



Sensación propagada a lo largo de los canales de acupuntura

Varios autores

Para un acupuntor, como es lógico, es preciso el conocimiento exacto de la localización de los puntos de acupuntura en el organismo, pero además de esto, y una vez insertada la aguja, debe saber encontrar la buena sensación acupuntural, lo que confirmará que ha punzado en el lugar preciso. Dicha sensación acupuntural puede ser experimentada tanto por el paciente como por el acupuntor; este último sentirá en sus dedos la aguja tensa y pesada, y el paciente presentará una sensación variable, como puede ser de: distensión, entumecimiento, quemazón, hormigueo... Cuando ocurre este fenómeno de reacción se dice que ha llegado el qi¹. Estas diferentes sensaciones acupunturales posteriormente las podemos propagar a lo largo del canal a través de la manipulación de la aguja. A esto se llama propagación de la sensación a lo largo del canal. Esta irradiación de la sensación puede realizarse en diferentes direcciones, según el efecto terapéutico que deseemos provocar. Así, por ejemplo, el insertar en el punto Fengchi (20 V.B.) para tratar una cefalea realizaremos la propagación de la sensación hacia arriba, en dirección a la oreja, mientras que si queremos tratar, con este mismo punto, una atrofia del nervio óptico, deberemos propagar la sensación hacia dentro, en dirección a la zona afectada.

Hay puntos en los cuales la sensación y su propagación aparecen con cierta facilidad, mientras que en otros esto mismo ocurre con mayor dificultad, pero en realidad todos los puntos presentarán sensación y propagación.

Cuando la sensación no aparece hay que examinar el ángulo de inserción de la aguja y la localización del punto. Si todo está normal, y el qi no llega todavía, hay que esperar dejando la aguja sin manipularla durante unos instantes, después de lo cual se vuelve a manipular levemente hasta que aparezca la sensación. Si aun así no aparece la sensación, puede recurrirse a otros métodos auxiliares:

a) Método de rotación en una sola dirección: se sostiene la aguja con el pulgar e índice de la derecha y se gira la aguja 36° o más. Se repite la operación una o dos veces si fuera necesario.

b) Método de rascar el mango de la aguja: se apoya suavemente el pulgar derecho en el mango de la aguja y se rasca con la uña del índice o del medio, de abajo hacia arriba.

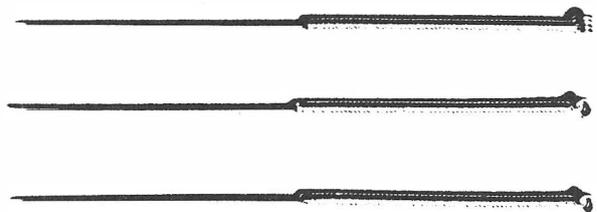
c) Método de vibración de la aguja: se sostiene la aguja con la mano derecha y se hacen ligeros movimientos de avance y de retroceso, o sea, de vibración (longitudinal con relación a la aguja).

La demora de la llegada del qi, en algunos pacientes, es causada posiblemente por la obstrucción local de los meridianos. En este caso es inadecuada la manipulación con fuerza de la aguja. Debe aplicarse en este caso un masaje a lo largo del canal, o la moxibustión. Si con esto tampoco se consigue nada se seleccionan otros puntos.

En casos excepcionales puede observarse un hecho muy curioso que viene a confirmar, en cierta medida, la existencia física de los canales. Una vez insertada y buscada la sensación y propagación puede ocurrir, como se ha dicho, en casos muy excepcionales, que aparezca un cordón eritematoso que abarca parcial o totalmente el trayecto de un canal. Sobre este hecho se han realizado diversos estudios en China, como el que se nos presentó en una conferencia impartida en el 54.º curso internacional de acupuntura en la Academia de Medicina Tradicional China de Pekín. Había sido realizado por el servicio de dermatología de un hospital de Pekín. A través de una serie de diapositivas se nos presentó un número de pacientes en los cuales se observaban cordones eritematosos que seguían la localización de los canales con una precisión variable, pero que en algunos casos era muy exacta; incluso si en ocasiones el cordón eritematoso seguía el trayecto de un meridiano yin o yang del pie (por ejemplo), este también se encontraba materializado en su canal homólogo del brazo. Este estudio pretendía dar una prueba de la existencia, tan discutida, de los canales.

A continuación se presentan unos trabajos realizados en la República Popular China relacionados con la propagación de la sensación a lo largo del canal.

Miguel Imaz Díaz



(1) Qi ha sido traducido en nuestro idioma por energía, aunque dicha traducción es discutible.

BIBLIOGRAFÍA:

- Fundamentos de acupuntura y moxibustión. Ed. Lenguas Extranjeras de Pekín.
- National Symposia of Acupuncture and Moxibustion and Acupuncture Anesthesia. June (1-5, 1979), Pekín.
- The second national symposium on acupuncture and moxibustion, and acupuncture anesthesia, August (7-10, 1984), Pekín.

La propagación de la sensación a través de los canales de acupuntura

Li Wenzhu*, He Jingsong*, Ju Jiuhong*, Chen Guomei*, Shen Jingyan*, Chen Simin*, Zeng Zhaolin** y Wang Boxiong**

En 1975 se reportaron 2.813 casos de sensación propagada a través de los canales de acupuntura (SPC). Para poder comprender la razón de la manifestación de este fenómeno de SPC, nos decidimos a estudiar un grupo amplio de personas con diferentes modos de vida, como obreros, campesinos, maestros, estudiantes, médicos y pacientes, así como artistas, con un mismo criterio de valoración. Este grupo de estudio se inició en 1975, y desde entonces fueron estudiados 7.165 casos; apareciendo entre ellos 373 manifestaciones de SPC, lo cual suponía un 5,21% de los casos, y concordaba con los datos previamente seleccionados.

Para hacer un proceso investigador correcto, decidimos estudiar los casos de SPC en relación con las siguientes condiciones:

SPC Y LA ENFERMEDAD

Comparando la frecuencia de aparición del fenómeno de SPC entre el grupo control y el grupo de pacientes, observamos que este fenómeno se presenta con mayor frecuencia en los pacientes que en las personas normales, siendo la frecuencia entre los enfermos de 8,65%, mientras que entre los sanos fue de 3,65%. La diferencia es por tanto estadísticamente significativa. Entre el grupo de personas enfermas, se observó un subgrupo en el cual este fenómeno se presentó en el 32,33% de los casos; eran los pacientes afectos de paraparesia. Si se estimulaban los nervios periféricos afectados, el SPC aumentaba notablemente en su frecuencia y campo de presentación. Este hecho nos indica que la aparición del fenómeno del SPC está estrechamente relacionada con el inicio de la enfermedad, y de modo muy especial con la afectación del sistema nervioso.

SPC Y SU RELACIÓN CON LA EDAD Y SEXO

Estudiando la distribución de los casos de SPC con el grupo estudiado, se observa que el grupo de menor incidencia fueron los soldados y los estudiantes, los cuales rondaban los veinte años de edad. El grupo de mayor incidencia fue el de los artistas de mayor edad. Parece observarse que existe una relación definida entre la edad la incidencia de aparición de SPC. Según la catalogación por edades realizada en 5.200 casos, podemos indicar que es más frecuente observar el fenómeno del SPC en los pacientes de más de cuarenta años, y a partir de esta edad la incidencia va incrementándose con el paso de los años. La relación entre aparición de SPC y sexo no es significativa.

IMPLICACIÓN DE SPC Y ESTACIÓN ANUAL

Según los análisis de 4.744 casos, la aparición de SPC sí tenía relación con la estación del año en que fue comprobado. En verano y en otoño, su tasa de aparición fue mayor. Esta diferencia puede ser debida a la temperatura del medio ambiente.

IMPLICACIÓN ENTRE SPC E INTENSIDAD DE ESTIMULACIÓN

Se usó un impulso de ondas rectangulares con una longitud de onda de 0,5 msec. y con una frecuencia de 10 por segundo o de 1 por segundo, estimulando el punto Zhongchong (P 9) durante 10 segundos. La intensidad de estimulación se iniciaba a 20 voltios, añadiendo 10 voltios cada 2 minutos hasta alcanzar los 50 voltios. El resultado fue: el campo sobre el que se extendía la SPC se hallaba en relación directa con la intensidad de la estimulación.

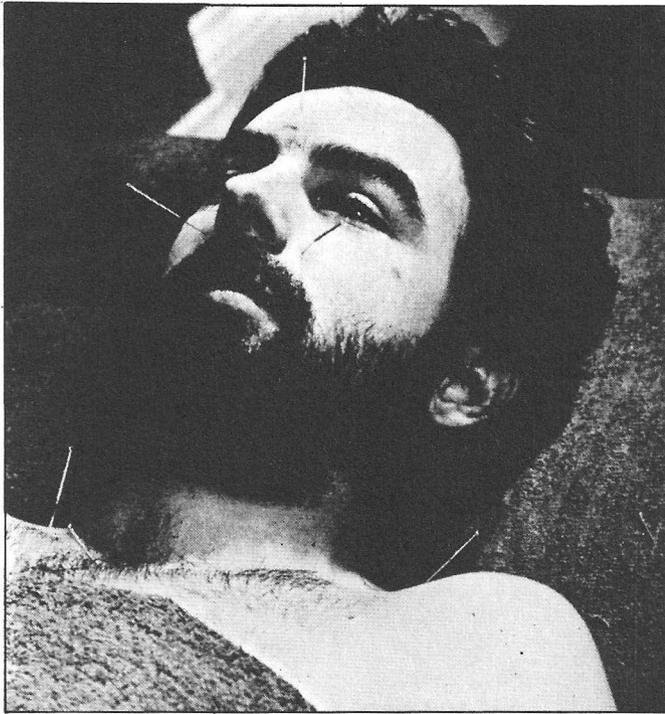
IMPLICACIÓN ENTRE SPC Y SUGESTIÓN

Se estudiaron 500 pacientes psicóticos, de los cuales 474 eran esquizofrénicos, 6 presentaban reacción cardiogénica, 2 tenían psicosis periódicas, 2 con psicosis arterioesclerótica, 9 tenían crisis maniaco-depresivas, 3 presentaban alteraciones de transferencia, 2 casos de epileptosis, habiendo un caso de síntomas compulsivos y otro de histeria.

En 30 pacientes se dio la presencia de SPC, siendo todos esquizofrénicos, excepto uno con reacción cardiogénica. No se observó ninguna manifestación de SPC en pacientes afectos de alteraciones mentales como histeria, aunque se trató de sugestionar activamente a los pacientes. De este modo descartamos que la sugestión pueda ser la causa de la SPC.

SPC Y SU RELACIÓN CON LA MEDICACIÓN

La mayor parte de los pacientes psicóticos tomaban diferentes medicaciones para ello, como la clorpromacina, la perfenazina, la trifluperazina, el tarden, flupiperidrol, etc. Aunque todas estas drogas son de composición diferente, son similares en su acción farmacológica, y son capaces de inhibir el córtex cerebral y las zonas subcorticales. Si se administran en dosis moderadas, el sistema reticular activador del tallo cerebral puede inhibirse; mientras que si se administran en grandes dosis, esta inhibición se extiende hasta el sistema límbico-cerebral, el hipotálamo y los ganglios basales, entre otros. Al mismo tiempo, existe un alfa-receptor adrenolítico que es bloqueado por estos medicamentos, lo cual da lugar a un aumento de la vasodilatación. En caso de medicación a largo plazo, el efecto de la noradrenalina puede ser potenciado, lo cual produce un aumento de la tensión arterial así como una acción colinolítica.



De cara a facilitar el análisis, dividimos los pacientes en cuatro grupos:

1) El grupo de dosis bajas, en los cuales la dosis diaria de clorpromacina o tarden era menor de 200 mg., siendo esta dosis 10 veces superior en caso de la perfenazina, 20 veces superior si se trataba de trifluoperazina y 50 veces superior en caso de tratarse de flupiperidrol.

2) El grupo de dosis moderadas, en el cual la dosis de clorpromazina estaba entre 200 y 300 mg. o su equivalencia con otros medicamentos.

3) El grupo de dosis elevadas, en el cual la dosis de clorpromacina era mayor de 300 mg. o su equivalente.

4) El grupo no medicado, en el cual no se dieron medicamentos antipsicóticos, siendo pacientes que utilizaban la acupuntura o bien remedios chinos a base de hierbas.

En los cuatro grupos, la tasa de aparición de SPC fue similar ($P < 0.05$).

Aunque las drogas antipsicóticas producen unos determinados efectos sobre el sistema nervioso de los pacientes, parece observarse que no influyen en la aparición de las manifestaciones de SPC, por lo cual suponemos que los mecanismos que producen este fenómeno no guardan relación con las modificaciones provocadas sobre el sistema nervioso central por los citados medicamentos. Esto es de capital importancia de cara a elucidar cuáles son los mecanismos de formación del SPC.

APARICIÓN DE SPC E ISQUEMIA COMPRESIVA

Como se menciona en el apartado 4, en los sujetos sensitivos se realizó una estimulación del punto Zhongchong (P 9). En estos sujetos, se indujo la aparición de SPC. En este momento, se le aplicó al paciente, en el brazo, un maniquito de esfigmomanómetro y se realizó una compresión

de 40 mm. Hg. La estimulación por ondas se realizó cada dos minutos para observar la aparición del SPC y las variaciones en el sentido del tacto y de la presión, así como la presencia de dolor punzante en la periferia de las zonas estimuladas. Los resultados fueron: cuando la circulación sanguínea del brazo estaba bloqueada por la presión, no se observó disminución de la distancia de extensión del SPC durante los 15 minutos siguientes; más bien al contrario, en algunos casos se observó un alargamiento de esta distancia. Cuando la compresión no era total, se observó una disminución gradual del SPC relacionada con el grado de isquemia, hasta observar su completa desaparición. En seis de nueve casos, la duración de la desaparición completa del SPC guardó una estrecha relación con la desaparición del sentido del tacto. En tres casos, el SPC se indujo con la presencia de dolor punzante (debido a la isquemia). Estos cambios en el SPC parecen estar relacionados con el cambio de excitabilidad de los nervios periféricos, incluyendo la excitabilidad tanto de las fibras finas como de las gruesas.

IMPLICACIÓN DEL SPC Y LA ESTRUCTURA REGIONAL DE LOS PUNTOS

En 20 pacientes de los estudiados, existía una afectación de los nervios periféricos, debida a que debían ser intervenidos quirúrgicamente y por ello habían sido sometidos a anestesia acupuntural. En estos pacientes realizamos 94 estimulaciones y observamos su resultado. En 73 casos, la estimulación se realizó sobre los nervios, y en 21 casos se realizó sobre los vasos sanguíneos. En tres pacientes en los cuales se realizaron cuatro estimulaciones, la ortodromia o doble-dirección de la vía del SPC se indujo, observándose el SPC sobre dos articulaciones.

Pongamos como ejemplo el del señor Feng X, que sufría afectación del nervio mediano a nivel de su muñeca izquierda, por parte de sus fibras desmielinizadas y afectadas. Se acupunturó el nervio mediano afectado de forma que la aguja de acero se localizó por debajo de la vaina nerviosa. En ese momento se conectó la aguja con un impulso de onda rectangular de amplitud de 0,5 mseg., con una frecuencia de 10 veces por minuto, con una intensidad de 11 voltios, estimulando 30 veces el electrodo indiferente se localizó a nivel del punto Sanyinjiao izquierda (Bazo 6), el paciente experimentó una sensación de entumecimiento o «acorchamiento» que se propagaba desde la parte distal del dedo medio y pulgar y que subía por el meridiano del Pericardio (Gobernador del Corazón) hasta la axila. Esta línea de propagación la sentía el paciente como si se tratara de una sensación punzante realizada con una plumilla y que se movía rápidamente de arriba a abajo y viceversa. Si estimulábamos el punto Zhongchong con un electrodo superficial, se podía observar una línea de SPC de características parecidas. En el caso de que la estimulación fuera de 50 voltios, se observaba que el SPC se dirigía desde la axila hacia arriba hasta el punto Shuitu (Estómago 10) localizado en la nuca.

Entre las cuatro estimulaciones realizadas sobre tres pacientes en los cuales apareció el SPC, solo una de ellas fue realizada sobre un vaso sanguíneo, y en este caso se observó que el nervio estaba localizado adyacentemente y presentaba alteraciones en forma de aglomeración de fibras. Este hecho fue comprobado microscópicamente. Los otros tres casos de SPC inducida fueron realizados estimulando los nervios. Parece posible que el SPC pueda ser inducido tanto por estimulación nerviosa como por estimulación de los vasos sanguíneos. Analizando el número de casos en los que observamos la aparición de SPC bajo estimulación de puntos superficiales, observamos que la tasa de aparición en los pacientes con afectación nerviosa fue del 15%, lo cual es muy superior a la tasa dentro de las personas normales. Esto nos indica que la aparición de SPC está estrechamente relacionada con la actividad

del sistema nervioso, incluyendo los cambios de excitabilidad provocados por la inducción o por enfermedad.

Sintetizando todo lo anteriormente expuesto, está claro que la aparición de SPC está influenciada por muchos factores y que su aparición es esporádica. Si tratamos de analizar los principales factores que influyen, observamos que la alteración de los nervios es primordial. Es necesario hacer mayores investigaciones que nos permitan dilucidar mejor sus mecanismos de aparición para comprender las bases esenciales de la Sensación Propagada a través de los Canales.

* del Shanghai Institute of Acupuncture and Meridians.

** del Shanghai College of Traditional Chinese Medicine.

• Selección: Miguel Imaz Díaz. Traducción: J.L.L. Berdonces.

• Extraído de: *Shanghai Journal of Acupuncture and Moxibustion* (Discussion on manifestative condition of propagated channel sensation). N.º 4, 1983, pp. 163-165.

Observación clínica de 418 casos

Liu Chengzhong (Colegio Médico de Zhong-guo)

En algunos sujetos, la presión efectuada sobre un canal puede provocar el fenómeno de sensación propagada a lo largo del canal (SPC). En nuestra práctica clínica, nos hemos encontrado con 418 de estos casos, incluyendo entre ellos 101 casos con historia de conmoción cerebral y 109 casos con historia de encefalitis, encefalopatía, y otras alteraciones del sistema nervioso central. Estas dos categorías representaban el 50,2% del total. Entre otro tipo de patologías observadas destacamos las afecciones pulmonares, el infarto de miocardio, la colecistitis, enfermedades de la columna vertebral, traumatismo ocular, glaucoma, etc.

Nuestras observaciones parecen demostrar que existen algunas correlaciones entre las características del SPC y el estímulo patológico. El lado de aparición del SPC coincidió en el 90,9% de los casos con el lado de la afectación patológica. El SPC localizado en los tres canales Yin del brazo se correlaciona con las enfermedades del tórax; mientras que el que se localiza en los tres canales Yang del brazo se correlaciona con las enfermedades de la cara y nuca. Cuando la localización es en los canales Yin de la pierna, hay una correlación con alteraciones del abdomen, y cuando es en los canales Yang de la pierna, la correlación se realiza con enfermedades del abdomen, del tórax, de la cara y de la nuca.

El SPC localizado en un único canal tiende a limitarse a los tres canales Yang de la pierna y del brazo con el canal Jueyin del brazo en los casos en que existe una enfermedad del sistema nervioso central, mientras que si existen otro tipo de enfermedades, suele coincidir con los canales que atraviesan el foco patológico.

El SPC bilateral que se presenta en varios canales se correlaciona con lesiones cerebrales difusas y con lesiones somáticas de cualquier zona corporal; mientras que el SPC unilateral que afecta varios canales está relacionado con lesiones cerebrales contralaterales o con lesiones somáticas ipsilaterales. Otros tipos de SPC afectando a varios canales guardan relación con la localización de las lesiones somáticas.

Durante la presentación del SPC se han observado fenómenos de aproximación y bloqueo de las lesiones. Se observaron aproximaciones hacia la cabeza, boca, ojos, oídos, corazón, pulmón y vesícula biliar, en 122 casos observados. En una serie de 80 casos, el final de la aproximación coincidía con el diagnóstico patológico en 79 casos, con la única excepción de un paciente con embolismo cerebral cuyo SPC se aproximó hacia la boca.

La llegada del SPC al foco patológico desencadenaba generalmente una reacción, favorable o adversa. Las alteraciones en la longitud del SPC estaban en correlación directa con el desarrollo del proceso patológico.

Hemos llegado a la conclusión de que muy probablemente el SPC es un fenómeno patológico. El aforismo de que «la activación indica afección» en la sintomatología patológica de los canales implica que debemos sospechar un proceso patológico cuando observamos el SPC, aunque sólo sea en un canal. Las lesiones difusas del córtex cerebral, así como las lesiones focales crónicas de otras zonas corporales, pueden ser algunos de los procesos patológicos desencadenantes del SPC. La investigación de las relaciones entre SPC y enfermedad contribuirán a un mejor diagnóstico de la enfermedad y a una explicación científica de este fenómeno.

* Extraído de: Actas del Simposium Nacional de Acupuntura y Moxibustión. China, 1979, n.º 286, pp. 293-294.