote, en el período de septiembre /2010 a septiembre/ 2011.

El universo lo conformaron todos los pacientes con psoriasis, del área sur del municipio de Ciego de Ávila, que acudieron a la consulta de Dermatología en la Policlínica “Belkis Sotomayor Álvarez” y la muestra la conformaron 60 pacientes con esta patología en el período enmarcado que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión:

- Ser paciente con psoriasis en brote atendidos en la consulta de Dermatología de la Policlínica “Belkis Sotomayor” en la etapa comprendida dentro del estudio.
- El diagnóstico de psoriasis debió estar avalado por resultados de biopsia.
- Consentimiento informado del paciente de ser parte de un estudio investigativo. (Anexo 3).
- No haber estado sometido a la influencia de alguna terapéutica que afecta el curso y el pronóstico de la psoriasis o los objetivos del estudio un mes previo al desarrollo del proceso de investigación.
- El cuadro clínico del paciente permitió su tratamiento ambulatorio.
- Presentar, según morfología, psoriasis en gotas, psoriasis en pequeñas placas y psoriasis en grandes placas.

- Criterios de exclusión:

- Pacientes con síndrome febril.
- Embarazadas.
- Retrasados mentales.
- Pacientes con trastornos endocrino metabólicos descompensados.
- Cardiópatas.

- Criterios de salida:

- Abandono del estudio a petición del paciente.
- Presentar complicaciones en el tratamiento con catgut.
- Empeorar las lesiones y requerir cambios en el tratamiento de base.
- Inasistencia a una o más sesiones de tratamiento.

Una vez definidas las personas que iban a participar en la investigación se procedió a conformar un grupo de estudio y un grupo control, según la disposición del sujeto para acogerse a uno u otro.

La muestra productora de datos quedó conformada finalmente por dos grupos de tratamiento, grupo estudio y grupo control, de 30 pacientes cada uno.

Al grupo estudio se le aplicó la técnica de implantación de la siembra de catgut cromado, en ciclos de tratamiento cada 21 días, durante 18 semanas hasta completar seis sesiones, en el Área de Medicina Natural y Tradicional de la policlínica "Belkis Sotomayor Álvarez". A cada uno se le orientó desayunar antes de acudir a tratamiento o comer algo si la ingestión de alimentos fue con dos horas o más de antelación.

Este tratamiento se utilizó conjuntamente con el tratamiento convencional aplicado al grupo control. Uso de fármacos, antihistamínicos, tabletas y cremas esteroideas, para el tratamiento tópico.

Al grupo control se le aplicó tratamiento con medicamentos antihistamínicos tabletas como: Difenhidramina, Dexclorfeniramina, Clorhidrato, Clorfenamina, Ciproheptadina, Benzodiacepina.

El tratamiento tópico se estableció con el uso de cremas esteroideas tales como: Hidrocortisona, Triamcinolona y Clobetasol.

Operacionalización de variables:

Variable	Escala de Clasificación	Definición
Evolución de las lesiones.	<ul style="list-style-type: none">• Favorable.• No favorable.	<p>- Cuando la lesión disminuye en más de un 50%.</p> <p>- Cuando la lesión disminuye en menos de un 50%.</p>
Presencia de prurito.	<ul style="list-style-type: none">• Persistencia del prurito.• Ausencia del prurito.	<p>- Presencia de picazón o comezón.</p> <p>- Ausencia de picazón o comezón.</p>
Evolución global.	<ul style="list-style-type: none">• Favorable.• No favorable.	<p>- Que el promedio de las lesiones disminuyan en más de un 50% y efectos adversos menores del 10%.</p> <p>- Que el promedio de las lesiones disminuyan en menos de un 50% y efectos adversos mayores del 10%.</p>
Efectos adversos.	<ul style="list-style-type: none">• Inmediatos.• Tardíos.• No efectos adversos.	<p>- Dolor.</p> <p>- Aumento de volumen.</p> <p>- Sangramiento.</p> <p>- No efecto.</p>

Instrumentos diagnósticos:

En el marco de la primera consulta de Dermatología, se procedió a la elaboración de una Historia Clínica Individual (ver anexo 2) donde se recogieron los datos personales de cada paciente, lo referente a la evolución clínica de la afección dermatológica, así como los efectos de la siembra de catgut; unido a consideraciones relacionadas con la respuesta terapéutica. También se realizó un examen físico minucioso al paciente con el propósito de determinar la localización lesional, la forma de presentación de la enfermedad, y su grado de severidad. Ello la convirtió en la principal fuente de datos investigativos.

Como base para recopilar esta información se aplicó una entrevista semi-estructurada a los pacientes, que se desarrolló de acuerdo a una guía aprobada por el servicio de Dermatología (anexo 4).

Consideraciones éticas

A cada paciente se le entregó, en la primera consulta una planilla informativa (anexo 1) donde se explican las características de cada tratamiento, sus ventajas, posibilidades terapéuticas, reacciones adversas y la posibilidad de abandonarlo cuando deseara sin que esto interfiriera en su posterior tratamiento. Luego de ser informados del estudio y estar de acuerdo en participar en el mismo, cada paciente firmó una planilla de consentimiento informado y la disposición para pertenecer a uno u otro grupo. (ver anexo 3).

Terapéutica impuesta al grupo estudio: Aplicación de la siembra de catgut cromado:

Para realizar la técnica de implantación de catgut (siembra) se hizo una valoración de las contraindicaciones relativas a dicha modalidad, como son: no aplicarla en caso de ayuno prolongado, después de la ingestión de comidas copiosas, esfuerzo físico extremo, estado de embriaguez alcohólica o afección dérmica de los lugares de la punción.

Para facilitar el tratamiento el paciente se colocó en una posición que contribuyera al acceso de la región anatómica donde se localizan los puntos y al manejo de la técnica. Se propiciaron condiciones de semi-esterilidad, con estrictas normas de asepsia y antisepsia, previa esterilización mecánica y física del instrumental y lavado

de las manos del terapeuta. El fragmento de hilo fue tomado con una pinza estéril de un frasco con alcohol a 90° donde se encuentra previamente conservado. Se introdujo a través de la punta de un trócar de punción lumbar # 20-G, adecuadamente modificado, del cual se retiró parcialmente el mandril previa aplicación de 1ml de anestésico local (lidocaína al 1%) en los puntos referidos. Se asepsizó la piel con torunda de algodón y alcohol a 76°, se introdujo de forma rápida en el punto acupuntural, se presionó el mandril y quedó de esta manera depositado el hilo en el espesor del tejido subcutáneo.

Los pacientes fueron citados cada 21 días por 18 semanas para la secuencia de aplicación del tratamiento hasta completar seis sesiones.

Los puntos escogidos fueron:

Du-14 (Dazhui), punto de gran efecto inmunológico localizado en la región cervical posterior, en el 7mo espacio intervertebral.

Intestino grueso-Ig- 11 (Quchi), que dispersa el calor tóxico de la sangre y se ubica en el músculo flexor cubital del carpo, entre el extremo externo del pliegue del codo y el epicóndilo. Corresponde a la metámera C7.

Estómago- E-36 (Zusanli), considerado el punto más inmunológico del organismo, que se encuentra en la cara antero externa de la pierna a cuatro traveses de dedo del borde inferior de la rótula y a un través de dedo por fuera de la cresta tibial, en la masa muscular tibial anterior. Corresponde a la metámera L5.

Esta terapia tradicional fue utilizada conjuntamente con el tratamiento médico convencional.

Terapéutica impuesta al grupo control: Terapia convencional.

El grupo fue sometido a fármacos disponibles en la red de farmacias nacionales, de acuerdo con lo establecido en los diferentes esquemas de tratamiento.

Se utilizaron antihistamínicos como:

- Difenhidramnina clorhidrato, tabletas de 25 miligramos (mg), con una dosis usual de 25 a 50 mg cada 6 u 8 horas, sin exceder los 300 mg en un día.
- Dexclorfeniramina (clorfenamina maleato), tabletas de 2 mg, con una dosis usual de 4 mg cada 4 ó 6 horas, y un máximo de 6 mg al día.
- Ciproheptadina clorhidrato, tabletas de 4 mg, en dosis de 4 mg cada 6 u 8 horas, sin

sobrepasar los 32 mg al día.

- La benzodiacepina utilizada fue el clordiazepóxido, tabletas de 10 mg, en dosis de 10 mg tres veces al día. La dosis máxima osciló entre 60 y 100 mg.

El tratamiento tópico se estableció con el uso de cremas esteroideas, dentro de estas las disponibles fueron:

- Hidrocortisona, crema al 0.1%/25 gramos, en dosis de finas capas sobre la piel afectada dos veces al día.
- Triamcinolona acetónido, crema al 0,1 %/25 gramos, en dosis de finas capas sobre la piel afectada dos veces al día.
- Clobetasol propionato, crema al 0,05 %/25 gramos, ungüento 25 gramos, dos veces al día durante 21 días con una dosis máxima de hasta 50 gramos semanales.

Estos pacientes fueron evaluados por el dermatólogo cada 21 días para su valoración.

Se consideraron los siguientes criterios de evolución: diferencias producidas en las manifestaciones clínicas de la enfermedad antes y después de aplicada la siembra de catgut y/o la terapéutica convencional en los pacientes de ambos grupos. Ello incluyó:

- Evolución del prurito: referencia subjetiva de escozor o picazón mencionada o no por el paciente, antes y después de la terapéutica (sí o no).
- Evolución de las lesiones: diferencias entre el estado de las lesiones de psoriasis antes y después de la terapia impuesta de forma específica para cada grupo.

No favorable:

- Todos aquellos pacientes en los que el promedio de las lesiones disminuyeran menos del 50%.
- Los efectos adversos fueran mayores del 10%.
- Persistencia o no disminución del prurito.

Favorable:

- Todos aquellos pacientes en los que el promedio de las lesiones disminuyeran más del 50%.
- Los efectos adversos fueran menores del 10%.
- Disminución o ausencia del prurito.

Se consideraron como efectos adversos:

- Dolor.
 - Leve: Dolor a la presión fuerte en el punto acupuntural.
 - Moderado: Dolor en el punto que no impide la colocación de la siembra.
 - Severo: Dolor intenso y mantenido que requiere tomar medicamentos analgésicos e impide la colocación de la siembra en el punto.
- Aumento de volumen de la zona de punción.
 - Leve: Aumento de volumen del punto acupuntural de un centímetro o menos tamaño, sin cambio de coloración y sin dolor.
 - Moderado: Aumento de volumen del punto acupuntural entre uno y dos centímetros de diámetro, con cambio de coloración pero sin dolor local.
 - Severo: Aumento de volumen del punto de tratamiento de más de dos centímetros de diámetro, con cambio de coloración y dolor local.
- Sangramiento de la zona de puntura.
 - Leve: Sangramiento en el punto acupuntural que cede con la presión del punto, dura menos de un minuto.
 - Moderado: Sangramiento en el punto acupuntural que cede con la presión del punto por más de un minuto y deja hematoma.
 - Severo: Sangramiento en el punto acupuntural que no cede con la presión, dura más de un minuto y deja hematoma que impide la realización de la técnica.

Procesamiento estadístico de la información:

Para realizar el procesamiento estadístico de la información se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales, conocido por sus siglas en inglés SPSS, versión 15,0 para Windows. Se elaboraron tablas de frecuencia, las cuales aparecen registradas en Discusión de los resultados. El análisis de los datos se realizó partiendo de frecuencias absolutas (número de casos), y relativas (por ciento).

Se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana) para valorar la similitud en la composición de ambos grupos.

Además se realizó un análisis univariado de las variables explicativas o independientes mediante la prueba de independencia de Pearson, la cual sigue una distribución Chi cuadrado, y su significación se determinó por el valor de p.

Se utilizó un nivel de significación de 0,05 de probabilidad de cometer error tipo I.

Se estimó que existe dependencia estadística no significativa para $p > 0,05$, dependencia estadística significativa $p < 0,05$.

Para comparar la evolución clínica del prurito en ambos grupos en dos momentos diferentes antes y después se empleó la prueba de McNemar con estadígrafo X^2 con un nivel de significación del 5% cuando se tiene dos muestras pareadas y se clasifican los individuos según las dos categorías de una variable cualitativa dicotómica.



ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO “BELKIS SOTOMAYOR ÁLVAREZ”

CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: SIEMBRA DE CATGUT EN PACIENTES CON PSORIASIS DEL ÁREA SUR DE CIEGO DE ÁVILA.

Tabla 1

Distribución de pacientes según evolución clínica de las lesiones de psoriasis en los grupos bajo estudio.

Evolución clínica	Grupo estudio		Grupo control	
	n	%	n	%
No favorable	11	36.7	21	70.0
Favorable	19	63.3	9	30.0
Total	30	100	30	100

La **Tabla 1** nos permite acceder a la información relacionada con la evolución clínica de las lesiones características de la psoriasis. El grupo estudio mostró en la evolución clínica de las lesiones una respuesta favorable con la aplicación de la siembra, para un 63.3%, mientras que el grupo control con el tratamiento convencional fue favorable solamente el 30.0%.

Nuestros resultados coincidieron con los del estudio realizado por Jacas García¹⁶ y otros autores donde al final del tratamiento, solo 7 (28,0 %) pacientes de los que recibieron puntos de acupuntura, las tenían presentes; y en el de siembra de cat-gut, apenas 4 (25,0 %) continuaron con ellas.

Tabla 2

Distribución de pacientes según evolución clínica del prurito en ambos grupos.

Presencia de prurito	Grupo estudio				Grupo control			
	Si		No		Si		No	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Antes	21	70.0	9	30.0	23	76.7	7	23.3
Después	11	36.7	19	63.3	18	60.0	12	40.0

La **Tabla 2** corresponde a la valoración de la evolución clínica del prurito resultado de la terapia impuesta en cada caso, dentro del grupo estudio y el de control.

Antes de desarrollarse el proceso investigativo en ambos grupos existió predominio del mismo 70.0% grupo estudio y 76.7% para el grupo control. Luego el prurito se hizo menos frecuente dentro de los pacientes que fueron sometidos a la siembra de catgut, pues sólo fue referido por el 36.7% de los integrantes del mismo. Dentro del grupo control el 60.0% de los pacientes lo refiere. De los pacientes incluidos dentro de la muestra ya citada del grupo de estudio el 70.0% refirió presentar prurito, lo que coincide sin grandes diferencias porcentuales con los resultados que se muestran, antes de aplicarse las distintas terapéuticas.

Esto coincide con los resultados del estudio de Jacas García ²⁴ donde la presencia del prurito al inicio y final del tratamiento se distribuyó: en el grupo tratado con acupuntura, 22 lo refirieron al inicio (88,0 %) y solo 4 al final (16,0 %); en el que se sembró cat-gut, 11 (68,7 %) al inicio y apenas 2 al final (12,5 %). Todos los pacientes en los cuales no existía el síntoma, se mantuvieron así, mientras que disminuyó ostensiblemente en los que persistió.

García López, ²⁰ obtuvo en pacientes tratados con acupuntura y con fotopuntura, resultados similares entre ambos grupos, con una mejoría del prurito en 100 % de los casos, ³³ lo que no es coincidente con los resultados que se presentan.

Tabla 3

Efectos adversos relacionados con la siembra de catgut en el grupo estudio.

Efecto adverso	Grupo estudio	
	n	%
Dolor	5	16.7
Aumento de volumen	2	6.7
Sangramiento	4	13.3
No efecto	19	63.3
Total	30	100

Por otra parte en la **Tabla 3** se exponen los efectos adversos a la siembra de catgut en el grupo estudio. Las valoraciones realizadas a propósito de la misma muestran un predominio de los pacientes que no presentaron ninguna reacción negativa (63.3%). El dolor fue el efecto adverso que más se presentó, pues 16.7% de los pacientes lo refiere. Desde este punto de vista el tratamiento impuesto al grupo estudio resultó evidentemente favorable, pues resultó ser lo bastante inocuo para no desechar su aplicación.

Estos resultados coincidieron con el estudio que se realizó en el Hospital Arnaldo Milian Castro³⁶, provincia Villa Clara, donde los efectos adversos que más se presentaron fue el dolor en un 9.1% y no efecto el 86.4%.

En la literatura revisada a propósito de la investigación no se encontraron datos referentes a los efectos adversos de la técnica acupuntural empleada en este trabajo. Sin embargo, algunos investigadores coinciden en afirmar que el uso de la terapia convencional provoca efectos adversos importantes sobre el paciente. Dentro de los principales se enumera el efecto de rebote y las infecciones sobreañadidas.¹⁸

Tabla 4

Respuesta terapéutica a los tratamientos impuestos en ambos grupos.

Respuesta terapéutica	Grupo estudio		Grupo control	
	n	%	n	%
Favorable	21	70.0	12	40.0
No favorable	9	30.0	18	60.0
Total	30	100	30	100

La **Tabla 4** culmina el análisis y discusión de los resultados, la cual recoge la información relacionada con la respuesta terapéutica a los distintos tratamientos impuestos en ambos grupos. Dentro de los pacientes incluidos en el grupo estudio, el 70.0% tuvo una respuesta favorable y sólo el 30.0% no favorable. Al comparar estos resultados en el grupo control predominó la respuesta no favorable, pues el 60.0% quedó ubicado en estas casillas.

Los resultados de esta tabla, permiten expresar que la siembra de catgut resultó favorable para los pacientes sometidos a tal proceder dentro del marco investigativo, al compararla con la terapia convencional. Lo que concuerda con otros estudios que datan de 1963 donde se logró una curación de 25 % y una mejoría más o menos manifiesta: 38,5 % de 300 pacientes que recibieron histoterapia; pero existen trabajos previos sobre el uso de un derivado de la placenta humana, que ha reportado buenos resultados cuando se emplea durante largo tiempo, según ha dado a conocer Miyares Cao en Santiago de Cuba, al obtener que sanará el 78 % de 100 afectados por esta enfermedad.³⁷

“Si bien la acupuntura es muy beneficiosa para tratar esta dermatopatía, al contrastar ambos procedimientos se comprobó que el grupo tratado con siembra de cat-gut evolucionó más rápidamente, pues en la cuarta evaluación, por ejemplo, más de la mitad de los pacientes presentaron mejoría de las lesiones; logro atribuible al hecho de que la siembra estimula continuamente y de forma mantenida los puntos durante los 21 días que dura la reabsorción del hilo.”¹⁶

Otro importante grupo de autores obtuvo resultados similares en el tratamiento de la psoriasis con métodos alternativos, donde se incluyó entre otros, la siembra de catgut.^{11, 16, 26,29}



CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:

- La respuesta terapéutica de la siembra de catgut en pacientes con psoriasis en brote fue favorable.
- Se produjeron diferencias en la evolución clínica de los pacientes pertenecientes a uno y otro grupo, a favor de los enfermos sometidos a la siembra de catgut.
- El prurito se hizo menos frecuente después de aplicar la siembra de catgut en las lesiones.
- El dolor, referido por una minoría de pacientes incluidos en el grupo estudio, fue el efecto adverso que más se presentó.



RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES:

- Se recomienda extender el uso de la medicina tradicional y natural, especialmente la siembra de catgut, en pacientes con psoriasis y estimular el desarrollo de investigaciones centradas en terapias alternativas, a fin de contribuir a la búsqueda de soluciones novedosas para el tratamiento de la psoriasis y otras afecciones dermatológicas frecuentes en el medio.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Larrondo Muquercia RJ, Larrondo Lamadrid RJ, González Angulo AR, Hernández García LM. Formulario dermatológico básico para el médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] 1997 [citado 3 Ene 2007]; 13 (5): 422 - 8 [aprox. 7 p]. Disponible en: <http://www.ecimed@infomed.sld.cu>
- 2.- Fernández Baquero G. Breve reseña de la Embriología, Anatomía y la Histología de la piel con aplicación de la Clínica Dermatológica. La Habana: Ed. Científico-Médica; 1971.
3. - Dudley W. The psychological impact of warts on patients lives. Prof-Nurse. 2005; 11(2):99-100.
4. - Gupta M. Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. J Dermatol.. 2005; 34(10):17-9.
5. - Stern R. Epidemiology of Cutaneous Diseases. Dermatology in General Medicine. Ed. Mc. Growhiel Book Company; 2006: 6-10.
6. - Hay RJ. The use of sentinela sites to asses. Research and Training Priorities in Community Dermatology. Br J Dermatol. 2008; (Supp 42):69-70.
7. - Ibraginov Sh I. The Structure of the skin pathology. En: Middle and elderly subjects. t. 2. Veston Dermatol Venerde; 2003:37- 40.
- 8.- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Consulta externa según especialidades [Internet]. Datos estadísticos. Informe Anual, 2001 actualizado 20 Mar 2002; citado 21 Abr 2007]. Disponible en: <http://www.ecimed@infomed.sld.cu>
- 9.- Patogenia de la Psoriasis a la luz de los conocimientos actuales. Rev Cubana Med. [Internet]. 2001 [citado 14 Ago 2010]; 40(2): [aproximadamente 4 p.]. . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312005000100002&script=sci_arttext
- 10.- Vivirmejor. Psoriasis: Alteración de la piel. [Internet]. 2008 [actualizado 5 Abr 2007; citado 29 Abr 2010]. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.vivirmejor.es/en>

- 11.- Centro de Histoterapia Placentaria. Tratamiento de la Psoriasis [Internet]. 2007 [actualizado 23 Ago 2007; citado 29 Abr 2010]. Disponible en: <http://www.sld.cu/instituciones/placenta/histoterapia.html>
- 12.- Nationalfoundation [Internet]. 2008 [actualizado 2008; citado 21 Mar 2008]. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitación-fis/phhototerapy.pdf>
- 13.- Psoriasis [Internet]. PAC Dermatología. 2005 [actualizado 29 Nov 2005; citado 21 Abr 2007]. Disponible en: <http://www.drscope.com/privados/pac/generales/dermatologia/index.html>
- 14.- Wikipedia [Internet]. 2010 [actualizado 2 Ago 2010; citado 3 Sep 2010]. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.wikipediafoundation.org>
- 15.- Fundación Nacional de Psoriasis. Psoriasis [Internet] 2003 [actualizado 13 Dic 2003; citado 18 Abr 2005]. Disponible en: <http://www.psoriasis.org/home/>
- 16.- Jacas García C, Bolívar Hernández D, Caballero Orduño A. Tratamiento de la psoriasis con dos técnicas acupunturales. Rev Medisan [Internet] 2004 [citado 14 Ago 2010]; 8(4): 9 - 14 [aproximadamente 4 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san02404.htm
- 17.- Ferrándiz Foraster C. Dermatología en Medicina Interna: Psoriasis. En: Medicina Interna. Farrera- Rozman. Edición en CD-ROM. 13 ed. 2000. p. 1311.
- 18.- Menter A, Gottlieb A, Feldman SR, Voorhees ASV, Leonardi CL, Gordon KB, et al. Guidelines for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. J Am Acad Dermatol. 2008; 5: 826 - 50.
- 19.- American Academy of Family Physicians [Internet]. 2010 [actualizado 2 Ago 2010; citado 3 Sep 2010].; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.familydoctor.org>
- 20.- García López O, Miranda Díaz B. Empleo de la Medicina Tradicional y Natural en el tratamiento de la psoriasis. Rev Méd Electrón [Internet] 2009 [citado 11 Ene 2007]; 31(3). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol3%202009/tema07.htm>

- 21.- Fitzpatrick JB. Psoriasis and ichthyosiform dermatoses. En: Color atlas and Sinopsis of Clinical Dermatology. 4ta ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S. A; 2006: 207- 26.
- 22.- Emilio R. Diccionario de especialidades farmacéuticas. México, DF: Ediciones PML; 1995: 678 - 9.
- 23.- Jayasuriya A. Acupuntura clínica. Sri Lanka: Chandrakanthu Press; 1987.
- 24.-Vollmer C. Acupuntura [Internet] 2004 [citado 29 Abr 2010]. Disponible en: <http://www.latinsalud.com/articulos>
- 25.- Acosta B, Mulet A. Digitopuntura. Holguín: Editorial Holguín; 1994: 7-87.
- 26.- Álvarez Díaz TA. Medicina Tradicional Asiática. La Habana: Editorial Capitán San Luís; 1992.
- 27.- Pagola V. Introducción y características de la AQA. En: Anestesia quirúrgica acupuntural. México: Herbal; 2007.
- 28.- Fan Zhaojin. Observation on 105 cases of duodenal bulbar ulcer treated by combined therapy of catgut. Embeding and chinese drugs. Tradicional Chinese Med; 2001: 21 – 111.
- 29.- Rodríguez Domínguez I, Santana Gutierrez O, Recio Lòpez O, Fuentes Narano M. Beneficios del Aloe Vera (sábila) en las afecciones de piel. Rev Cubana Enfermer [Internet] 2006 [citado 21 Ago 2009]; 22(3): 122 - 34 [aprox. 4 p.]. . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312005000100002&script=sci_arttext
- 30.- Díaz Floirán ME, Berdión Martínez B. Siembra de catgut en puntos acupunturales como tratamiento del fibroma uterino sintomático. Rev Cubana Obstet Ginecol “2008; 26: 5 – 9.
- 31.- Psoriasis [Internet] 2010 [citado 3 de enero de 2011]. [aprox. 11 pantallas]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/w/index.php>
- 32.- Manssur Katrib J, Díaz Almeida JG, Cortes Hernández M. Dermatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002
- 33.- Pagola Bérrer V, Herrera Rodríguez M E. La analgesia postoperatoria mediante implantación prequirúrgica de hilos de sutura absorbibles. Medicentro [Internet]. 2011 [citado 22 de septiembre del 2011]; 15(1):

[aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu>

34.- Viqueira Fuentefría A M. Actualización terapéutica en Psoriasis. Tratamiento tópico, tópico con radiación y sistémico. Primera parte [Internet] 2007 [aprox. 6 p]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/fdc/vol1_01_07/fdc06107.htm

35.- Viqueira Fuentefría A M. Actualización terapéutica en Psoriasis. Tratamientos experimentales y alternativos. Estrategias de tratamientos. Segunda Parte [Internet] 2007 [aprox. 6 p]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/fdc/Vol1_02_07/fdc04207.htm

36.- Teruel Yera M. Respuesta terapéutica de la siembra de catgut en pacientes con psoriasis [tesis]. Villa Clara: Hospital Arnaldo Milian; 2010.

37.- Alfonso Trujillo I, Díaz García MA, Torres Gemeil O, Torres Barbosa F, Falcón Lincheta L, Pérez Hernández M. Psoriasis vulgar. Estudio descriptivo de 200 pacientes. Rev Cubana Med [Internet] 2009 [citado 14 Ago 2010]; 41(1): 12 – 5 aprox.4 p.].

Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol41_1_02/med04102.htm



ANEXOS

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO “BELKIS SOTOMAYOR ÁLVAREZ”

CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: SIEMBRA DE CATGUT EN PACIENTES CON PSORIASIS DEL ÁREA SUR DE CIEGO DE ÁVILA.

ANEXO 1

CARACTERÍSTICAS DE CADA TRATAMIENTO

Grupo estudio.

En el grupo de estudio se implantó el catgut cromado 2-0 en los puntos **Du 14 (Dazhui), Intestino grueso 11 (Quchi), E 36 (Zusanli)**, con estrictas normas de asepsia y antisepsia, previa esterilización mecánica y física del instrumental y lavado de las manos del terapeuta. Se asepsizó la piel con torunda de algodón y alcohol al 75⁰. El catgut se cortó en fragmentos de 1 cm., fue tomado con una pinza estéril de un frasco de alcohol al 90⁰ donde es conservado y se introdujo de forma rápida a través de una punta de trócar de punción lumbar 20-G, adecuadamente modificado del cual se retiró parcialmente el mandril previa aplicación de 1ml de anestésico local (lidocaína al 1%) en los puntos referidos, quedando de esta manera depositado el hilo en el espesor del tejido subcutáneo.

Los pacientes fueron citados cada 21 días para la secuencia de aplicación del tratamiento hasta completar seis sesiones.

Grupo comparación.

Se le realiza tratamiento con fármacos disponibles en la red de farmacias nacionales, de acuerdo con lo establecido en los diferentes esquemas de tratamiento.

Se utilizaron antihistamínicos como:

- Difenhidramnina clorhidrato, tabletas de 25 miligramos (mg), con una dosis usual de 25 a 50 mg cada 6 u 8 horas, sin exceder los 300 mg en un día.
- Dexclorfeniramina (clorfenamina maleato), tabletas de 2 mg, con una dosis usual de 4 mg cada 4 ó 6 horas, y un máximo de 6 mg al día.

- Ciproheptadina clorhidrato, tabletas de 4 mg, en dosis de 4 mg cada 6 u 8 horas, sin sobrepasar los 32 mg al día.

- La benzodiacepina utilizada fue el clordiazepóxido, tabletas de 10 mg, en dosis de 10 mg tres veces al día. La dosis máxima osciló entre 60 y 100 mg.

El tratamiento tópico se estableció con el uso de cremas esteroideas, dentro de estas las disponibles fueron:

- Hidrocortisona, crema al 0.1%/25 gramos, en dosis de finas capas sobre la piel afectada dos veces al día.

- Triamcinolona acetónido, crema al 0,1 % /25 gramos, en dosis de finas capas sobre la piel afectada dos veces al día.

- Clobetasol propionato, crema al 0,05 % /25 gramos, ungüento 25 gramos, dos veces al día durante 21 días, con una dosis máxima de hasta 50 gramos semanales.

ANEXO 2

HISTORIA CLÍNICA DERMATOLÓGICA

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____
(Nombres y apellidos del paciente)

recibí respuestas satisfactorias a todas las preguntas que realicé a propósito del estudio titulado "Respuesta terapéutica de la siembra de catgut en pacientes con psoriasis en brote: Policlínica "Belkis Sotomayor Álvarez" del municipio de Ciego de Ávila, lo que me proporcionó información suficiente.

Comprendo que mi participación en el estudio es ventajosa y voluntaria.

Entiendo que puedo retirarme del estudio: cuando lo desee, sin tener que dar explicaciones y, sin que afecte mi relación con el médico.

Todo ello ha sido fruto del contacto con la licenciada:

(Nombres y apellidos del investigador)

La cual me ha explicado que los resultados son confidenciales, sin que se revele nunca mi nombre y, que los datos solo se utilizarán para esta investigación.

Por todo lo planteado anteriormente y para expresar libremente mi conformidad de participación, firmo este documento:

Firma del paciente: _____. Fecha: _____ (día, mes, año).

Firma del investigador: _____. Fecha: _____ (día, mes, año).

Firma del testigo: _____. Fecha: _____ (día, mes, año).

ANEXO 4

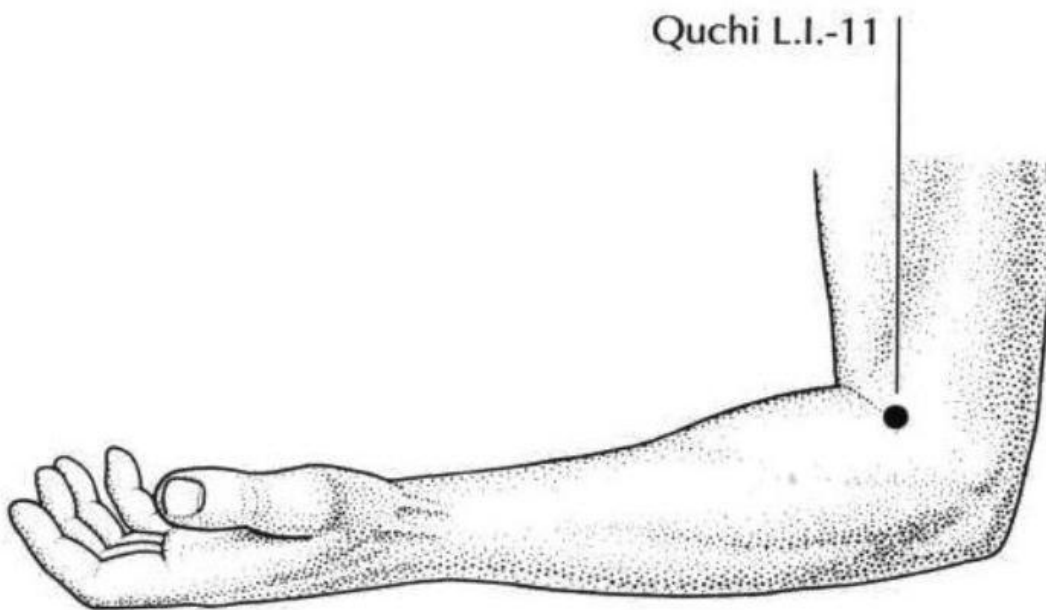
GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

- Datos generales del paciente.
- Antecedentes patológicos personales y familiares.
- Caracterización clínica de la psoriasis.
- Tratamiento de la enfermedad.
- Información sobre la enfermedad y relativas al estudio.

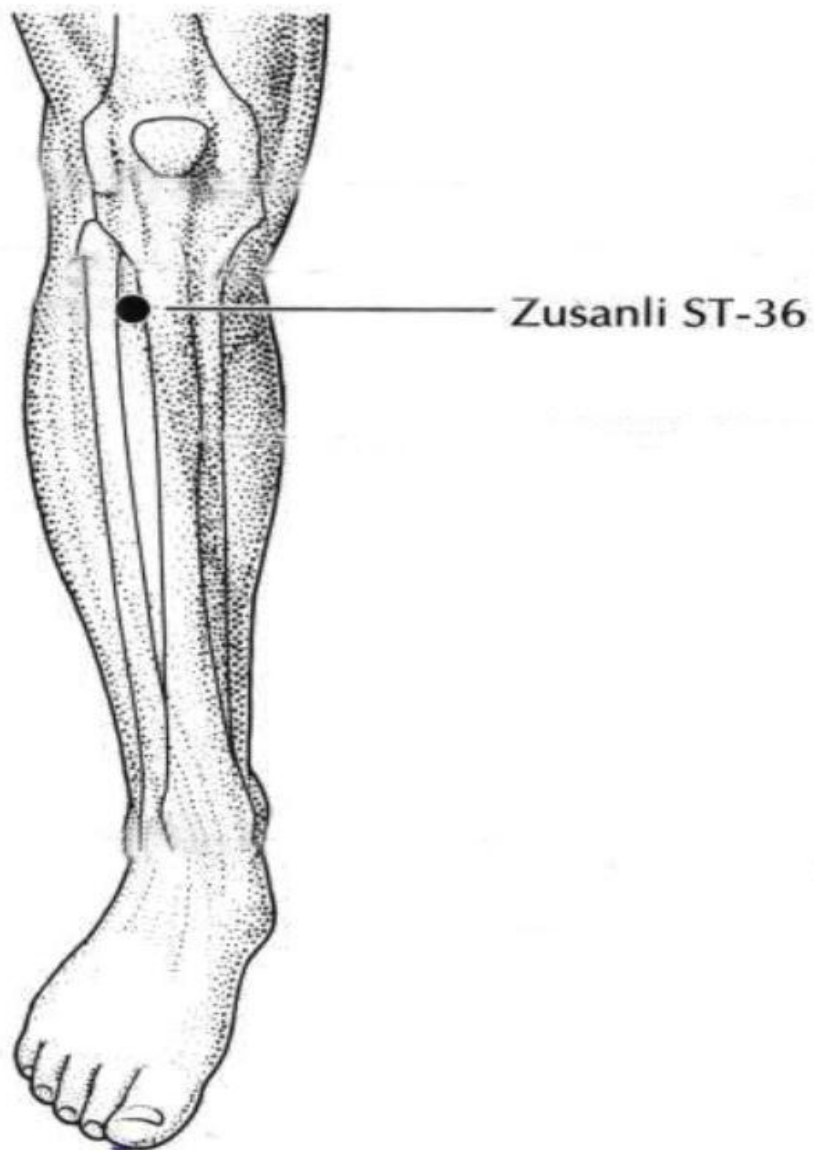
ANEXO 5

PUNTOS ACUPUNTURALES UTILIZADOS EN LA TÉCNICA

QUCHI L.I.-11

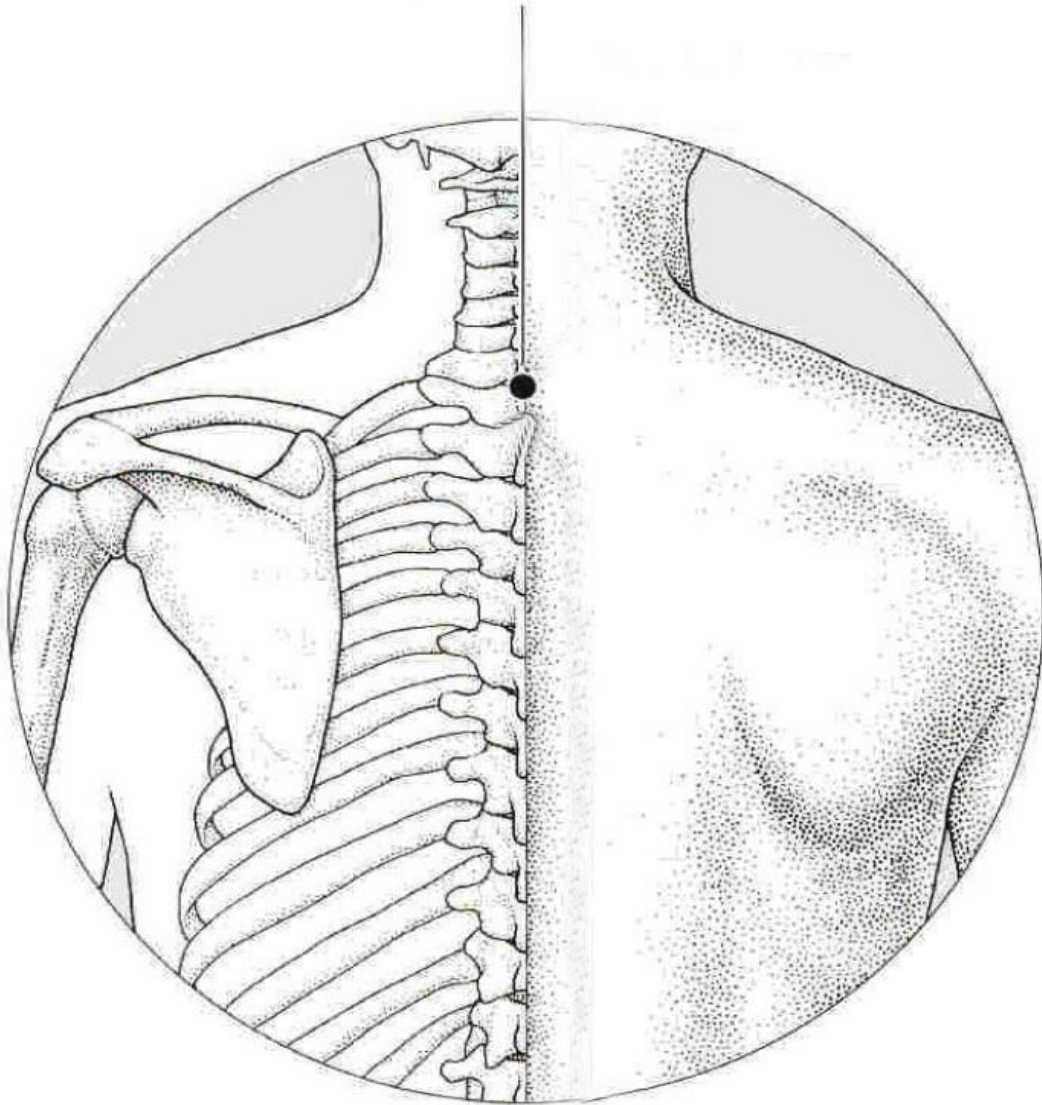


ZUSANLI ST-36 (CARD 1)



DAZHUI DU-14

Dazhui DU-14



IMPLANTACIÓN DE LA SIEMBRA DE CATGUT CROMADO

