

Medicinas alternativas: ¿recomendarías tratamiento con acupuntura a tu paciente?

Jorge Vas Ruiz^a y José Manuel Aranda Regulen^b

^aUnidad de Tratamiento del Dolor. Centro de Salud Doña Mercedes. Dos Hermanas, Sevilla.

^bCentro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga.

La acupuntura, con una tradición de más de 3.000 años, viene usándose en occidente para aliviar el dolor cada vez con mayor frecuencia¹, una prueba de ello es el incremento de publicaciones sobre esta técnica en revistas biomédicas de renombre; en los últimos 5 años se han publicado más de 500 estudios controlados aleatorizados con objeto de evaluar los efectos de la acupuntura.

En sentido estricto, la acupuntura es una técnica compleja que se basa en la inserción de diferentes tipos de agujas sólidas en localizaciones específicas de la superficie del cuerpo (puntos de acupuntura) con objeto de provocar un efecto regulador sobre el flujo de energía que circula por una red de circuitos virtuales denominados canales. El estímulo que se aplica a estas agujas puede ser mecánico (manipulación de la aguja), térmico (moxibustión aplicada sobre la aguja) o eléctrico (pulsos eléctricos aplicados a la aguja). Existen una serie de técnicas relacionadas con la acupuntura, pero sin el uso de las clásicas agujas, como puede ser la presión (digitopuntura y auriculopresión), el estímulo eléctrico transcutáneo o la aplicación de ventosas, calor o incluso inyección de diferentes sustancias en los puntos de acupuntura.

Existe una gran variedad de métodos de aplicación de la técnica, desde el método clásico, basado en los principios de la medicina tradicional china, hasta el uso terapéutico de agujas sin ninguna estructura teórica subyacente.

Algunos de los efectos de la acupuntura pueden explicarse parcialmente dentro de un modelo neurofisiológico convencional, pero sigue habiendo ciertos aspectos con soporte empírico que se resisten a una explicación convencional.

A nivel local, la acupuntura provoca vasodilatación local debida al reflejo axonal, ya que el estímulo de las fibras A δ o C libera neuropéptidos vasoactivos y proinflamatorios produciendo vasodilatación periférica, en la piel y en el músculo, ambas experimental y clínicamente probadas²⁻⁴. El daño tisular que provoca la inserción y manipulación de la aguja origina un incremento de la síntesis de endorfinas en los ganglios de la raíz dorsal como respuesta al estímulo nociceptivo del asta posterior. Las endorfinas y sus receptores (μ , δ y κ) se acumulan

durante algunos días en la zona dañada, lo que conduce a una analgesia opioide periférica que dura de 2 a 3 días después del estímulo. En la espinal, la acupuntura, como estímulo sensorial, activa los mecanismos endógenos inhibidores del dolor, estimulando las fibras A δ que penetran en el asta dorsal de la médula espinal y hacen sinapsis con las interneuronas encefalinérgicas en el asta dorsal, inhibiendo las fibras C, que transmiten la sensación no placentera del dolor asociada al daño tisular (mecanismo medular del control de la puerta de Melzack y Wall⁵, con implicación de encefalina y dinorfina). La inhibición se produce rápidamente con efectos que acontecen principalmente durante la sesión de acupuntura.

Otro mecanismo que interviene en la analgesia producida por la acupuntura es el control inhibitorio nocivo difuso que provoca analgesia que persiste sólo algunos minutos tras el estímulo⁶. La acupuntura también provoca una activación del sistema del estrés (eje hipotalámico-hipófiso-adrenal) con liberación de β -endorfinas y ACTH/cortisona en sangre directamente relacionada con la intensidad del estímulo. Sucede lo mismo con la liberación de adrenalina y noradrenalina por las glándulas adrenales, estímulo eléctrico repetitivo de baja intensidad o en salvas produce una reducción en la liberación de adrenalina y noradrenalina, mientras que un estímulo eléctrico, repetitivo de alta intensidad, o un estímulo nocivo (por encima del umbral de contracción del músculo), produce un incremento en su liberación. La acupuntura tiene influencia sobre la actividad simpática dependiente del estímulo, a baja intensidad reduce la actividad simpática, mientras que si el estímulo es fuerte (nocivo) la incrementa. Una hormona que podría estar implicada en los efectos terapéuticos de la acupuntura a largo plazo es la oxitocina, que se incrementa en plasma y líquido cefalorraquídeo (LCR) con electroacupuntura de baja frecuencia y otros tipos de estímulo sensorial^{7,8}.

Desde hace 10 años se pone en funcionamiento en el Centro de Salud de Dos Hermanas la primera unidad de tratamiento del dolor con acupuntura en el ámbito de la Atención Primaria, con funcionamiento a tiempo completo. Datos de una auditoría reciente sobre 5.981 historias de pacientes que consultaron por dolor no oncológico (con un total de 45.395 sesiones de tratamiento)

ponen de manifiesto la conveniencia de hacer extensiva la experiencia a otros centros de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud para el tratamiento del dolor de origen no maligno. Si bien los resultados de este estudio son de carácter local, aplicables por tanto al ámbito donde se ha realizado el estudio, sí aportan información general que puede ser utilizada en otros centros.

Resulta interesante el planteamiento hecho por la Consejera de Salud de la posible inclusión de estas técnicas en la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud (SAS), siempre, según sus palabras, en base a las evidencias científicas.

EVIDENCIAS. ACUPUNTURA PARA TRATAR EL DOLOR Y MUCHO MÁS

Es lógico que cuando se plantea la introducción de técnicas y métodos extraños a nuestra cultura médica, a los prácticos nos surjan cuestiones como ¿resultan eficaces para el tratamiento de los problemas de salud de nuestros pacientes?, ¿en nuestro contexto, su efectividad justifica que se incluyan en las prestaciones de los servicios públicos de salud?, ¿cuál ha de ser mi actitud ante un paciente que pide mi consejo sobre el tratamiento de su dolencia con acupuntura?

Son cuestiones complejas cuya respuesta no debe depender de la “fe” (creo en la medicina china), en nuestras simpatías personales (soy muy alternativo y natural) o en el falso supuesto de que... ¡total, como no hace daño!

Intentamos plantear tres cuestiones para el debate y alguna conclusión.

La primera tiene que ver con la actitud de algunos detractores de la acupuntura supuestamente basados en “razones científicas”: La MTC no es una medicina experimental sino empírica, por tanto no es válida. Es imposible validar un sistema médico con más de 3.000 años de antigüedad, cuya historia y pervivencia le sustenta por sí solo. Tendríamos que preguntarnos si cuando auscultamos a un paciente (o realizamos una historia clínica según arte) conocemos o nos preocupa el valor predictivo de nuestras maniobras y preguntas. Desde esta perspectiva, nuestra medicina tampoco sería “científica”. Parece más práctico, pues, que la pregunta de la eficacia se circunscribiese a determinado procedimiento en determinada patología.

La segunda cuestión tiene que ver con los métodos que aceptamos actualmente para incluir una práctica médica en nuestro arsenal diagnóstico o terapéutico: la medicina basada en la evidencia (MBE). Nos han enseñado que después de precisar la pregunta que queremos que nos contesten, debemos consultar revisiones de una fuente independiente y aceptar las prácticas en función del “mejor conocimiento disponible”, siendo el ensayo clínico aleatorizado (ECA) su sustento de mayor fuerza. Lo que conviene saber también son las limitaciones de este enfoque⁹, que se basa en el análisis de los estudios publicados y que podríamos englobar bajo el nombre genérico de sesgo de patrocinio (de cómo el patrocinador influye indebidamente

en el diseño, desarrollo, análisis o publicación de los resultados para que sean favorables a sus intereses). La MBE y los ECA no son “palabra de Dios”.

Conscientes de estas limitaciones analizamos la evidencia disponible para la acupuntura y moxibustión en la Colaboración Cochrane¹⁰ estando disponibles revisiones de 25 patologías publicadas entre noviembre de 1996 y agosto de 2006 y 15 en proceso de elaboración. De ellas, encontramos probables beneficios de la acupuntura en la cervicalgia crónica, las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia, el dolor de hombro, la versión céfalica en la presentación podálica, el dolor lumbar crónico, la profilaxis de náuseas y vómitos con el 6 PC, el dolor de codo, la dismenorrea, las cefaleas idiopáticas y el dolor crónico de rodilla. Prácticamente en todas las revisiones se cita la baja calidad metodológica de los estudios y el pequeño tamaño de las muestras, lo que dificulta sacar afirmaciones concluyentes: ¿ausencia de patrocinio en la investigación con acupuntura?

La tercera cuestión pone encima de la mesa el tema de si la eficacia de la acupuntura es investigable a través de los ECA y por tanto lo único que necesitamos es más dinero para estudios y más formación para que los investigadores los realicen con una metodología correcta. Hay dudas epistemológicas, el ECA parte de la independencia del procedimiento terapéutico y el terapeuta: desprecia lo que se engloba como “efecto placebo”, una intervención fundada pretende modificar los mecanismos causales de la enfermedad (entidad objetiva) y es reproducible en el tipo de paciente para el cual se ensaya. Según los maestros de acupuntura, no hay efecto beneficioso de ésta, si tras la inserción de una aguja no se obtiene el “de qi” (sensación demostrativa de que se ha conectado con el sistema energético del paciente). Es probable que las máquinas no sean capaces de producir “de qi” y que el efecto acupuntural sea inseparable del terapeuta. Para los chinos, el concepto de causa, como lo manejamos en occidente, no existe, ellos hablan de patrones de enfermedad (como describir un paisaje), el terapeuta pretende transformar el patrón influyendo en los flujos de energía de un paciente que es irrepetible: no hay fórmulas terapéuticas generales porque no hay dos pacientes iguales.

También hay dudas metodológicas. ¿Cuál es el grupo de comparación adecuado en acupuntura si queremos ensayar una fórmula concreta de puntos? Se ha comprobado que la puntura de la piel tiene efectos terapéuticos independientes del punto punturado, ¿existe un efecto inespecífico de la acupuntura? ¿Cuál es el grupo placebo?

Otro problema se plantea con la cuestión del cegamiento: el doble ciego es imposible y el ciego simple difícil cuando el sujeto experimental conoce la técnica que se le va a aplicar. Más cuestiones. ¿Fórmulas de puntos prefijadas o fórmulas con algunos puntos variables según el diagnóstico chino?

Queremos concluir con la afirmación de que en la actualidad existe poca evidencia, aunque prometedora, de la eficacia de la acupuntura si consideramos que ésta se genera solamente con los ECA. Esto obliga a los acu-

puntores investigadores a resolver los problemas metodológicos generando criterios conjuntos y de consenso para que los estudios sean comparables. También hay que encontrar nuevos procedimientos de investigación que enfrenten el problema de generar conocimiento de lo eficaz en casos singulares, en casos donde terapia y diagnóstico sean difícilmente separables. Investigar más y mejor.

Pero también concluimos que hay otras fuentes de conocimiento sobre la validez de la práctica: la experiencia comunicada de un profesional consciente de sus sesgos.

Por último, no está de más recordar que medicina no hay más que una: la que resuelve los problemas de mis pacientes y que el principio hipocrático *Primum non nocere* significa para todos los médicos buscar el remedio a la dolencia por la que nos consultan con todo nuestro arte y saber y, en caso de recomendar la intervención de otro compañero, asegurarnos de su cualificación y profesionalidad¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fisher P, Ward A. Complementary medicine in Europe. *BMJ*. 1994; 309:107-11.
2. Kashiba H, Ueda Y. Acupuncture to the skin induces release of substance P and calcitonin related peptide from peripheral terminals of primary sensory neurons in the rat. *Am J Chin Med*. 1991;19:189-97.
3. Takeshige C. Mechanism of the relief of muscle pain by acupuncture. *Acupuncture & Electro-Therapeutics Research*. 1987;12:249-50.
4. Kjartansson J, Lundeberg T, Samuelson UE, Dalsgaard CJ, Heden P. Calcitonin related peptide (CGRP) and transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) increase cutaneous blood flow in a musculocutaneous flap in the rat. *Acta Physiol Scand*. 1988;134: 89-94.
5. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965;150:971-9.
6. Carlsson C. Acupuncture mechanisms for clinically relevant long-term effects-reconsideration and a hypothesis. *Acupunct Med*. 2002;20:82-99.
7. Uvnas-Moberg K, Bruzelius G, Alster P, Lundeberg T. The antinociceptive effect of non-noxious sensory stimulation is mediated partly through oxytocinergic mechanisms. *Acta Physiol Scand*. 1993;149:199-204.
8. Stock S, Uvnas-Moberg K. Increased plasma levels of oxytocin in response to afferent electrical stimulation of the sciatic and vagal nerves and in response to touch and pinch in anaesthetized rats. *Acta Physiol Scand*. 1988;132:29-34.
9. Peiro S. La construcción de la *evidence based medicine*. *Gestión clínica y sanitaria* 2005;4:131-8.
10. <http://www.cochrane.es/>
11. Borrell F. Medicinas complementarias y alternativas: algunas reflexiones desde la bioética. *Aten Primaria*. 2005;35:311-3.