Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río
ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e7167

ARTICULO ORIGINAL

Accidente cerebrovascular isquémico agudo y craneopuntura

Acute ischemic stroke and cranial acupuncture

Acidente vascular cerebral isquêmico agudo e craniopuntura

Kenia Ramos-Padilla[1], Yaima Baños-Izquierdo[2], Ariel Efrain Delgado-Rodríguez[3], Marena de las Mercedes Rodríguez-Otero[4], Leydi Carla Lopez-Perugorría[5], Mariannis Domínguez-Portales[4]

[1]Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río, Cuba.
[2]Puesto Médico de Salud Territorial de Pinar del Río. Pinar del Río, Cuba.
[3]Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Pinar del Río, Cuba.
[4]Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. León Cuervo Rubio. Pinar del Río, Cuba.
[5]Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Policlínico Universitario Luis Augusto Turcios Limas. Pinar del Río, Cuba.

Citación: Ramos-Padilla K, Baños-zquierdo Y, Delgado-Rodríguez AE, Rodríguez-Otero MDLM, López-Perugorría LC, Domínguez-Portales M. Accidente cerebrovascular isquémico agudo y craneopuntura. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2026 [citado: fecha de acceso]; 30(2026): e7167. Disponible en: http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/7167

Recibido: 28 de febrero de 2026
Aceptado: 09 de agosto de 2026
Publicado: 20 de agosto de 2026

RESUMEN

Introducción: el accidente cerebrovascular isquémico agudo es el subtipo más común y constituye una grave amenaza para la salud pública y la calidad de vida.
Objetivo: evaluar la efectividad de la craneopuntura como tratamiento complementario en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico agudo.
Métodos: estudio cuasiexperimental, de tipo pre-post, sin grupo control, desarrollado en 63 pacientes con diagnóstico de accidente cerebrovascular isquémico agudo con alteraciones motoras (en miembros superiores y/o inferiores) y/o del lenguaje). Todos recibieron tratamiento convencional y craneopuntura en zona motora. Se aplicó los ítems modificados de la NIHSS (función motora de miembros superiores e inferiores y lenguaje) antes y después del tratamiento. Se empleó estadística descriptiva e inferencial.
Resultados: predominó el sexo masculino (69,8 %), grupo de edades igual o mayor a 71 años (41,2 %) y la deficiencia de yin de Riñón como diagnóstico tradicional (30,2 %). Después del tratamiento hubo mejoría estadísticamente significativa en las tres funciones evaluadas, en mayor medida y sentido decreciente en función motora de miembros superiores (42,9 %; p<0,001), inferiores (31,7 %; p<0,001) y lenguaje (12,7 %; p=0,005). La evolución clínica general fue favorable en el 46, 2 % de la muestra y ningún paciente empeoró.
Conclusiones: la craneopuntura fue efectiva y segura en el tratamiento de la función motora y el lenguaje de los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico agudo. El síndrome tradicional que prevaleció en los pacientes fue la deficiencia de yin de Riñón.

Palabras clave: Accidente Cerebrovascular; Acupuntura Craneal; Evolución Clínica; Resultado del Tratamiento.

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e7167

ABSTRACT

Introduction: acute ischemic stroke is the most common subtype and constitutes a serious threat to public health and quality of life.
Objective: to evaluate the effectiveness of craniopuncture as a complementary treatment in patients with acute ischemic stroke.
Methods: a quasi-experimental, pre-post study without a control group, conducted in 63 patients diagnosed with acute ischemic stroke with motor impairments (in upper and/or lower limbs) and/or language impairments. All received conventional treatment and craniopuncture in the motor area. Modified NIHSS items (motor function of upper and lower limbs and language) were applied before and after treatment. Descriptive and inferential statistics were used.
Results: male sex predominated (69,8 %), the age group ≥71 years (41,2 %), and Kidney yin deficiency as the traditional diagnosis (30,2 %). After treatment, there was statistically significant improvement in the three functions evaluated, to a greater extent and in decreasing order in upper-limb motor function (42,9 %; p<0,001), lower-limb motor function (31,7 %; p<0,001), and language (12,7 %; p=0,005). Overall clinical course was favorable in 46,2 % of the sample, and no patient worsened.
Conclusions: craniopuncture was effective and safe in treating motor function and language in patients with acute ischemic stroke. The traditional syndrome that prevailed in the patients was Kidney yin deficiency**.**

Keywords: Stroke; Scalp Acupuncture; Clinical Evolution; Treatment Outcome.

RESUMO

Introdução: o acidente vascular cerebral isquêmico agudo é o subtipo mais comum e constitui uma grave ameaça à saúde pública e à qualidade de vida.
Objetivo: avaliar a efetividade da craniopuntura como tratamento complementar em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico agudo.
Métodos: estudo quase-experimental, do tipo pré-pós, sem grupo controle, desenvolvido em 63 pacientes com diagnóstico de acidente vascular cerebral isquêmico agudo com alterações motoras (em membros superiores e/ou inferiores) e/ou da linguagem. Todos receberam tratamento convencional e craniopuntura na zona motora. Foram aplicados os itens modificados da NIHSS (função motora dos membros superiores e inferiores e linguagem) antes e após o tratamento. Utilizou-se estatística descritiva e inferencial.
Resultados: predominou o sexo masculino (69,8 %), a faixa etária igual ou superior a 71 anos (41,2 %) e a deficiência de yin do Rim como diagnóstico tradicional (30,2 %). Após o tratamento, houve melhora estatisticamente significativa nas três funções avaliadas, em maior medida e em ordem decrescente na função motora dos membros superiores (42,9 %; p<0,001), dos membros inferiores (31,7 %; p<0,001) e da linguagem (12,7 %; p=0,005). A evolução clínica geral foi favorável em 46,2 % da amostra, e nenhum paciente piorou.
Conclusões: a craniopuntura foi efetiva e segura no tratamento da função motora e da linguagem dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico agudo. A síndrome tradicional que prevaleceu nos pacientes foi a deficiência de yin do Rim.

Palavras-Chave: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL; CRANIOPUNTURA; RESULTADO DO TRATAMENTO; EVOLUÇÃO CLÍNICA.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cerebrovascular (ECV) isquémica aguda o ictus isquémico agudo, se caracteriza por una reducción repentina o la interrupción completa del flujo sanguíneo cerebral debido a una estenosis u oclusión aguda y grave de las arterias que irrigan el cerebro. Este evento isquémico provoca necrosis hipóxico-isquémica del tejido cerebral. El ictus isquémico agudo es el subtipo más común de ictus y representa aproximadamente entre el 60 % y el 80 % de todos los casos. Dadas sus altas tasas de incidencia, discapacidad y mortalidad, representa una grave amenaza para la salud pública y la calidad de vida. Además, supone una carga económica considerable para los pacientes afectados, sus familias y la sociedad en general.[1]

El riesgo actual de ictus isquémico a lo largo de la vida es del 25 %. Se producen más de 12 millones de nuevos ictus isquémicos al año y más de 100 millones de supervivientes en todo el mundo, con una sólida trayectoria ascendente dado el continuo envejecimiento de las sociedades, el crecimiento poblacional y la disminución de la mortalidad por ictus.[2]

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e7167

En Cuba, las ECV constituyen una de las enfermedades crónicas no trasmisibles más frecuentes y son una causa importante de discapacidad en adultos. Desde hace más de cuatro décadas se mantiene como la tercera causa de muerte y la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos (AVPP). En el año 2024 el anuario estadístico refleja la tercera posición nuevamente, con una tasa ajustada por edad por cada 100 000 habitantes de 46,1 en el país y 58,0 en Pinar del Río. En el caso de la tasa ajustada de AVPP según principales causas de muerte y sexo por 1 000 habitantes de 1 a 74 años la posición es la misma con un valor de 5,3.[3]

Aproximadamente el 60 % de los pacientes con ictus isquémico agudo experimentan deterioro motor y neurológico. Entre estos, la proporción de individuos con disfunción motora de las extremidades es la más alta. Esta disfunción limita las actividades diarias y afecta la calidad de vida individual, además de ser una de las principales causas de mortalidad post-ictus.[4]

La afasia, es otra de las complicaciones y secuelas comunes del ictus isquémico, se manifiesta principalmente como deterioro del lenguaje o de la comprensión del mismo. Aparece entre el 20 % y el 45 % de los pacientes con ictus, lo que afecta su capacidad para desenvolverse en la vida diaria y aumenta las emociones negativas, como la baja autoestima y la depresión, lo que dificulta la recuperación física.[5]

El tratamiento actual para el ictus agudo consiste en restablecer el flujo sanguíneo a la zona obstruida dentro de un período limitado mediante trombólisis intravenosa y trombólisis mecánica. Estas intervenciones buscan mejorar la supervivencia neuronal y reducir las tasas de discapacidad. Sin embargo, solo aproximadamente el 10 % de los pacientes con ictus isquémico agudo pueden ser tratados dentro de un corto período terapéutico, y la lesión por reperfusión limita su aplicabilidad clínica. Por lo tanto, encontrar estrategias preventivas y terapéuticas que puedan reducir el daño cerebral, proteger el tejido cerebral y mejorar la función neurológica después de un ictus sigue siendo un desafío clínico apremiante.[4]

La craneopuntura es una técnica de acupuntura moderna que integra los métodos de acupuntura de la Medicina Tradicional China (MTC) y la funcionalidad de las áreas del cerebro que implica la inserción de agujas en regiones específicas del cuero cabelludo (punto, área o zona) para abordar diversas afecciones médicas.[6] Funciona con base en la teoría de la neuroestimulación, dirigiéndose eficazmente a áreas específicas del cuero cabelludo para estimular regiones cerebrales y el sistema nervioso central, lo que la hace efectiva en afecciones neurológicas. Este mecanismo la posiciona como una opción terapéutica potencialmente valiosa en el tratamiento del ACV, particularmente cuando se abordan deficiencias y discapacidades neurológicas.[7]

Teniendo en cuenta la problemática anterior se realizó la investigación con el objetivo de evaluar la efectividad de la craneopuntura como tratamiento complementario en pacientes con ACV isquémico agudo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasiexperimental de tipo pre-post, sin grupo control, en muestra conformada por 63 pacientes seleccionados de manera intencionada que acudieron al Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río, Cuba y que cumplieron los criterios de selección establecidos.

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e7167

Criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos mayores de 18 años; voluntariedad (ellos o sus familiares) a participar en la investigación; diagnóstico de ACV isquémico agudo con alteraciones motoras (en miembros superiores y/o inferiores) y/o del lenguaje).

Criterios de exclusión: pacientes con alteraciones de la consciencia o deterioro cognitivo grave; pacientes con enfermedades crónicas no compensadas que contraindiquen la acupuntura; hipersensibilidad a la acupuntura.

Criterios de salida: revocación del consentimiento informado; abandono del tratamiento por cualquier causa.

A todos los pacientes se les confeccionó historia clínica tradicional con los datos necesarios para el estudio y para el diagnóstico tradicional por órganos Zang-Fu, según los cuatro métodos (observación, auscultación-olfacción, interrogatorio y palpación). Los pacientes recibieron tratamiento de medicina occidental convencional (antiagregantes plaquetarios, hipolipemiantes y estabilizadores de lípidos y antihipertensivos) y craneopuntura de Jiao Shunfa en el área motora (1/5 superior que corresponde al área motora de las extremidades inferiores y el tronco, 2/5 medios al área motora de las extremidades superiores y 2/5 inferiores al área motora de la cara y el lenguaje).[8]

Se colocaron agujas desechables de acero inoxidable (tamaño 0,25 mm × 40 mm), que se insertaron manualmente en un ángulo de aproximadamente 15 grados a una profundidad de 1,0–1,5 cm, al causar la sensación de deqi, las agujas se giraron a una frecuencia de 200 rotaciones por minuto cada 10 minutos durante 30 minutos, una vez al día 5 días a la semana durante tres ciclos.

Las variables analizadas fueron edad, sexo, diagnóstico sindrómico tradicional, función motora de miembros superiores (FMMS), función motora de miembros inferiores (FMMI), alteraciones del lenguaje y evolución clínica general, la cual se asumió en tres categorías según mejoría en la FMMS, FMMI y/o lenguaje: mala ninguna mejoría, regular mejoría en una de las variables clínicas que se evalúan y buena mejoría en dos o más variables.

Para la evaluación de la función motora de las extremidades y el lenguaje se utilizó la Escala de accidentes cerebrovasculares de los Institutos Nacionales de Salud (NIHSS). Con el fin de facilitar la interpretación clínica y el análisis estadístico, se modificó el sentido y rango de puntuación original, lo que permitió en todas los casos que un mayor puntaje indicara mejor función clínica (mejoría = incremento en la puntuación):

- FMMS: Se utilizó el ítem 5 (motor brazo) de la NIHSS. La puntuación original (0 = sin caída, 4 = sin movimiento) fue invertida y transformada a una escala ascendente de 1 a 5, donde 1 = No movimiento; 2 = Movimiento en plano horizontal; 3 = Esfuerzo contra gravedad; 4 = Caída en menos de 10 segundos; 5 = No caída del miembro.
- FMMI: Se utilizó el ítem 6 (motor pierna) de la NIHSS, aplicando la misma transformación inversa y ascendente, con idéntica correspondencia de valores (1 = No movimiento a 5 = No caída del miembro).
- Lenguaje: Se utilizó el ítem 9 (lenguaje) de la NIHSS. La puntuación original (0 = sin afasia, 3 = afasia global) fue invertida y transformada a una escala ascendente de 1 a 4, donde: 1 = Afasia global; 2 = Afasia severa; 3 = Afasia moderada; 4 = Lenguaje normal.

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e7167

Se empleó estadística descriptiva para caracterizar la muestra, presentando frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Para evaluar los cambios antes y después del tratamiento en cada caso, se aplicó la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas. Se consideró un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética correspondiente. Todos los participantes fueron informados sobre los objetivos y procedimientos del estudio y firmaron el consentimiento informado previo a su inclusión. Se garantizó la confidencialidad de los datos en todo momento..

RESULTADOS

En la muestra conformada por 63 pacientes (n= 63) predominó el sexo masculino (69,8 %) y el grupo de edades igual o mayor a 71 años (41,2 %), seguido por el de 61 a 65 años con 20,6 %. El grupo de menor incidencia fue el de edades menores o igual a 50 años (1,6 %). Los síndromes tradicionales diagnosticados en los pacientes con ACV isquémico agudo (Tabla 1) estuvieron relacionados con los órganos Riñón, Hígado y Bazo, predominando la insuficiencia de yin de Riñón (30,2 %), la insuficiencia de yin de Hígado y Riñón (23,8 %) y la deficiencia de sangre de Hígado (19,1 %). Otros síndromes diagnosticados en menor cuantía fueron ascenso de yang de Hígado (14,3 %), insuficiencia de yang de Bazo (7,9 %) e insuficiencia de yang de Bazo y Riñón (4,8 %).

Tabla 1. Distribución de los pacientes con ACV isquémico agudo, según diagnóstico tradicional por órgano Zang Fu.

Síndromes	No.	%
Insuficiencia de *yin* de Riñón	19	30,2
Insuficiencia de *yin* de Hígado y Riñón	15	23,8
Deficiencia de *sangre* de Hígado	12	19,1
Ascenso de *yang* de Hígado	9	14,3
Insuficiencia de *yang* de Bazo	5	7,9
Insuficiencia de *yang* de Bazo y Riñón	3	4,8

En la tabla 2 se presenta la distribución de los pacientes, según FMMS y FMMI antes y después de la craneopuntura. En ambas hubo un desplazamiento hacia las categorías superiores, sobre todo en la categoría "No caída del miembro" con incremento de pacientes (0 a 15) y disminución en "Caída < 10 segundos" (de 25 a 10) para FMMS; y aumento en "No caída del miembro" (de 2 a 13) y disminución en "Caída < 5 segundos" (de 23 a 12) para FMMI.

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e7167

Tabla 2. Distribución de pacientes, según FMMS y FMMI antes y después de la craneopuntura.

Ítems	FMMS		FMMI	
	Antes n (%)	Después n (%)	Antes n (%)	Después n (%)
No caída del miembro	0 (0)	15 (23,8)	2 (3,2)	13 (20,6)
Caída < 10 segundos /< 5 segundos	25 (39,7)	20 (31,8)	23 (36,5)	19 (30,2)
Esfuerzo contra la gravedad	30 (47,6)	22 (34,9)	30 (47,6)	25 (39,7)
Movimiento en el plano horizontal	6 (9,5)	4 (6,3)	6 (9,5)	4 (6,3)
No movimiento	2 (3,2)	2 (3,2)	2 (3,2)	2 (3,2)

Notas: FMMS (función motora de miembros superiores); FMMI (función motora de miembros inferiores)

En la distribución de pacientes, según alteraciones del lenguaje antes y después de la craneopuntura (Tabla 3), se observa que aunque no hubo pacientes que pasaron a la categoría de lenguaje normal, los pacientes con afasia severa disminuyeron de 19 a 11, pasando 8 a la categoría superior de afasia moderada.

Tabla 3. Distribución de pacientes, según alteraciones del lenguaje antes y después de la craneopuntura (N = 63).

Lenguaje	Antes n (%)	Después n (%)
Lenguaje normal	14 (22,2)	14 (22,2)
Afasia moderada	30 (47,6)	38 (60,3)
Afasia severa	19 (30,2)	11 (17,5)

A partir de los datos anteriores se confeccionó la tabla 4 que resume la evolución individual de los pacientes en cada una de las tres funciones evaluadas. El efecto del tratamiento se evaluó mediante la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas. En la FMMS, 27 pacientes (42,9 %) mejoraron, mientras que 36 (57,1 %) se mantuvieron sin cambios ($Z = -5,196$; $p < 0,001$). En la FMMI, 20 pacientes (31,7 %) mejoraron y 43 (68,3 %) no mostraron cambios ($Z = -4,472$; $p < 0,001$). En las alteraciones del lenguaje, 8 pacientes (12,7 %) experimentaron mejoría y 55 (87,3 %) permanecieron sin cambios ($Z = -2,828$; $p = 0,005$). Como hallazgo clínico positivo se destaca que después del tratamiento ningún paciente empeoró.

Tabla 4. Evolución de los pacientes en función motora de miembros superiores e inferiores y lenguaje, antes y después de la craneopuntura (N = 63).

Funciones	Mejoraron n (%)	Sin cambios n (%)	Empeoraron n (%)	Z	p valor*
FMMS	27 (42,9)	36 (57,1)	0 (0)	-5,199	< 0,001
FMMI	20 (31,7)	43 (68,3)	0 (0)	-4,472	< 0,001
Lenguaje	8 (12,7)	55 (87,3)	0 (0)	-2,828	0,005

Notas: FMMS (función motora de miembros superiores); FMMI (función motora de miembros inferiores); *Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e7167

El 30,2 % de los pacientes alcanzó una buena evolución clínica general, aunque el 54,0 % tuvo una evolución mala, como se aprecia en la tabla 5.

Tabla 5. Evolución clínica general de los pacientes después de la craneopuntura (N = 63).

Evolución	No.	%
Buena (mejoría ≥ 2)	19	30,2
Regular (mejoría 1)	10	15,8
Mala (sin mejoría)	34	54,0

DISCUSIÓN

En la Medicina Tradicional China (MTC) la patogénesis del ACV tiene sus raíces en la desarmonía yin-yang de los órganos Zang-Fu y el trastorno qi-sangre, caracterizado por deficiencia fundamental y exceso superficial, con afectación en Hígado, Bazo y Riñón. Implica factores patológicos como el viento (interno y externo), la flema (humedad-flema, viento-flema), el fuego (flema-fuego, Hígado-fuego), la estasis sanguínea, el trastorno del qi (inversión, hundimiento), la deficiencia (deficiencia de yin, deficiencia de qi-sangre) y la toxina (infección). La tendencia actual de aparición y progresión del ACV es la combinación de múltiples factores, que se transforman e influyen mutuamente, en resumen la patogénesis implica una interacción compleja de múltiples factores, incluidos el viento, la flema, el fuego, la estasis sanguínea y la deficiencia.[9]

En este sentido los síndromes tradicionales diagnosticados en los pacientes se relacionaron con los órganos Riñón, Hígado y Bazo, con prevalencia de la insuficiencia de yin de Riñón, la insuficiencia de yin de Hígado y Riñón y la deficiencia de sangre de Hígado. Otros síndromes presentes fueron ascenso de yang de Hígado, insuficiencia de yang de Bazo e insuficiencia de yang de Bazo y Riñón. La insuficiencia de yin de Riñón, de yang de Bazo, y de yang de Bazo y Riñón son diagnósticos muy comunes en el adulto mayor por constituir uno de los factores causales del proceso de envejecimiento. Como se conoce, la incidencia de la ACV se incrementa con la edad, lo que justifica la frecuencia de estos diagnósticos.

Los malos hábitos de alimentación y el exceso de actividad física, intelectual o sexual durante la vida consumen el yin de Riñón con una secundaria insuficiencia de yin de Hígado y se reflejan en trastornos refractivos, contracturas musculares, calor vespertino, sudoración nocturna en tórax, palmas y plantas; insomnio de reconciliación, y otros síntomas asociados. Se genera, además, una desarmonía yin-yang, con una expresión no contenida de yang. Este asciende a la cabeza y provoca episodios de ira asociados a inyección conjuntival, rubicundez facial, cefalea y, en casos severos, pérdida de conciencia, afasia, hemiplejía e incluso crisis convulsivas. Este cuadro corresponde a los síndromes de deficiencia de yin de Riñón y viento interno por ascenso de yang de Hígado.[10]

Otros autores clasificaron doscientos pacientes con ictus isquémico agudo en cuatro tipos de síndromes: síndrome de flema-calor, síndrome de flema-humedad, síndrome de deficiencia de qi y síndrome de deficiencia de yin, y encontraron 130 casos con síndrome de flema-calor (65%), 35 casos con síndrome de flema-humedad (17,5 %) y 30 casos con síndrome de deficiencia de qi (15 %), 5 casos de síndrome de deficiencia de yin (2,5 %).[11]

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e7167

Estudios realizados en el país coinciden con los que se describen. López Aparicio et al.,[12] informaron en pacientes con hemiplejía por ACV isquémico, predominio de sexo masculino y grupo etario de 70 a 79 años, y resultados favorables con craneopuntura y acupuntura somática en comparación con tratamiento convencional. Dentro de los síndromes se diagnosticó insuficiencia de yin de Riñón, deficiencia de sangre de Hígado, insuficiencia de yin de Hígado y Riñón y en menor medida estancamiento de qi de Hígado.

Además los autores en el artículo hacen referencia a los resultados similares de Méndez en estudio comparativo entre el efecto de la craneopuntura y la acupuntura corporal en pacientes con secuelas de ACV, que exponen como síndrome más frecuente la deficiencia de yin de Hígado y Riñón y la perturbación ascendente del viento yang.(12) Morejón et al.,[13] también informó síndrome de insuficiencia de sangre de Hígado en la mayor parte de los pacientes con ACV isquémico.

Casi el 80 % de los pacientes con ictus agudo presentan disfunción motora de las extremidades superiores. Es probable que la parálisis de las extremidades superiores mejore considerablemente en un plazo de 6 meses; sin embargo, hasta un 50-60 % de los supervivientes de un ictus persisten con la disfunción motora, lo que se asocia estrechamente con una disminución de las actividades de la vida diaria y una mala calidad de vida.[14]

El deterioro de la función de la marcha es uno de los efectos más adversos del ACV, conduce a una movilidad reducida y limita las actividades diarias, aumentando el riesgo de enfermedad cardiovascular. Estas limitaciones no solo reducen la calidad de vida de los pacientes con ictis y hemiplejía, sino que también imponen una enorme carga financiera a la sociedad, los pacientes y sus familias. Además, la disfunción motora de las extremidades inferiores puede tener efectos negativos en la salud mental de un paciente al reducir la autoconfianza, además de conducir potencialmente a depresión, pesimismo y otros problemas psicológicos.[15]

Más de un tercio de los pacientes con esta enfermedad sufren trastornos del lenguaje o afasia y experimentan diversos deterioros en la expresión verbal, comprensión auditiva, lectura y escritura, lo que crea dificultades para comunicarse con el mundo exterior. La craneopuntura como tratamiento adyuvante, mejora la eficacia de la logopedia en el tratamiento de las alteraciones de la repetición y la denominación en pacientes con afasia posterior a un ictus. Además, puede modular la activación cortical en el área frontopolar izquierda, la circunvolución fusiforme izquierda, la pars opercularis izquierda y la circunvolución temporal superior derecha, e inducir diferentes patrones de alteración cortical en la afasia global y no global.[16]

Se cree que la estimulación de las áreas motoras del cuero cabelludo mejora la excitabilidad cortical, promueve la sinaptogénesis y facilita la reorganización de las redes motoras. Al mejorar la circulación sanguínea local y regular el metabolismo bioquímico, no solo muestra efectos significativos en las puntuaciones de la escala de déficit neurológico, sino que también mejora significativamente la capacidad de vida diaria y la calidad de vida de los pacientes.[9]

Los resultados del presente estudio reflejan mejoría estadísticamente significativa en las tres funciones evaluadas después de la craneopuntra, en mayor medida y sentido decreciente en FMMS (mejoró el 42,9 %; $p < 0,001$), FMMI (mejoró el 31,7 %; $p < 0,001$) y lenguaje (mejoró el 12,7 % $p = 0,005$). Se destaca que clínicamente ningún paciente empeoró después de la terapia. En el análisis de la evolución clínica general, se encontró que en el 15,8 % de los pacientes la evolución fue regular y buena en el 30,2 %, estos datos complementan los resultados previos, lo que demostró que aproximadamente un tercio de los pacientes experimentó una mejoría

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e7167

significativa en varias áreas. Estos hallazgos indican que el tratamiento es efectivo y seguro porque ningún paciente empeoró.

En congruencia con los resultados que se exponen Lin et al.,[17] en estudio de casos y controles de pacientes con hemiplejía por ictus isquémico tratados con craneopuntura, sometidos a resonancia magnética funcional cerebral completa en estado de reposo antes del tratamiento y 14 días después del mismo, reportaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones NIHSS después de la craneopuntura ($p = 0,027$), y sostienen que la misma tiene función de regulación bidireccional, fortalece las conexiones funcionales de la corteza motora bilateral y debilita las conexiones compensatorias anormales.

En estudio que evaluó los efectos de la craneopuntura en la parálisis hemipléjica tras un ictus isquémico agudo, también se evidenció mejora en las puntuaciones NIHSS ($p < 0,01$), de prueba muscular manual ($p < 0,01$), Fugl-Meyer ($p < 0,05$) e índice de Barthel ($p < 0,05$) en el grupo de estudio fue superior a la del grupo control.[18] Por otra parte Chen et al.,[19] combinó la craneopuntura con otras técnicas y encontró eficacia clínica en todos los grupos, expresada por la reducción de la puntuación NIHSS. De los 56 pacientes con craneopuntura en 25 la reducción de la puntuación NIHSS fue superior al 45 %. Las puntuaciones de otras escalas utilizadas para medir función motora (Fugl-Meyer), capacidad vital (Índice de Babbitt Modificado), así como los niveles de factor neurotrófico derivado del cerebro y factor de crecimiento nervioso, también aumentaron.

En los pacientes del estudio, aunque el porcentaje de mejoría de lenguaje es menor con respecto a FMMS y FMMI, sigue siendo clínicamente relevante y estadísticamente significativo. Estos resultados están en correspondencia con una revisión sistémica y meta-análisis que reveló que la combinación de de craneopuntura más rehabilitación del lenguaje de Schuell se asoció significativamente con una mejor capacidad lingüística y una mayor tasa de efectividad en pacientes con afasia posterior a un ictus.[20]

Otros autores ensayo clínico aleatorizado, con 64 pacientes con afasia post-ictus divididos en grupo control y estudio, revelaron que la craneopuntura combinada con terapia del habla y lenguaje, mejora los resultados del lenguaje y produce una mayor activación cortical en la corteza prefrontal a izquierda y otras áreas cerebrales asimétricas en comparación con el grupo control. En los pacientes con afasia no global, la acupuntura mejoró la comprensión y las tareas de denominación.[16]

CONCLUSIÓN

La craneopuntura se asoció con mejoras significativas en la función motora y, en menor medida, en el lenguaje, sin provocar deterioro en ningún paciente. La evolución clínica general fue buena para un tercio de la muestra, y el síndrome tradicional que prevaleció en los pacientes fue la deficiencia de yin de Riñón. El tratamiento resultó efectivo y seguro. Estos hallazgos, aunque prometedores, deben ser confirmados mediante estudios con diseños metodológicamente más robustos que permitan establecer relaciones causales y generalizar los resultados a poblaciones más amplias.

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e7167

Financiación
No existieron fuentes de financiación

Conflicto de intereses
Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial
Los autores declaran que no se emplearon herramientas de inteligencia artificial.

Contribución de los autores:

KRP: Conceptualización, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Redacción-borrador original,
YBI: Conceptualización, Investigación, Redacción-borrador original, Redacción-revisión y edición.
AEDR: Conceptualización, Investigación, Redacción-borrador original, Redacción-revisión y edición.
MdlMRO: Conceptualización, Investigación, Redacción-revisión y edición.
LCLP: Conceptualización, Investigación, Redacción-revisión y edición.
MDP: Conceptualización, Investigación, Redacción-borrador original, Redacción-revisión y edición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Li YF, Feng GQ, Ao YP, Gu B, Wang J, Xiao AF, et al. Impact of timeline-based management on treatment efficiency and outcomes in acute ischemic stroke: a quasi-experimental study. Ann Med. [Internet]. 2025 Dec [citado 13/01/2026]; 57(1):2561793. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12456036/

2. Karisik A, Dejakum B, Moelgg K, Granna J, Felicetti S, Pechlaner R, et al. Incidence, characteristics, and consequences of fractures after acute ischemic stroke and TIA-A prospective cohort study. Int J Stroke. [Internet]. 2025 Oct [citado 13/01/2026]; 20(9):1141-1149. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12521769/

3. Colectivo de autores. Anuario estadístico de salud 2024. [Internet]. La Habana; 2025 [citado 13/01/2026]. Disponible en: https://files.sld.cu/dne/files/2025/09/AES-2024-para-sitio-3.pdf

4. Chen L, Gao H, Wang Z, Gu B, Zhou W, Pang M, et al. Vagus nerve electrical stimulation in the recovery of upper limb motor functional impairment after ischemic stroke. Cogn Neurodyn. [Internet]. 2024 Oct [citado 13/01/2026]; 18(5):3107-3124. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11564590/

5. Li Y, Lu C, Chen L. Efficacy of midnight-noon Ebb-flow hour-prescription method combined with acupuncture at Baihui Bazhen acupoints in the rehabilitation of Aphasia after ischemic stroke. Afr Health Sci. [Internet]. 2024 Dec [citado 13/01/2026]; 24(4):262-268. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11970160/

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e7167

6. Wu Y, Kong Q, Li Y, Feng Y, Zhang B, Liu Y, et al. Potential scalp acupuncture and brain stimulation targets for common neurological disorders: evidence from neuroimaging studies. Chin Med. [Internet] 2025 May [citado 13/01/2026]; 20(1):58. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12057072/

7. Park SY, Heo I, Hwang MS, Hwang EH, Shin BC. Effectiveness of scalp acupuncture and comparison with traditional acupuncture for stroke: an overview of systematic reviews and updated evidence. Syst Rev. [Internet]. 2025 May [citado 13/01/2026]; 14(1):108. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12065266/

8. Sng KS, Sin YS, Alhawiti SMO. Jiao's style scalp acupuncture combined with physiotherapy for autosomal recessive spastic ataxia of Charlevoix-Saguenay type: A case report. Heliyon. [Internet]. 2024 Jun [citado 10/01/2026]; 10(12):e33046. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11239588/

9. Xie W, Di Z, Shao W, Wang A, Guan L. Acupuncture for Post-Stroke Lower Limb Dysfunction: Clinical Efficacy and Neurophysiological Mechanisms. J Multidiscip Healthc. [Internet]. 2025 Nov [citado 13/01/2026]; 18: 7691-7703. Disponible: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12665247/

10. Macciocia, G. Los Fundamentos de la Medicina China: Edición Española; 2001. p. 35-68, 77-81, 91-102, 229-231, 251, 259-262.

11. Song J, Xu C, Zhang J, Gao L. From clinical appearance to accurate management in acute ischemic stroke patients: With the guidance of innovative traditional Chinese medicine diagnosis. Brain Behav. [Internet]. 2019 Oct [citado 13/01/2026]; 9(10):e01411. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6790312/

12. López Aparicio JA, Momplet Pérez V, López Espinosa GJ, Yera Alos IB, Endo Milan JY, Hernández Gómez M. Resultados terapéuticos de la aplicación de acupuntura y craneopuntura en pacientes hemipléjicos por accidente cerebrovascular isquémico. Medicentro Electrónica [Internet]. 2020 Dic [citado 13/01/2026]; 24(4): 735-752. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000400735&lng=es

13. Morejón Barroso O, Pérez Meneses Z, Julio Bernal Valladares E, Varela Castro L. Caracterización de pacientes con enfermedades cerebrovasculares en fase aguda según diagnóstico tradicional chino. Medisur [Internet]. nov 2023 [citado 13/01/2026]; 21 (6):1161-1167. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5868

14. Wen X, Li L, Li X, Zha H, Liu Z, Peng Y, et al. Therapeutic Role of Additional Mirror Therapy on the Recovery of Upper Extremity Motor Function after Stroke: A Single-Blind, Randomized Controlled Trial. Neural Plast. [Internet]. 2022 Dec [citado 13/01/2026]; 2022:8966920. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9825233/

15. Luo X. Effects of motor imagery-based brain-computer interface-controlled electrical stimulation on lower limb function in hemiplegic patients in the acute phase of stroke: a randomized controlled study. Front Neurol[Internet]. 2024 Aug 30[citado 13/01/2026];15:1394424. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11418395/

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1561-3194 **RNPS:** 1877
Rev Ciencias Médicas. 2026; 30(2026): e7167

16. Lin B, Ni J, Xiong X, Zhang L, Song J, Wang M, et al. Language function improvement and cortical activity alteration using scalp acupuncture coupled with speech-language training in post-stroke aphasia: A randomised controlled study. Complement Ther Med. [Internet]. 2025 May [citado 13/01/2026]; 89: 103137. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229925000123?via%3Dihub

17. Lin D, Gao J, Lu M, Han X, Tan Z, Zou Y, et al. Scalp acupuncture regulates functional connectivity of cerebral hemispheres in patients with hemiplegia after stroke. Front Neurol. [Internet] 2023 May [citado 13/01/2026]; 14:1083066. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10248137/

18. Wang J, Tian L, Zhang Z, Yuan B, Zhang T, Li X, Jiang H, Du X. Scalp-acupuncture for patients with hemiplegic paralysis of acute ischaemic stroke: a randomized controlled clinical trial. J Tradit Chin Med. [Internet] 2020 Oct [citado 13/01/2026]; 40(5):845-854. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33000586/

19. Chen X, Huang Ch. Efficacy of Interactive Scalp Acupuncture Combined with Hot Medicinal Compress Therapy on Stroke Patients. Pathogenesis and Treatment in Stroke[Internet]. 2023[citado 13/01/2026]; 1(1): 35-43. Disponible en: http://www.exploverpub.com/File/Shop/-2023-1-1-35-43.pdf

20. Fu QW, Liu M, Zhang LZ, Yang H, Zhang LQ, Yang SS, Xie Y, Wan XX, Tang Y, Zhang QX. Head Acupuncture Plus Schuell's Language Rehabilitation for Post-Stroke Aphasia: A Systematic Review and Meta-Analysis of 32 Randomized Controlled Trials. Chin J Integr Med. [Internet] 2022 Aug [citado 13/01/2026]; 28(8): 743-752. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s11655-022-3722-5

CC-BY-NC- 4.0