

# Eficiencia de la microacupuntura de la mano en 90 pacientes afectados de sacrolumbalgia

Marlen de la Torre Rosés  
Médico. Máster en Medicina Natural y Tradicional

**Key words:** Microacupuncture. Yaotongxue points (Lumbago point) criteria. Duration. Evolution. Cost. Efficiency.

**Abstract:** It was done an open, under control and-sequential, early phase II clinical trial with 90 diagnostic patients having acute painful involving the lumbar region in the orthopedic consulting office at the Inter-provincial Military Hospital "Octavio de la Concepción y la Pedraja" in Camagüey, from May up to August 1997, with the aim to determine the efficiency of the hand microsystem as a treatment of choice. It was verified the effectiveness of this therapeutics, starting from the third day of the treatment which reached its highest expression on the fifth day. Most of the patients (98,89%) were classified as non-symptomatic by the end of the treatment. So as in a comparative form with the corporal acupuncture treatment and the medicinal one, the hand microsystem represents a lower cost and a higher benefit: short duration and rapid social reincorporation. Complications are not reported.

**Palabras Clave:** Microacupuntura. Puntos Yaotongxue. Criterios. Duración. Evolución. Costo. Eficacia.

**Resumen:** Se realizó un ensayo clínico de Fase II temprana, abierto, controlado, no secuencial en 90 pacientes diagnosticados de sacrolumbalgia aguda en la consulta externa de Ortopedia del Hospital Militar Interprovincial Quirúrgico "Octavio de la Concepción y La Pedraja" de Camagüey, desde mayo hasta agosto de 1997, con el objetivo de determinar la eficacia del microsistema de mano como tratamiento de elección.

Se comprueba la efectividad de esta terapéutica a partir del tercer día de tratamiento alcanzando su máxima expresión al quinto día. La mayoría de los pacientes (98,89 %) son clasificados como asintomáticos al concluir el tratamiento. De forma comparativa con el tratamiento acupuntural corporal y el medicamentoso, el microsistema de mano representa un menor costo y mayor beneficio: corta duración, reincorporación social rápida. No se reportan complicaciones.

## Introducción

El síndrome doloroso lumbar (lumbago, lumbalgia, sacrolumbalgia o síndrome lumbálgico) constituye un cuadro de alta frecuencia y por tanto uno de los principales motivos de ausentismo laboral.

Las causas de esta dolencia son múltiples y dentro de ellas las más frecuentes son precisamente las mecánicas y las de causa degenerativa<sup>1-11</sup>, dentro de las distintas modalidades de tratamiento, encontramos que muchas de ellas son de eficacia relativa en el control de las molestias<sup>12-13</sup>. Todo esto contribuye a hacer del síndrome doloroso lumbar un problema complejo que obliga al médico a enfrentarlo con una visión

amplia e integral e incita a viajar por diferentes técnicas terapéuticas con la finalidad de aumentar la independencia de los pacientes en las actividades de la vida diaria, eliminar o disminuir considerablemente la necesidad de medicamentos y mejorar tanto su disposición como su capacidad para el trabajo<sup>14-23</sup>.

En las últimas décadas, la acupuntura se ha abierto paso en muchos países, no sólo como un auxiliar de la anestesia sino también como terapéutica en ciertas enfermedades resistentes a los esquemas convencionales de tratamiento; ésta resulta en manos expertas, sencilla, efectiva, económica, libre de efectos secundarios importantes, siendo sus principales indicaciones aquellas afecciones

en las que el dolor es el síntoma fundamental.

Por esto, se sustentan los criterios que al poner las agujas podemos encontrar seis efectos diferentes: analgesia, sedación, homeostasis, acción inmunodefensiva, psicológica y de recuperación motora<sup>26</sup>.

El logro de estas acciones depende de la correcta localización de los puntos acupunturales; éstos se caracterizan por ser biológicamente activos, presentar una disminución de la resistencia eléctrica y por lo tanto un aumento del potencial constituyendo puntos de elevada conductividad<sup>27</sup>.

Se encuentran generalmente en depresiones de la piel que poseen apenas la superfi-

Correspondencia:  
Avenida de la Libertad 261,  
Edif. A, Apto. 6  
Camagüey (Cuba)

cie de una cabeza de alfiler. Solamente actuando en ese sitio exacto se pueden obtener resultados completos y duraderos: a medida que el acupuntor se aleja de su centro, el efecto disminuye<sup>28</sup>.

Estos puntos se encuentran enlazados entre sí por vías, pasajes a canales invisibles (puesto que no corresponden en modo alguno al trayecto anatómico de los nervios a vasos sanguíneos) llamados meridianos a través de los cuales circula energía sin interrupción<sup>29</sup>.

Al respecto el Dr. Tomás Armando Álvarez Díaz se cuestiona ¿podría considerarse que los meridianos están dados por fenómenos funcionales?<sup>30</sup>.

La Dra. Leonor Barranco<sup>31-32</sup> aborda el tratamiento de la sacrolumbalgia en dependencia de su clasificación etiológica tradicional, citando tres causas fundamentales: invasión de viento, frío y humedad patógenos en canales y colaterales, deficiencia (Xu) de energía (Qi) de riñón y estancamiento de energía (Qi) y sangre (Xue) en la región lumbar por esguince a contusión, refiriendo que a partir del segundo día de tratamiento el 100% de los pacientes comienzan a presentar alivio del dolor y ya en el quinto día observa que el 67,7% de éstos, no presentan impotencia funcional obteniendo resultados cualitativamente superiores a otros autores que no tienen presente el diagnóstico tradicional en el tratamiento de la sacrolumbalgia.

A su vez existen otros terapeutas que sugieren en el tratamiento de esta afección la combinación de la acupuntura corporal y auricular o la aplicación de otros microsistemas<sup>33-38</sup>.

En la década del 70 estos descubrimientos fueron recogidos por Ralph Alan Dale<sup>39-40</sup> ilustrando los hologramas de microacupuntura del oído, pie, mano, abdomen, espalda, brazo, pierna, cuello, cabeza, pericráneo, rostro, nariz, iris, lengua y muñeca.

Posteriormente añadió otros microsistemas: la línea temporal esfenoidal, línea de gravedad de la cabeza, la anatomía de las áreas de impresión de la memoria y los dientes.

Este mismo autor en su libro III establece sus "Principios de micro-acupuntura": plantea que en cada parte del cuerpo existe un sistema de microacupuntura, constituyendo cada uno una réplica holográfica de nuestra anatomía, estando íntimamente unidos con el macrosistema a sistema tradicional de acupuntura.

Todos los micropuntos al igual que los macro son patrones bidireccionales: ambos son reflejos órgano-cutáneos y viceversa, estando caracterizados por una relativa y baja impedancia eléctrica siendo expresión de microcanales. Recomienda que en la práctica terapéutica la acupuntura puede ser integrada con el microsistema en cuatro formas: simultáneamente, sucesivamente, alternadamente y alternativamente<sup>39</sup>.

Corroborando estos criterios J. Bossy<sup>41</sup> refiere la existencia de escasos estudios dedicados a los microsistemas y en particular acerca del microsistema de mano (Manopuntura) hace referencia a los sistemas (Cartografías) americana y china.

Al efecto Fermín Cabal<sup>42</sup> en su ABC de la acupuntura establece que la Manopuntura es efectiva para el tratamiento de enfermedades, especialmente de casos agudos; en los casos crónicos es preciso una combinación de puntos del cuerpo y la mano.

Puntualiza que la inserción de la aguja debe hacerse en el lado opuesto de la enfermedad.

En nuestro país, de los microsistemas se aplica frecuentemente la terapia auricular, del resto de los microsistemas solamente se recoge el empleo de una combinación del microsistema de tobillo 5 y 6 con los puntos V25, V40 y Extra 21 en el tratamiento de

la sacrolumbalgia aguda por los Dres. Rafael Sardiñas, Julio Ávila, *et al.*<sup>37</sup> resaltando este sistema de tratamiento como más útil con una semana como promedio con aplicación para alcanzar el estado asintomático.

Es curioso pensar que a pesar de las facilidades terapéuticas que nos brindan los microsistemas como terapia de elección en los dolores agudos y en particular la manopuntura por la ventaja que proporciona en la pronta movilización y recuperación del paciente<sup>38,41-42</sup>. En nuestro medio no se reporta el tratamiento de la sacrolumbalgia aguda por el microsistema de mano, por la que se desconoce la eficacia de este tratamiento acupuntural; si le añadimos lo carismático, poco abordado y novedoso de este tratamiento reportado en la literatura consultada, justifica que el presente trabajo se dirija en este sentido, con el objetivo de: determinar la eficacia del microsistema de mano en el tratamiento de la sacrolumbalgia aguda.

## Material y método

Se realizó un ensayo clínico fase II temprana, abierto, controlado, no secuencial, en 90 pacientes<sup>43</sup> de la provincia de Camagüey que acudieron a consulta externa de Ortopedia del Hospital Militar Interprovincial Docente Clínico Quirúrgico "Octavio de la Concepción y la Pedraja", desde mayo hasta agosto de 1997 por ser portadores del síndrome sacrolumbalgia aguda y que cumplieran los criterios de diagnóstico, inclusión y exclusión establecidos para este trabajo (ver Control Semántico y Situación Operacional).

Los sujetos seleccionados (n=90) fueron informados sobre las razones y las características del ensayo de forma verbal y escrita para obtener su aprobación. Se remitieron a la consulta de Medicina Natural y Tradicional donde se aplicó el tratamiento acupuntural en los puntos de sacrolumbalgia según Microsistema de Mano

(YAOTONGXUE)<sup>44</sup> en la mano previamente seleccionada al realizar el diagnóstico.

Se evalúa la eficacia de la terapéutica según la evolución del paciente en los días primero, tercero y quinto del tratamiento basado en los criterios establecidos para el diagnóstico valorándose al alta según los criterios de igual, mejorado, empeorado y asintomático (ver Situación Operacional). Se calcularon los gastos y se analizó el costo/beneficio del tratamiento aplicado comparándose con otros tipos de terapéuticas.

Estos datos se depositaron en una ficha confeccionada según criterio de expertos y contentivas de las variables objeto de estudio, constituyendo nuestro registro primario de datos, procesándose en una microcomputadora IBM compatible mediante el paquete de programas estadísticos MICROSTAT, utilizando el método de la estadística descriptiva, tablas de contingencias. Los resultados se plasmaron en cuadros y gráficos confeccionados al efecto.

### Control Semántico

#### Criterios de diagnóstico

- Dolor en la columna lumbosacra sin irradiación en el trayecto del nervio ciático<sup>7-9,32</sup>.
- Espasmo y contractura lumbar y paralumbar<sup>8,33</sup>.
- Maniobras de Neri, Lasague y Bragard positivas<sup>4</sup>.

### Técnica

El terapeuta procederá al lavado de sus manos con agua y jabón y posteriormente realizará antisepsis de la piel de la mano seleccionada para el tratamiento con algodón humedecido en alcohol al 70%.

Se procede a la localización de los puntos YAOTONGXUE en el dorso de la mano, a nivel de la depresión proximal entre la base de los metacarpianos segundo y tercero y entre el cuarto y quinto, el primero en la parte radial y el

segundo en la parte lunar del tendón del músculo extensor común de los dedos<sup>44</sup>.

Se efectúa puntura oblicua, con agujas filiformes de acero inoxidable con una longitud de un cun, previamente esterilizados a una profundidad de 0,5-1 cm; después de aparecer la sensación acupuntural, "de-qi" (pesantez, dolor a cosquilleo a veces corriente eléctrica que indica la correcta localización del punto) se realiza la manipulación de las agujas por el método del rascado del mango (en dispersión) durante un minuto aproximadamente en cada punto, volviendo a estimularse la misma y a realizar las maniobras a los 5, 10, 15 y 20 minutos de iniciado el tratamiento<sup>45</sup>.

#### Situación Operacional

#### Criterios de inclusión

Edad superior a 15 años que cumplan con los criterios diagnósticos mencionados.

#### Criterios de exclusión

- Embarazadas.
- No acepte voluntariamente participar en la investigación.
- El paciente esté tomando algún medicamento a recibiendo estímulos eléctricos.
- Pacientes caquéticos.
- Paciente portador de cualquier enfermedad que pueda dar como afectación secundaria, sacrolumbalgia.
- Sea portador de enfermedad crónica descompensada o neoplasias.

#### Criterios de salida del ensayo después de la inclusión

- Paciente que solicite salida voluntaria del ensayo.
- Reacción adversa severa.
- Fracaso terapéutico (una vez terminada la quinta sesión el paciente no presente mejoría evidente).

#### Criterios de evolución para evaluar la eficacia del tratamiento (asintomático, mejorando, igual y empeorando)

##### Asintomático

- Ausencia de dolor
- Maniobras de Neri, Lasague y Bragard negativas (amplitud hasta un 100%, ángulo de 90°)
- No impotencia funcional.

##### Mejorando

- Disminución de la intensidad del dolor.
- Maniobras de Neri, Lasague y Bragard con modificaciones en la amplitud de las mismas hasta un 80% (ángulo de 60°).
- No impotencia funcional.

##### Igual

- Se mantiene la intensidad del dolor.
- Maniobras de Neri, Lasague y Bragard positivas (dolorosas en un ángulo de 45°)
- Impotencia funcional.

##### Empeorando

- El paciente refiere que la intensidad del dolor ha aumentado.
- Maniobras de Neri; Lasague y Bragard positivas (dolorosas en un ángulo menor de 45°).
- Impotencia funcional.

#### Clasificación de la eficacia del tratamiento

**Eficaz.** Cuando se evalúa de asintomático el paciente a la quinta sesión de tratamiento.

**Parcialmente Eficaz.** Cuando se evalúa de mejorado el paciente a la quinta sesión de tratamiento.

**Ineficaz.** Cuando se evalúa de igual o empeorado el paciente a la quinta sesión de tratamiento.

#### Resultados y discusión

En el estudio los pacientes con sacrolumbalgia se distribuyeron por edad y sexo (Tabla 1) predominando el sexo masculino con 49 pacientes (54,36%). En la relación edad-sexo los masculinos presentaron el mayor número de casos en edades más tempranas (entre 31-41 años) con 16 casos (17,71%)<sup>1,46-48</sup>.

En la evolución clínica del dolor en forma secuencial, sintoma fundamental de la sacrolumbalgia (Tabla 2) el mayor número de pacientes se mantuvo igual con 52 casos para un 57,77% y 12 sujetos (13,33%) empeoraron en el primer día de tratamiento. Contradictoriamente a la Dra. Barranco<sup>32</sup> quien reporta mejoría de los pacientes en un 96,7% y 100% en el primero y segundo día de tratamiento.

Sin embargo en este trabajo la mayoría se constata al tercer día donde se evalúan de mejorados 66 casos equivalentes al 73,33% y 18 (20%) como asintomáticos.

Al quinto día se obtuvo una significativa mejoría ( $P < 0,05$ ) con 89 pacientes

Tabla 1. Pacientes con sacrolumbalgia aguda según edad y sexo Hospital Militar Clínico Quirúrgico "Octavio de la Concepción y la Pedraja", Camagüey, 1997

Sexo	Femenino		Masculino		Total		
	Edad (años)	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	20-30	5	5,55	8	8,88	13	14,44
	31-40	10	11,11	16	17,71	26	28,89
	41-50	19	21,11	11	12,22	30	33,33
	51-60	7	7,77	14	15,75	21	23,33
	<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>45,54</b>	<b>49</b>	<b>54,36</b>	<b>90</b>	<b>100,00</b>
Fuente: Ficha		P>0,05					

Al poner las agujas podemos encontrar seis efectos diferentes: analgesia, sedación, homeostasis, acción inmunodefensiva, psicológica y de recuperación

Tabla 2. Evolución secuencial del dolor

Evolución Clínica del dolor	1er. día		3er. día		5ª día	
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%
Igual	52	57,77	6	6,66	-	-
Mejorado	26	28,88	66	73,33	1	1,11
Empeorado	12	13,33	-	-	-	-
Asintomático	-	-	18	20	89	98,89
Total	90	100	90	100	90	100

Fuentes: Fichas P<0,05

Tabla 3. Evolución del Dolor e Impotencia funcional

Tratamiento (Días)	Dolor con Impotencia Funcional		Dolor sin Impotencia Funcional		Asintomáticos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1er. día	75	83,33	15	16,66	-	-
3er. día	20	22,22	52	57,77	18	20
5º día	-	-	1	1,11	89	98,89

Fuentes: Fichas

asintomáticos (98,89%) y uno mejorado (1,11%), resultados halagüeños si los comparamos con los obtenidas por Rafael Sardiñas, *et al.*<sup>37</sup> con el microsistema de tobillo al alcanzar el estado asintomático de los pacientes entre la primera y segunda semana de tratamiento.

Comparando estos resultados con los del tratamiento acupuntural corporal Padrón Martínez<sup>24</sup> reporta 75% de casos muy satisfactorios y un 90% de satisfactorios, por su parte la Dra. Barranco<sup>32</sup> en sus casos agudos sólo alcanza un 50% de desaparición del dolor término del quinto día de tratamiento demostrándose la eficacia del microsistema de mano respecto al resto de los tratamientos acupunturales.

En la evolución clínica del dolor y la impotencia funcional en pacientes con sacrolumbalgia aguda (Tabla 3) prevalecen al primer día de tratamiento los pacientes con dolor más impotencia funcional (75 casos para un 83,33%) coincidiendo con Campbell<sup>10</sup> al establecer que pueden presentarse todos los signos y síntomas al mismo tiempo o sólo uno de ellos.

Ya al tercer día disminuye

esta cantidad y predomina el dolor sin impotencia con 52 casos (57,77%), en este día aparecen los primeros pacientes asintomáticos (18 sujetos 20%) para llegar al quinto día a la cifra de 89 que representan el 98,89% del total de casos.

Las maniobras practicadas en los pacientes con sacrolumbalgia aguda en relación con el dolor y su evolución por días de tratamiento (Tabla 4) aparecen positivas y acompañadas de dolor en 77 casos (85,55%) al primer día, disminuyendo este número de pacientes al tercer día (42 casos para un 46,66%).

Y por tanto aumentan los que sufren dolor con maniobras negativas (30 casos, 33,33%). No obstante al quinto día se negativizaron en su totalidad y sólo un paciente refiere dolor aunque de menor intensidad que al inicio del tratamiento.

Georges Beau<sup>28</sup> y otros<sup>26,30,42</sup> plantean que el tratamiento acupuntural no es totalmente eficaz en aquellos pacientes con patología asociada que provoquen obstrucción mecánica del flujo energético. Esto justifica la evolución clínica

del paciente que no logra el estado asintomático al alta como se comprueba en todos los cuadros anteriores donde un paciente permanece con discreto dolor, la impotencia funcional desaparece y se negativizan las maniobras luego del tratamiento por Medicina Natural, se realiza estudio y se diagnostica como sacrolumbalgia aguda secundaria por hernia discal. No se excluye del trabajo por estar concluido al procesamiento de los datos primarios de esta investigación.

En la evolución clínica al alta por días de tratamiento el mayor número de pacientes es dado de alta al quinto día clasificados como asintomáticos con 72 casos para un 80% y sólo 1 (1,11%) como mejorado, mientras que al tercer día 18 casos (20%) aparecen de alta asintomáticos. Esto quiere decir que la eficacia del tratamiento se manifiesta a partir del tercer día y alcanza el pico máximo al quinto día.

Al respecto la Dra. Barranco<sup>32</sup> refiere una mejor respuesta de los pacientes al quinto, décimo y decimoquinto días de tratamiento obteniendo en los casos agudos un 90% de eficacia del

Ralph Alan Dale en la década de los 70 establece que en cada parte del cuerpo existe un sistema de microacupuntura constituyendo cada uno una réplica holográfica de nuestra anatomía

Tabla 4. Tratamiento de la sacrolumbalgia aguda; evolución clínica según dolor y maniobras

Tratamiento (Días)	Dolor con maniobras Positivas		Dolor sin maniobras Negativas		Asintomáticos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1er. día	77	85,55	13	14,44	-	-
3er. día	42	46,66	30	33,33	18	20
5º día	-	-	1	1,11	89	98,89

Fuentes: Fichas

Tabla 5. Costo/Beneficio del tratamiento

Medicina Tradicional Tto Acupuntural corporal (Según diagnóstico Microsistema de Tradicional	Medicina Holística Tratamiento Acupuntural		Tratamiento Medicamentoso	
Tiempo de duración	Mano- 15 días	-	5 días	7-15 días
Costo c/paciente	\$0,26	\$0,09	\$4,05	

Fuente: Protocolo de investigación

Los pacientes mejoraron sustancialmente de su dolor al quinto día del tratamiento

192

tratamiento acupuntural según diagnóstico tradicional, resultados comparativamente inferiores a los obtenidos en este estudio.

En la Tabla 5 se analiza el Costo/Beneficio en comparación con otros tratamientos (corporal y convencional). Se precisa el costo de 0,09 pesos por pacientes menor que el resto de los tratamientos, el beneficio consiste en la reducción en días y la eficacia del mismo ya que la mayoría de los pacientes (98,89%) se evalúan de asintomáticos y no se reportan complicaciones en los sujetos tratados con este método terapéutico.

## Conclusiones

La efectividad del Microsistema de Mano en el tratamiento de la sacrolumbalgia aguda se observa a partir del tercer día de tratamiento, alcanzando su máxima expresión al quinto día tanto para el dolor como síntoma primordial como para la combinación de éste con la impotencia funcional y la positividad de las maniobras. Se corrobora la eficacia de la Manopuntura en el tratamiento de la sacrolumbalgia

aguda dado que: la mayoría de los pacientes en su evolución clínica son clasificados como asintomáticos al concluir el tratamiento.

En forma secundaria y comparativa con el tratamiento acupuntura! corporal y el medicamentoso, el microsistema de mano representa un menor coste y mayor beneficio (corta duración, reincorporación social rápida y no se reportan complicaciones).

## Bibliografía

1. Llanio NR. Propedéutica clínica y fisiopatología. T1. La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 1983:139-41.
2. Eckardt Labbe R. Síndrome del dolor lumbar. Bol méd cobre 1988;1(2):14-9.
3. Carvajal Álvarez C, Rebollo P, Trucco Burrows M, Oyarzún PF. Síndrome de dolor lumbar y depresión. Rev chil neuropsiquiatr 1991;29(2): 114-8.
4. Álvarez S, Julio. El permanente desafío del síndrome de dolor lumbar. Rev méd cobre 1991;1(1):26-32.
5. Gasic BM. Dolor lumbar: fundamentos clínicos y terapéu-

ticos. Bol Hosp San Juan de Dios 1992;39(4):216-20.

6. González Roig JL, Portuondo Peña S, Molina García JR. Las corrientes interferenciales en el tratamiento del dolor lumbosacro crónico. Rev Cubana Ortop Traumatol 1992;6(1):54-60.

7. Martínez Paez J. Nociones de Ortopedia y Traumatología. T2. La Habana: Ed. ESPAXS, 1974;409-26.

8. Álvarez Cambra R. Ortopedia y Traumatología. Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento. La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 1990;221-3.

9. Álvarez Cambra R. Tratado de cirugía Ortopédica y Traumatología. T2. La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 1986;258-9.

10. Campbell. Cirugía ortopédica. T3. 6ª Ed. La Habana: Ed. Revolucionaria, 1981;2087.

11. Rigol RO, Pérez CF, Perea CJ, Fernández SJ, Fernández MJE. Tema de Medicina General Integral. T3. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 1985;286-8.

12. Zapata Martínez A; Verjell Rivera G; Gómez Naranjo J. Aspectos farmacológicos del tratamiento de la espalda dolorosa.

tamiento de la espalda dolorosa. Rev Cubana Med Gen Integral 1993;9(3):302-7.

13. Goodman Gilman A y otros. 8ª Ed. Las Bases Farmacológicas de la terapéutica, 1995;630-43.

14. Tejada Barreda M. Uso de esteroides intravenosos como tratamiento de la lumbociática aguda. Rev Max Ortop Traumatol 1995;9(1):24-7.

15. González Roig JL, Carmenatey Baglanz I, Martínez Sánchez H, Montoya Guibert E. Los ejercicios de Williams en el tratamiento del dolor lumbosacro. Rev Cubana Ortop Traumatol 1990;42:46-53.

16. Domínguez Barranco A. Resultados del tratamiento quirúrgico de la lumbociática de origen discal. Rev Mex Ortop Traumatol 1991;5(1):2-4.

17. Franco Castellanos R, Méndez Huerta JV, Oliva Ramírez S. Fibrosis posquirúrgica como causa de fracaso de la cirugía de la columna, diagnosticada mediante tomografía axial computada y contraste endovenoso: bajo porcentaje de reoperación. Rev Mex Ortop Traumatol 1992;6(6):223-4.

18. Valenzuela Ravest F. Lumbago y lumbociática: un enfoque clínico destinada al médico general. Bol Hosp San Juan de Dios 1991;38(3):155-61.

19. Carballo Valenzuela A. Aspectos generales del lumbago y la lumbociática. Bol Hosp San Juan de Dios 1990;37(2):83-93.

20. Arinoviche Schenker R. El dolor Lumbosacro. Rev Sanid Def Nac (Santiago de Chile) 1990;7(3): 179-87.

21. Romer Ventocilla P. Origen miofascial del dolor lumbar. Rev cuerpo méd 1990;13 (1):85-90.

22. Carmenatey Baglanz I, Montoya Guibert E. Acupuntura y dolor lumbosacro. Rev Cubana Ortop Traumatol 1991;5(2):93-102.

23. González Roig JL, Nodarse Fleites A, Almenares Montano S. La electroacupuntura en el tratamiento de la radiculitis lumbosacra: evaluación electrofisiológica de los resultados. Rev Cubana Ortop Traumatol 1993;7(1/2):76-80.

24. Padrón Martínez R, Suárez Martín R, González Martínez G, Pérez Carballás F. Acupuntura: su valor en el tratamiento de la sacrolumbalgia. Rev cubana med 1989;28(5):471-7.

25. González Roig JL, Martínez Sánchez H, López Trasobares EM; Carmenatey Baglanz I, Delgado Ramírez M. Estudio comparativo entre la acupuntura, el láser y la diatermia, en el tratamiento del dolor lumbosacro crónico. Rev Cubana Ortop Traumatol 1990;4(2):67-77.

26. Jayasuriya A. Acupuntura clínica. Sri Lanka: Ed Biblioteca Nueva, 199-:20-4.

27. Pérez Carballás F. Manual de Acupuntura. La Habana: Publicaciones del Departamento de Educación Continuada. Ministerio de Salud Pública, 1-8.

28. Beau Georges. Acupuntura. Barcelona: Ed. Martínez Roca, 1987;61-7.

29. The Burton Golberg Group. Alternative Medicine (The definitive guide). Puyallup (Washington). Ed. Future Medicine publishing, 1994;37-9.

30. Álvarez Díaz TA. Acupuntura. Medicina Tradicional Asiática. La Habana: Ed. Capitán San Luis, 1992;59-60:199.

31. Edward Lim Chai-hsi. Acupuntura Anestésica. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 1979:15-20.

32. Barranco Pedraza LM. Eficacia de tres métodos de tratamientos acupunturales de la sacrolumbalgia según diagnóstica etiológico tradicional. (Trabajo de Maestría en Medicina Natural y Tradicional). Hospital Militar Clínico Quirúrgico "Octavio de la Concepción y de la Pedraja". Camagüey, 1996.

33. Zheng Xingshan. Tratado de Acupuntura. Tratamiento de enfermedades. Vol IV. Ed. Alhambra, 1988;102-3.

34. Roustan C (Zhen-Jiu-Xue). Traité d'Acupuncture. TIII. Techniques et thérapeutique. Francia: Ed. Masson, 1984;9

35. Zhang Jun, Zheng Jing. Fundamentos de Acupuntura y Moxibustión de China. Beijing: Ed. en lenguas extranjeras, 1984:5-8:310.

36. Rigol ROA. Manual de Acupuntura y Digitopuntura para el médico de la familia. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 1992:3-4:119-22.

37. Sardiña Crespo R, Ávila López J, Luna Iturralde A, Herrera Peralta H. Acupuntura y Sacrolumbalgia. Rev Cubana Med Gen Integ 1993;9(3):291-6.

38. Alan Dale Ralph. Los Sistemas de La Micro-Acupuntura. Libro III. Surfside, Florida: Dialectic Press, 1976:10-18:38-41.

39. Alan Dale Ralph. Los Sistemas de la Micro-Acupuntura. Libro III. Surfside, Florida: Dialectic Press, 1977;2-4,

40. Omura Y. Accurate localization of organ representation areas on the feet & hands using the bidigital O-ring test resonance phenomenon: its clinical implication in diagnosis & treatment. Acupunct Electrother Res 1994;19(2-3):153-90.

41. Bossy J. Colección de Monografías de Reflexoterapia Aplicada. París: Ed. Masson, 1987:49-77.

42. Cabal MF. ABC de la Acupuntura. 2ª Ed. Madrid: Ed. Cabal, 1984;202-13.

43. FDA. General Considerations for the Clinical Evaluations of Drugs. U.S. Department of Health Education and Welfare Public Health Service Food and Drugs and Administration. Washington 1977.

44. Xinnong Cheng. Chinesse Acupuncture and Moxibustion. Beijing (China): Ed. Foreign Languages Press, 1987;240.

45. Borsarello JF. Dictionnaire de Médecine Chinoise Traditionnelle. Paris: Ed Masson, 1984;2-4.

46. Hernández RE, Aguilera A, Torrealba R. Yatrogenia en el tratamiento de las lumbalgias. Rev Cubana Ortop Traumatol 1987;2(2):51-7.

47. Debrunner HU. Diagnóstico Ortopédico. 2ª Ed. Barcelona: Ed. Toray, 1976;38.

48. Álvarez Cambra R. Tratado de Cirugía Ortopédica y Traumatología. T1. La Habana. Ed. Pueblo y Educación, 1986;60-1.