

Acupuntura y Dolor

Autores:

Dr. Arturo Gómez Mera

Jefe del Servicio de Acupuntura Humana. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

Dra. Rosa Ma. Ramírez Ramírez

Médica Adscrita al Servicio de Acupuntura Humana. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

“La Organización Mundial de la Salud fomenta y apoya el desarrollo de la acupuntura mediante diferentes programas de estudio y aplicación”.
Informe Anual de la OMS, 1997



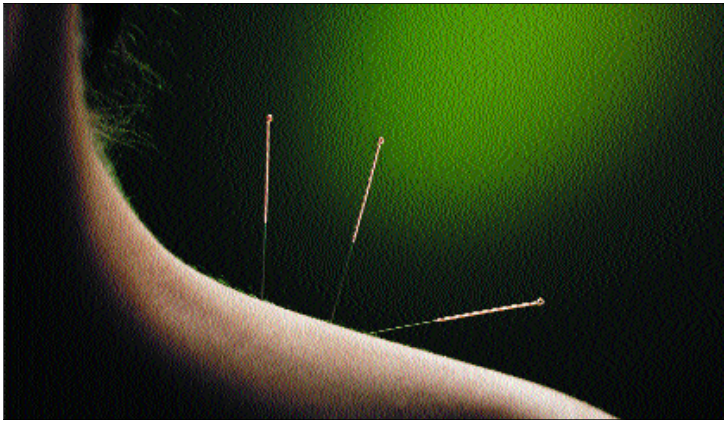
La acupuntura ha tenido gran influencia en la medicina occidental desde el siglo XVI, y actualmente está en auge en los países del primer mundo y en Latinoamérica, principalmente en Cuba, Perú y México a través de programas auspiciados por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de la Salud).¹

La palabra acupuntura fue acuñada en el siglo XVI por misioneros jesuitas, quienes quedaron impresionados por la efectividad de este recurso. El término proviene de “*acus*” (aguja) y “*punctura*” (punción), y su equivalente en chino es la palabra “*zhen jiu*”, de *zhen* (aguja) y “*jiu*” (moxa, “*artemisa Vulgaris*”). Como toda medicina tradicional, la acupuntura se basa en el concepto de frío y calor (simpático y parasimpático), de ahí que se diga que la aguja se utiliza para enfriar y la moxa para calentar.³ Lo anterior significa que la verdadera acupuntura tradicional emplea tanto agujas como moxa.⁴ La acupuntura actual usa además la electroestimulación, propuesta por Berlioz en Estados Unidos hacia 1816, para el tratamiento del dolor. Sarlandiere fue quien más tarde creó el vocablo electroacupuntura y lo aplicó en el manejo del reumatismo y el dolor, y publicó un libro sobre el tema en 1825.

En 1834 da Camin usó jarras de Leyden para electroacupuntura. Por su parte, Duchenne (1806-1875), el padre de la neurología, diseñó el primer mapa para electromiografía que aún es vigente, comenzó a experimentar con electroacupuntura en 1833, y finalmente desarrolló la técnica con electrodos cutáneos (sin perforar la piel, electropuntura) que evitaban infecciones y lesiones.⁵ Esta tecnología se perfec-

Bibliografía

1. Gómez Mera Arturo Primer Foro Internacional Legislativo Académico de Acupuntura. Importancia de las neurociencias en la acupuntura como metalenguaje para su comprensión por la medicina occidental homogénea. México 2000.
2. Krusen J. Medicina física y rehabilitación 41ª Ed. Panamericana Madrid, España, 1993:446-448.
3. Sotte L. Acupuncture and traditional chinese medicine. Ann its super sanita 1999;35(4):509-15.
4. J.L. Padilla Coral. Tratado de sanación en el arte del soplián, OMS/OPS Perú 1999.
5. Krusen J. Medicina física y rehabilitación 41ª Ed. Panamericana Madrid, España, 1993:446-448.
6. Melzack R. Pain. Prolonged relief of pain by brief, intense transcutaneous somatic stimulation. Pain 1975;Dec:1(4):357-73.
7. Melzack R. Myofascial trigger points Relation to acupuncture and mechanisms of pain. Arch Phys Med Rehabil 1981;62:114-17.
8. Melzack R, Walli P. D. Mecanismos de dolor, una teoría nueva Exp J Psicol. 9:80, 1983.
9. Melzack R, Stiffwell DM, Fox E. J. Trigger points and acupuncture points for pain correlations and implications. Pain 1977, Feb;3(1):3-23.
10. Shuleikina K. V. Golubova T. B. The animal provision principle of functional systems. Neuronal mechanisms. Neurosci Behav Physiol 2000, Nov-Dec;30(6):653-69.
11. NIH Consensus Statement 1997, Nov 3-5;15(5):1-34. Acupuncture Belaterra, S.A., España, 1988.
12. NIH Consensus conference acupuncture. JAMA 1998; Oct 4;280(17):1518-24.
13. Ulett G. A., Han J, Han S. Traditional and evidence based acupuncture: history, mechanisms and present status. South Med J 1998, Dec;91(12):1152-20.
14. Gómez Mera Arturo Segundo Simposio Nacional de Medicina Tradicional China de AMMA, A.C. “El uso de la aguja subdérmica semipermanente en el dolor” pp. 73-87. México 1999.
15. Lee T. N. Thalamic neuron theory: a hypotheses concerning pain and acupuncture. Med Hypotheses 1977; May-Jun;3(3):113-21.
16. Dale Purves Invitación a la neurociencia. Primera edición. Médica Panamericana. Buenos Aires Argentina 2001.
17. Dale Purves. Neurociencia. Second edition. Sinauer Associates Publisher Sunderland, Massachusetts USA 2000.



cionó con Melzack y Wall, científicos que obtuvieron el premio Nobel de Medicina en 1965 por sus estudios en electroestimulación transcutánea y que fueron autores de la teoría de la compuerta medular.^{6,7} A estos conocimientos se sumaron las investigaciones sobre neuroreceptores (1965) y sustancias neuroendocrinoendógenas (1975)^{8,9} así como los estudios que realizaron los institutos de salud de Estados Unidos de 1970 a 1997. Todo ello culminó con la aceptación de la acupuntura humana en dicho país; la aguja acupuntural también fue aprobada por la oficina de drogas y alimentos.^{10,11,13}

Por otra parte, la auriculoterapia fue creada por el Dr. Nogier en Francia en 1955 y su

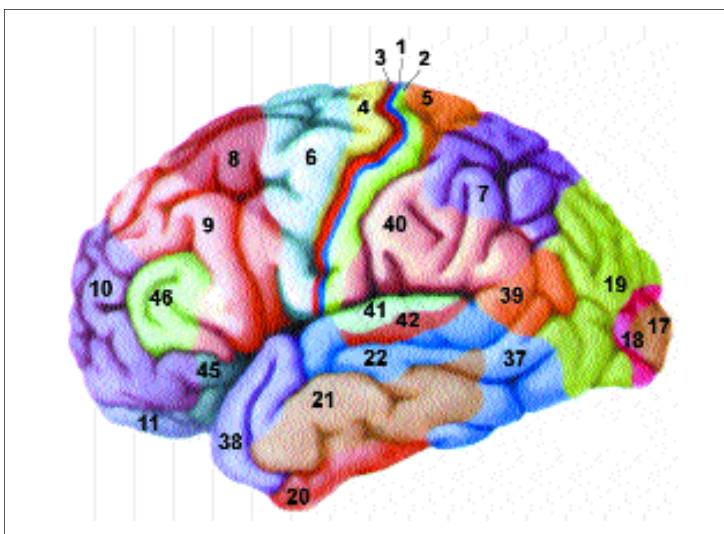


Figura I. Cuadro citoarquitectónico de la corteza humana. Cara dorso-lateral o convexa.

explicación se tradujo en una obra que publicó en varios idiomas y constituyó una prioridad nacional en China, por lo que los hospitales militares implantaron programas de investigación, de modo que a finales de los años 70 ya existía su correspondiente tecnología y metodología diagnóstica, terapéutica y pronóstica, con utilización de agujas de diferentes diámetros, moxa pequeña, laserpuntura, balines, y técnicas que proporcionaban analgesia en pocos minutos.¹⁴

La acupresión fue sistematizada y organizada durante el siglo VII en China en el Colegio de Medicina Imperial con el apoyo de departamentos de medicina, fitomedicina, acupuntura, mesoterapia en puntos acupunturales y en canales de acupuntura. Esta práctica se extendió de Oriente a Occidente y surgieron las técnicas de reflexoterapia.

Los microsistemas acupunturales (auriculoterapia, podoterapia, quiropuntura, etcétera) siguen la premisa de que en todo el cuerpo se encuentran representados los sistemas acupunturales, y se basan en un principio neuroanatómico (medular, tallo cerebral, hipotálamo, cíngulo, área cerebral de recepción somestésica^{1,2,3} y área de asociación,^{5,7} así como los sistemas de regulación en la sustancia gris periacueductal y tallo que van a modular el estímulo doloroso). De ahí que funcionen los estímulos de cualquier tipo, mecánico, fotónico, sónico, eléctrico, químico, térmico, magnético y electromagnético. Mientras más integridad anatómica, mejor actúa la acupuntura.¹⁴

El conocimiento de los canales acupunturales (regulares, extraordinarios, tendinomusculares, cutáneos), los dermatomas, miotomas, esclerotomas y viscerotomas permite al médico en general y al algólogo en particular ser más eficaz y eficiente.¹⁵

Como algólogos o como médicos generales debemos tener el conocimiento básico de

los mecanismos neuroanatomofisiológicos para resolver el problema doloroso de los pacientes.¹⁶

Hay preguntas que todo médico se hace en algún momento de su práctica cotidiana, ¿la acupuntura es útil para mis pacientes?, ¿puede ampliar mi marco teórico para efectuar un diagnóstico más preciso, una terapia más específica y precisar un pronóstico que permita una mejor evaluación del paciente?, ¿se contraponen la acupuntura a mis técnicas y métodos médicos occidentales? Como respuesta a estas interrogantes, trataremos de dar un resumen neuroanatómico y de explicar por qué una aguja de unos cuantos milímetros de diámetro a nivel subepidérmico puede actuar a nivel neuropático, visceral y somático e impactar en el área emocional y cómo agujas más largas son capaces de estimular directamente zonas profundas (somáticas, viscerales).

Desde luego que la acupuntura aumenta la visión clínica y terapéutica, y ayuda a dar un mejor pronóstico para prevenir secuelas y modificar la historia natural de la enfermedad. Es, en suma, una alternativa terapéutica que se une a la occidental para enriquecer la práctica médica diaria.

Con base en 30 años de investigación en los centros más prestigiados de Norteamérica y Europa, se puede decir que cualquier estímulo físico, químico, eléctrico, magnético, mecánico, fotónico, sónico, electromagnético o térmico, ya sea a nivel de piel o visceral llegan a un ganglio raquídeo y en cara al ganglio trigeminal; dependiendo de qué vía utilice, la paleoespinal (sistema polineural fibras Ad y C), neoespinal (sistema de tres neuronas fibras Ad) o propioceptiva (sistema de sensibilidad profunda fibras Aa y Ab), será el impacto del estímulo por suma temporal o espacial que estimulará el sistema neuromodulador descendente (Figura 1). Habitualmente la

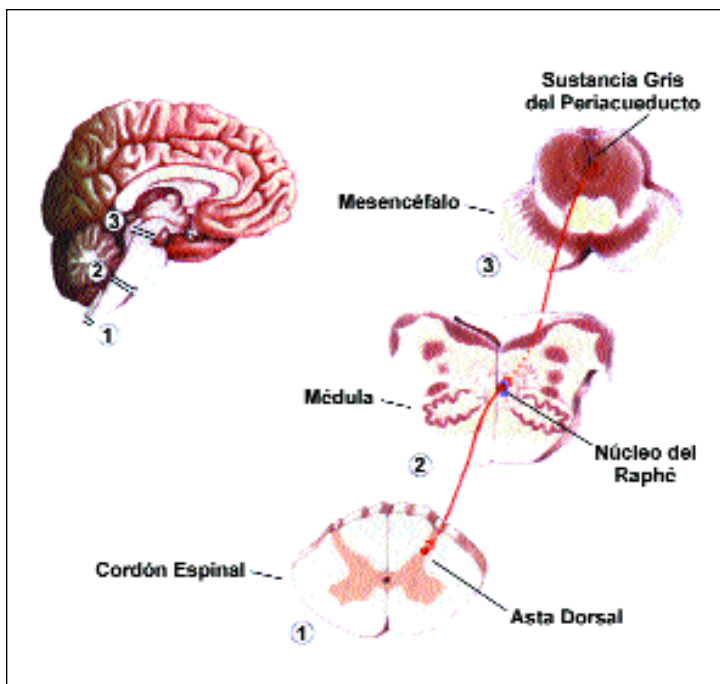


Figura 2. Segmentación del encéfalo

acupuntura emplea el sistema propioceptivo (por lo que es más efectiva), las compuertas moduladoras (medular, tallo cerebral, talámico, cingular, etcétera) y las vías habituales medulotalámicas que viajan a través de los cordones posteriores, mediales y anteriores que finalmente llegan al área receptora^{1,2,3} y de ahí al área de asociación.^{5,7,17} (Figura 2)

En México se aplica la acupuntura con aguja larga, mediana, pequeña y subepidérmica, moxibustión, laserpuntura, sonopuntura, electropuntura y electroestimulación transcutánea, Rei Ki (que favorece el intercambio bioenergético), Qi Gong (técnica de intercambio bioenergético con respiración controlada), farmacopuntura, masoterapia, mesoterapia, baropuntura (ventosas), terapia neural y técnicas invasivas occidentales. Todo ello sirve para precisar el diagnóstico, pronóstico y el plan terapéutico que favorece la calidad de vida de nuestros pacientes con un mejor control del dolor, por lo que conocer técnicas antiguas con marco teórico tradicional y actual nos enriquece como médicos y personas. **DOLOR**