

**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA Y HOMEOPATÍA
SECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**SECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
ESPECIALIZACION EN ACUPUNTURA HUMANA**

**“EXPERIENCIA CLÍNICA DE LA APLICACIÓN
TERAPÉUTICA ACUPUNTURAL EN
LA C.M.F. Y C.I.S. ARAGÓN DEL ISSSTE”**

Tesina

**Para obtener la Especialidad en Acupuntura
Humana.**

Presenta

MARÍA REMEDIOS SANDOVAL MUÑOZ

ASESOR: DR. GABRIEL CARLÍN VARGAS

**“EXPERIENCIA CLÍNICA DE LA
APLICACIÓN TERAPÉUTICA CON
ACUPUNTURA EN LA C.M.F. Y
C.I.S. ARAGÓN DEL ISSSTE”**

DEDICATORIA

**A mi maestro Ángel Rubén Salas Cuevas
Por todo su y tiempo que nos dedica.
Gracias por enseñarnos a:
Que siempre avancemos,
Que si nos caemos nos levantemos,
Si nos detenemos nos empujemos,
Y a nunca retroceder.**



**Equipo de trabajo: Dr. Ángel Salas, Dra. Silvia Santamaría,
Dr. Javier Esquivel y Dra. Remedios Sandoval.**

INDICE

CARTA DE TERMINACION DE SERVICIO A LA COMUNIDAD-----	4
INTRODUCCION-----	5
JUSTIFICACION-----	6
SEMBLANZA HISTORICA DEL ISSSTE-----	7
ANTECEDENTES DE C.M.F. Y C.I.S. ARAGON ISSSTE.-----	9
ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ACUPUNTURA-----	12
LA ACUPUNTURA EN EL ISSSTE-----	15
PROPONEMOS EN EL ISSSTE-----	18
PORQUE UTILIZAR LA ACUPUNTURA-----	15
RESULTADOS DE LA APLICACIÓN CLINICA CON ACUPUNTURA-----	16
ES POR ESTO QUE CONCLUYO-----	27
ULCERA PEPTICA -----	40
GASTRITIS AGUDA -----	41
GASTRITIS CRONICA -----	45
BIBLIOGRAFIA -----	52

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo Clínico-Estadístico describe la experiencia Clínica de la aplicación de la Terapéutica Acupuntural en la Clínica de Medicina Familiar y C.I.S. Aragón, perteneciente a la Delegación Regional Zona Norte del D.F. en el **Instituto De Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)**, Terapéutica que como Servicio Social de tres elementos Médico Cirujanos, especialistas en Terapéutica Acupuntural, se aplicó en ésta Clínica durante los meses de agosto, septiembre y octubre del 2005.

Al efecto se comentan en 7 Tablas descriptivas, la Edad, Sexo y procedencia Institucional y Familiar de nuestros casi 3,500 pacientes, la incidencia relativa de los casos atendidos y tratados con nuestra Terapéutica, la proporción que éstos significaron en el número global de la atención suministrada por nuestra Institución, la Clínica Aragón del ISSSTE. Se incluyen además los comentarios de los pacientes y finalmente el comentario de los suscritos ejercitantes de ésta Terapéutica.

El presente estudio se genera en el momento histórico del Cambio de Paradigma acerca de los Recursos Terapéuticos y la calificación relativa de los Terapeutas y de los Recursos Humanos innovados, así como en los Recursos Humanos y Materiales en las Ciencias Biomédicas, situación sin precedentes a que accede la Humanidad en lo general y al que llega nuestro México en lo particular, en los últimos años del Siglo XX y los primeros años del Siglo XXI.

En el presente documento se establece una propuesta para incorporar en el Sistema Médico del ISSSTE, particularmente en la C.M.F. C.I.S. Aragón , un modelo de cooperación entre la Medicina Alopática y una de las llamadas “Medicinas Complementarias”, la **Acupuntura**, como un intento de ampliar y fortalecer los servicios de salud que ofrece esta Institución, confirmando la visión holística que posee del proceso salud-enfermedad y reafirmar el liderazgo en la aportación e innovación de programas de salud en beneficio de sus derechohabientes.

Se propone un sistema de cooperación y asistencia médica único, que establecerá las líneas de trabajo en las áreas de atención médico acupuntural, académica y de investigación, para coadyuvar en la difícil tarea de compaginar ambas formas de razonamiento médico, con estricto apego a la práctica y análisis médico científico, situándolo como referente en México y Latinoamérica.

JUSTIFICACIÓN

En el contexto actual de limitaciones económicas, de recursos humanos y de infraestructura, en contraste con las crecientes demandas sociales, de nuestro país; la prestación de los servicios de salud se vuelven una prioridad de tal manera que deben de contar con la calidad y eficiencia de una atención científica y profesional además de contar con la atención y calidez humana, todo ello supeditado a parámetros de costo - beneficio.

Del mismo modo es importante precisar que la práctica médica tiene como único objetivo preservar y recuperar la salud del enfermo sirviéndose del conocimiento y manejo de técnicas de diferentes disciplinas, de manera tal que en la medida que los servicios de salud ofrezcan una mayor diversidad de recursos terapéuticos estarán en mayores condiciones de lograr una mayor efectividad en el tratamiento de cada paciente.

En este sentido cabe considerar que la medicina actual no puede seguir siendo una disciplina rígida y poco receptiva a otras alternativas terapéuticas como lo es la acupuntura, más aun cuando esta disciplina médica es reconocida desde 1997 por la OMS como eficiente, en el tratamiento de diversas patologías. ¹(NOM-172-SSA1-1998 Relativa a los criterios de operación para la practica de la acupuntura humana y métodos relacionados).

La medicina tradicional china y en particular la Acupuntura han generado su propio cuerpo de conocimiento que le han permitido constituirse en la actualidad como una alternativa que complementa la práctica médica y constituye un recurso de considerable valor. La Acupuntura puede coadyuvar en el ejercicio actual de la medicina, toda vez que han sido comprobadas sus bondades terapéuticas.

SEMBLANZA HISTORICA DEL ISSSTE.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

La Seguridad Social es una Institución nacida de la Solidaridad Humana, manifestada a través de ayudar a grupos o individuos en estado de necesidad o desgracia.

En México las Prácticas de Seguridad Social datan desde la época prehispánica, posterior a la conquista se establece la práctica de Instituciones de propiedad comunal de bienes y de trabajo colectivo así mismo se introduce la ideología del humanismo defendida por los clérigos.

En un inicio la ayuda fue un acto privado de persona a persona, al aumentar los problemas de necesidad de la población, surgieron instituciones auspiciadas por religiosos o grupos de altruistas descansando siempre en la idea de caridad.

Durante la Revolución Francesa se declara al Estado como responsable de la Asistencia Social dando trabajo a los medios para subsistir. En el siglo XIX se tiende a reivindicar a los obreros y se reclaman los derechos de los trabajadores y sus familias, obligando al Estado a intervenir mejorando y ampliando los Servicios de Asistencia Pública y creando Instituciones como los Seguros Sociales.

En 1861 con la Presidencia del Lic. Benito Juárez termina la etapa de la Caridad Cristiana y se inicia la Beneficencia Pública con la creación de la Dirección General de Fondos de Beneficencia.

Se dan varios cambios de tipo Sociales a fines del siglo XIX y principios del siglo XX en nuestro país.

El antecedente histórico del Instituto se remonta a la aprobación de la Ley General de Pensiones Civiles el 12 de Agosto de 1925 operó como Institución de Seguros, Ahorro y Crédito. Avanzando hacia un concepto más amplio de Seguridad Social en 1947 con el inicio de los Servicios Médicos como el Seguro ante Riesgos Laborales. Ampliando la gama de prestaciones.

El 1° de Noviembre de 1938 surge la FETSE la Federación de Sindicatos de los Trabajadores del Estado. Con personalidad jurídica propia.

El 28 de Diciembre de 1959 siendo Presidente de la Republica el Lic. Adolfo López Mateos presenta ante el Congreso la iniciativa de Ley que daba origen al Instituto al ser aprobada se transforma a la Ley General de Pensiones Civiles y de retiro en el ISSSTE a partir del 1° de Enero de 1960.

Se concreta en la Ley una Visión Integral de la Seguridad Social con prestaciones relativas a la Salud, Sociales, Culturales y Económicas haciéndose extensivo el beneficio a los familiares de los trabajadores.

La atención médica se deba a través de subrogados a Hospitales particulares. El 16 de Mayo de 1961 inicia sus Funciones el Hospital 20 de Noviembre, funcionando como unidad de concentración Nacional desde entonces, en 1962 se integran al ISSSTE las Secretarías del Estado, varios organismos descentralizados tanto en el D.F. como en los Estados “Servicios Médicos Foráneos”, los subrogados por unidades propias. Con un modelo para reparar el daño a la salud que presentaba la población.

En 1986 se regionalizan los Institutos De Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. Servicios Médicos en un Modelo Multifactorial de ámbito regional que tomara en cuenta el número de población derechohabiente.

Actualmente la organización de modelo asistencial se basa en un sistema regionalizado y escalonado por niveles de atención complejidad, conforme a lo establecido por la OMS, con un enfoque preventivo con el nuevo modelo de Atención de Medicina Preventiva Familiar.

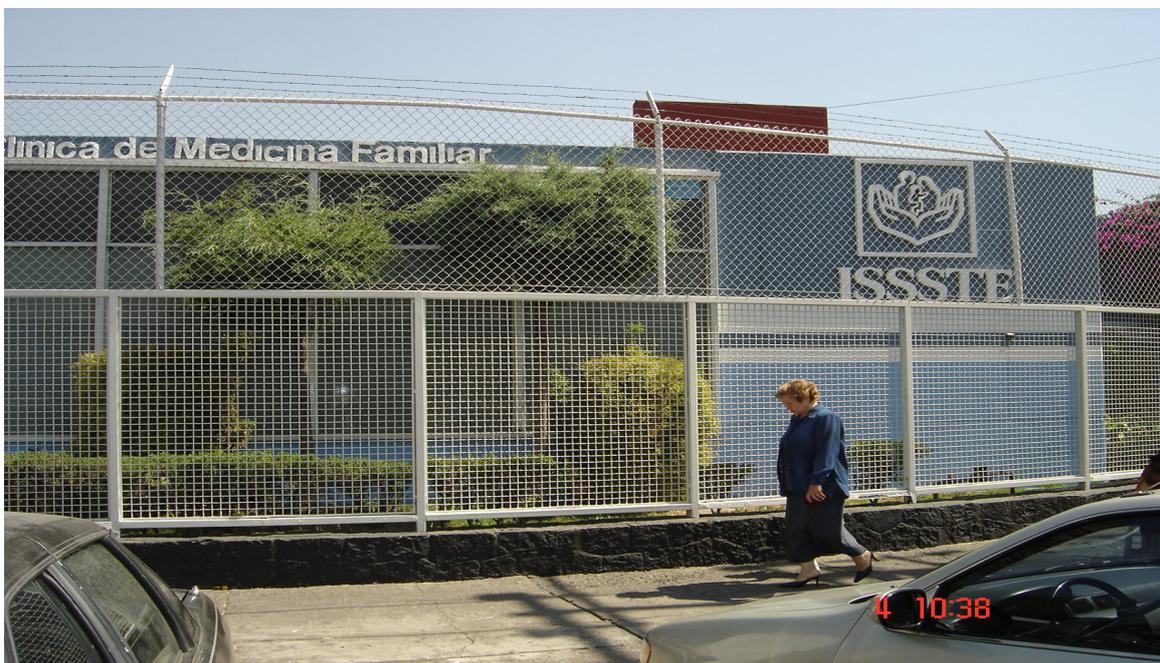
Población inicial del ISSSTE en 1960 = 487,742

Población Actual del ISSSTE EN 2005 = 12,858,279
(Dpto. Estadística Oficinas Centrales ISSSTE)

ANTECEDENTES DE C.M.F. Y C.I.S. ARAGON ISSSTE.

La Clínica de Medicina Familiar “Aragón” inicio sus actividades el 30 de Junio de 1964, en una casa habitación, rentada por el Instituto y adaptada para tal fin en las calles de Montevideo. Las actividades asistenciales se realizaban en 3 turnos de 4 hrs. Cada uno.

Fue inaugurada el 23 de julio de 1964 como inmueble propiedad del Instituto. Tiene como domicilio Oficial: Calle de Moctezuma No. 168, col. Aragón la Villa, Delegación Política Gustavo A Madero.



Cuenta con una superficie total de 2,106.77 m².

Área construida 1,423.98 m².

Áreas verdes: 322.79

Área de estacionamiento: 360 m²

Su universo de trabajo comprende 17Km². Atiende a 39 colonias del noreste de la delegación Gustavo A. Madero

Población adscrita:

Aproximadamente 105,000 derechohabientes para 2004 (8.74% de la población total de la delegación Gustavo A. Madero: 1,235.542 habitantes (INEGI)

Para marzo del 2003: 104,466 derechohabientes (fuente vigencia de derechos)

La población usuaria en septiembre del 2003: 56,208, y en mayo del 2004: 57,802. para julio del 2004 58,461. Con un promedio de altas mensuales de 300 expedientes. (Fuente archivo clínico)

Promedio de consulta diaria de 600 a 700.

Pacientes atendidos por mes de 11,000 a 14,000. incluye 2000 consultas odontológicas.

Abatimiento de aproximadamente el 25% de licencias médicas

Programa de atención médica continua aproximadamente 600 casos atendidos

Apoyo a unidades medicas cercanas.

Programas de apoyo

Programa convive a nivel delegacional, estatal, D.F. y en el interior de la República.

Grupo de apoyo. Pacientes con enfermedades crónico-degenerativas (Hipertensión Arterial, Obesidad y Diabetes Mellitus).

Proyección a la comunidad. A través de talleres de pintado de cerámica, donde también participa el personal de la unidad.

Organización de la Clínica

Áreas:	Personal
Área directiva	3
Atención médica	39
Atención odontológica	5
Archivo	11
Vigencia de derechos	4
Farmacia	5
Trabajo social	5
Enfermería	36
Medicina preventiva	4
Informática	2
Laboratorio	3
Recursos humanos	2
Apoyo a servicios	8



Dr. Javier Esquivel en consulta de Acupuntura
Paciente firmando carta de consentimiento.



Estatuilla que representa la práctica de la Acupuntura.

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ACUPUNTURA

Para la ciencia moderna, el proceso de inclusión de otras formas de razonamiento le resulta difícil y complejo; la misma objeción, la encuentran otras formas de razonamiento del proceso salud-enfermedad, distintas al desarrollo actual y dominante de la medicina alopática o medicina científica, por considerar que no se realizan conforme a la metodología propia de la ciencia, por lo que son descalificadas al etiquetarlas como empíricas o de escaso valor científico, tal condición es la que se observa en el progreso y práctica de las denominadas medicinas tradicionales.

Actualmente la ciencia médica se encuentra frente a la organización, desarrollo y sistematización de estas medicinas tradicionales, hasta hace poco descalificadas, que han demostrado cada vez más su valía terapéutica en todo el mundo, donde se han desarrollado y practicado bajo la aceptación de la población que las utiliza y se favorece de los beneficios económicos que conllevan.

Estas condiciones han favorecido que desde los años setenta y ante la preocupación de los gobiernos de todo el mundo, por cubrir sus demandas de salud hayan considerado a las medicinas tradicionales en la que se incluye a la **Acupuntura** como uno de los medios reales para cumplir tales expectativas. Fisher¹ establece una comparación de la demanda de atención de la población europea hacia la medicina alopática y las medicinas tradicionales que resaltan su alta demanda.

En efecto, a partir de las Reuniones Internacionales convocadas por la Organización Mundial de la Salud denominadas Beijing- 1976 y Alma Atá- 1978 sobre las Medicinas Tradicionales y las Medicinas Alternativas respectivamente, en las que las Autoridades Sanitarias de los Países miembros de OMS, los que reconocieron y validaron la existencia y la práctica sistemática en todos los Continentes y Regiones Etnoculturales del Mundo del conjunto de Medicinas llamadas Alternativas ó Complementarias ú Opcionales, tanto en Comunidad Urbana como, mayormente en Comunidad Rural y así son una forma No Oficial de práctica de la Salud Pública, por lo que se propuso su reconocimiento y su actualización en la medida que fuesen capaces de demostrar ante las Autoridades Sanitarias, las bondades de sus Terapéuticas.¹

El reconocimiento y aceptación institucional de estas terapéuticas fue impulsado con la declaración de Alma Ata auspiciada por la UNESCO en 1976, donde establece “que los gobiernos favorezcan la política de integración de las medicinas tradicionales en el sistema general de asistencia sanitaria de cada país, a fin de facilitar las metas en materia de salud”. Asimismo cuando la Organización Mundial de la Salud en el año de 1979 estableció un propósito universal de lograr la “**salud para todos en el año 2000**”. Y sentencio “La **Acupuntura** no es una panacea, pero posee una fuerte evidencia de que puede ser un procedimiento serio en la clínica de considerable valor”². Asimismo fueron señaladas más

¹ Fisher P. “La Medicina Alternativa en Europa”. The British Medical Journal 1994

² World Health Organization

de cuarenta enfermedades donde la práctica acupuntural es de utilidad y aporta algún tipo de beneficio.

En México, aparecen en el Diario Oficial de la Federación del 7 de mayo de 1997, la Reformas a la Ley de Salud, en las que se menciona a la Acupuntura, Homeopatía y a la Herbolaria como alternativas a la Alopátía, 19 años después de la propuesta de Alma Atá.

Estas políticas mundiales de salud en materia de las medicinas tradicionales han generado una gran diversidad de líneas de trabajo en todos los países, sobresalen las relacionadas con la de normatividad para la práctica profesional de cada una de ellas.

México, atento al movimiento universal de aceptación de las medicinas tradicionales, ha realizado acciones importantes a este respecto, sobresalen los trabajos de 1989 y 1994, donde la Secretaría de Salud elaboró una clasificación de medicina tradicional y medicinas paralelas, en la cual ubicó a la Acupuntura. Asimismo la elaboración en 1998 del Proyecto de Norma Oficial Mexicana para el ejercicio de esta disciplina que concluyo con la aprobación y publicación de la NOM-172-SSA1-1998 relativa al ejercicio de la Acupuntura Humana y Métodos Relacionados, el 7 de mayo del 2002, en el Diario Oficial de la Federación.

Para comprender la magnitud de estos acontecimientos resulta necesario señalar la larga trayectoria de aproximadamente 23 años, de enseñanza y difusión de la Acupuntura por diferentes grupos médicos con una formación medica universitaria, que los distinguió de los grupos no médicos (que inicialmente eran más representativos de esta terapéutica) que hicieron posible la conformación de programas de estudios formales de la acupuntura en Instituciones de Enseñanza Superior.

Las Instituciones participantes fueron la Universidad Autónoma Metropolitana plantel Xochimilco desde 1983, la Universidad Nacional Autónoma de México desde 1984 en su plantel Zaragoza y posteriormente en su plantel Iztacala, **el Instituto Politécnico Nacional desde 1987. Siendo el Instituto Politécnico Nacional el primero en conseguir el grado de Especialidad Médica en Acupuntura con reconocimiento de la Dirección General de Profesiones**, en el año de 1997 y la Universidad Autónoma Metropolitana en el año de 1999. En la actualidad se identifica el interés de otras Instituciones de Enseñanza Superior por incorporarla a sus planes de estudio de postgrado. Como queda de manifiesto con la instauración de la Licenciatura en Acupuntura en la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec en el año 2001.

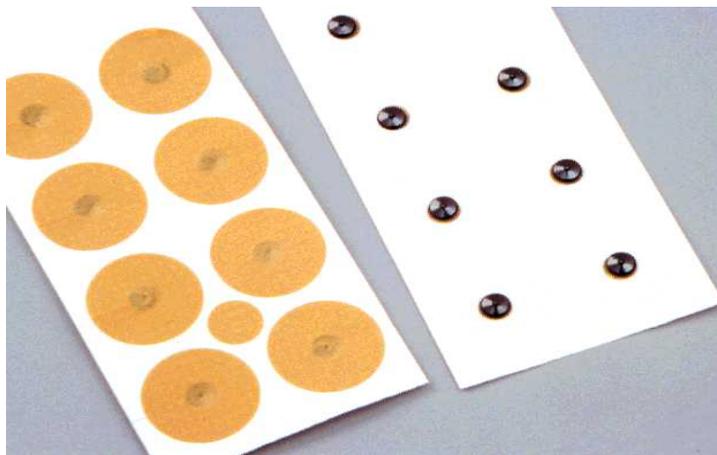
Paralelamente al desarrollo académico, se observa un desarrollo clínico que a proporcionado una experiencia propia e instala a nuestro país con un alto nivel en la práctica de la Acupuntura, es necesario distinguir que la práctica particular individual, se inicio desde los orígenes mismos de la introducción de la Acupuntura en México (1960), sin embargo el desarrollo formal de esta terapéutica se consigue con la apertura de espacios clínicos en las Instituciones de Enseñanza Superior donde se realiza simultáneamente la preparación y capacitación de los futuros médicos acupuntores, resaltan la clínica de

acupuntura de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala ahora Facultad de Estudios Superiores Iztacala, que funciona desde el año de 1985; y la clínica del Instituto Politécnico Nacional que labora desde 1989.

Mención especial merece la apertura de la Clínica de Acupuntura Humana en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, que inició formalmente sus actividades en febrero del 2001 y constituye el primer ámbito ideado para la práctica acupuntural en una Institución de Salud de Tercer Nivel de Atención, que la han convertido en una referencia obligada en la evolución y desarrollo de la práctica de la acupuntura a nivel mundial.



Magnetos



LA ACUPUNTURA EN EL ISSSTE.

Memoria Clínic-Estadística.

La presente Memoria Clínic- Estadística describe la experiencia Clínic de la aplicación de la Terapéutica Acupuntural en la Clínica de Medicina Familiar y C.I.S Aragón, perteneciente a la Delegación Regional Zona Norte del D.F. en el **Instituto De Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado**, Terapéutica que como Servicio Social de tres elementos Médico Cirujanos, especialistas en Terapéutica Acupuntural, se aplicó en ésa Clínica durante los meses de agosto, septiembre y octubre del 2005.

Por lo que se presenta la glosa estadística de nuestro desempeño en la primera aplicación en Clínica oficial de ésa Terapéutica Alternativa, en observancia de las modificaciones a la Ley de Salud del 7 de mayo de 1997 y sus modificaciones subsecuentes del mismo rubro de las Medicinas Alternativas.

Nuestro Objetivo General, fue demostrar ante las Autoridades de nuestra Dependencia de Servicio Público, el que la **Acupuntura** es un servicio, jurídicamente validado ante la Secretaría de Salud y que nosotros estamos validando ante la Autoridad Sanitaria del ISSSTE y que tiene las dimensiones de establecerse como una Terapéutica más, a bajo costo, al servicio de los Trabajadores del Estado, dentro de la Política de Salud Pública que, encabezada por la Organización Mundial de la Salud, donde se inició hace casi 30 años lo que constituye el hecho histórico, del Cambio de Paradigma, en materia de restablecimiento de la Salud de nuestros conacionales, de tal manera que el ISSSTE se transforme en la Institución innovadora, ahora con las Terapias Alternativas u Opcionales, en las que el paciente pueda ejercer su derecho a seleccionar la Terapéutica que le sea más recomendable.

De ésta manera el ISSSTE estará en la privilegiada posición de dirigir, la nueva Educación Superior, en Terapéuticas Alternativas, si iniciamos, a nivel ISSSTE Nacional, Cursos de Nivel Profesionales de la Salud en Acupuntura, Homeopatía, Herbolaria y Alopátia, Cursos en los que además de Informar a nuestro personal ó aquel profesional interesado, que se acerque a nosotros, donde ofertáramos, además, las bases teóricas de las Terapéuticas.

El presente estudio se genera en el momento histórico del Cambio de Paradigma acerca de los Recursos Terapéuticos y la calificación relativa de los Terapeutas y de los Recursos Humanos innovados, así como en los Recursos Humanos y Materiales en las Ciencias Biomédicas, situación sin precedentes a que accede la Humanidad en lo general y al que llega nuestro México en lo particular, en los últimos años del Siglo XX y los primeros años del Siglo XXI.



Dra. Remedios Sandoval aplicando Acupuntura en C.M.F. Aragón

Cuando se escribe el presente trabajo, la autora ha realizado estudios sobre la Terapéutica Acupuntural, primeramente en la Escuela Energética del Dr. Maurice Mussat en 1991, en la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, de la Universidad Nacional Autónoma de México durante el año de 1992 y en donde la suscrita actúa como Instructora de los nuevos grupos desde 1994 hasta 1999, como auxiliar del Dr. Miguel José Reyes Campos y de la Dra. Magdalena Rodríguez Flores y, posteriormente realizó los estudios en la Sección de Estudios de Postgrado e Investigación de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional, en donde se impartió un Curso de Acreditación para Médicos Acupunturistas, dirigido a Médicos Titulados que ejercen la Terapéutica Acupuntural, desde Enero hasta Noviembre del año 2005, en el Área de Acupuntura Tradicional China que dirigió el Dr. Gabriel Carlín Vargas.

En el ínterin la suscrita actuó como Maestra en Acupuntura Bioenergética en diversos Cursos e Instituciones y más recientemente hemos actuado en promoción de la Terapéutica Acupuntural en mi Institución el ISSSTE en la Organización y Realización de Cursos Institucionales sobre Medicinas Alternativas y sobre Terapéutica Acupuntural sinóptica en las Clínicas de Medicina Familiar de Perú y Guerrero respectivamente con apoyo del Grupo Fractus, con los CC. Dres. Ángel Salas Cuevas y Víctor Baltazar Villavicencio así como la Dra. Amalia Medina Uribe y el Dr. Javier Esquivel González todos ellos del Grupo Fractus de Investigación Básica en Terapéuticas Alternativas y sin ignorar que la Acupuntura se establece en el ISSSTE en la Clínica del Hospital 20 de Noviembre desde el año de 2001 con el Dr. Arturo Gómez Mera.

Actuamos también como miembro de los grupos consultivos sobre Terapéutica Acupuntural a los que convocó la Secretaría de Salud desde el 2001 en la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural bajo la convocatoria del Director de ésta, el Dr. José Alejandro Almaguer González y en el seno de los cuales se proponen los Artículos que sobre las Terapéuticas Alternativas en Acupuntura, Homeopatía y Herbolaria y Fitoquímica, se promulgarán en el transcurso del presente año como Reformas a la Ley de Salud en las que **el 8 de diciembre del 2005, las Cámaras de Senadores y Diputados**

aceptaron oficialmente la Medicina Tradicional Mexicana y la suscribe la Presidencia de la República. Asimismo somos miembros del Grupos Interdisciplinarios de Investigación Básica en Acupuntura, Homeopatía y Herbolaria.



Dra. Silvia Santamaría con un paciente de Parálisis facial



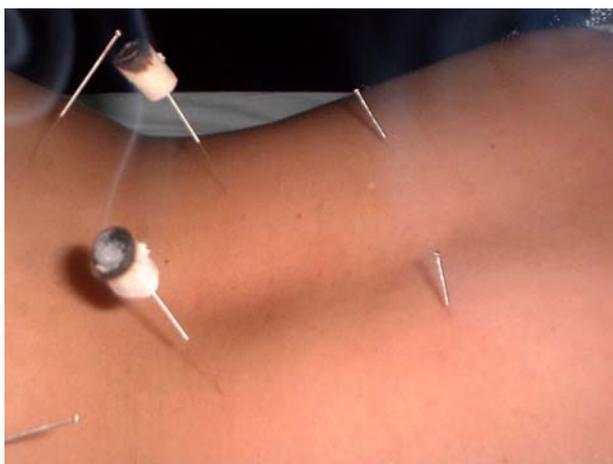
Pacientes de C.M.F. Aragón

PROPONEMOS EN EL ISSSTE

En éste contexto, la aceptación oficial de las Terapéuticas Alternativas es una acción que deben realizar los Terapéutas Alternativos, por disciplina a la Autoridad de Salud de los países, y con un carácter perentorio y de ocupación para el resto de nuestros días:

- 1) Reformar las Leyes de Salud Federal y Estatales vigentes que excluyen o no incluyen a las Terapias Opcionales.
- 2) Incluir a las Terapéuticas Alternativas en el Sistema Nacional Hospitalario, en especial ISSSTE.
- 3) Desarrollar los cambios en los Programas educacionales de las Instituciones de Educación Superior, y con un fuerte carácter interdisciplinario, en los Niveles de Licenciatura y Postgrado, casi enteramente concebidos y desarrollados en la Alopátia.
- 4) Instituir en nuestra Institución y en las Instituciones de Salud del Gobierno de la República, la Clínica de Acupuntura, como una opción curativa de bajo costo.
- 5) Desarrollar la Investigación Básica y Clínica necesarias para actualizar la Teoría de cada Terapéutica y
- 6) Desarrollar campañas de información para el público de áreas Rurales y Urbana y convencerles que son ellos los pacientes, los que ahora tendrán la opción de seleccionar su Terapéutica y sus Terapeutas.
- 7) Preparar una Campaña de Conferencias y Cursos Teórico- Prácticos con Médicos y con carácter de Postgrado, además de incidir en las escuelas Superiores para la formación de Recursos Humanos con perspectiva interdisciplinarias, educandos de las Escuelas de Educación Superior del ámbito Salud Humana, Veterinaria y Agronómica y Forestal y aún Pesquera, tanto como en la Química Farmacéutica, la Biología y la Física y la Fisicoquímica y la Psicología, pues es de la Naturaleza, donde se generó nuestra terapéutica y en el ámbito de la Bioelectricidad y es en ella donde encontraremos los nuevos rumbos en la Salud Humana y Animal y Vegetal de los que tan urgida se encuentra nuestra Sociedad.
- 8) De ahora en adelante habrá que pensar que el Paralelismo Psicofísico, no es un invento para salir del paso y desde los Efectos Placebo hasta el Efecto Mozart, tiene a través de la Mente Humana, una realidad Biofísicoquímica, cada vez más evidente lo que llevó al actual Dalai Lama a decir aquí en México, que el Budismo no es una Religión, es una Terapéutica del Espíritu.
- 9) Controlar los pseudomédicos y pseudomedicamentos, que en avalancha intentarán vender sus productos en perjuicio del Cambio de Paradigma que preconizamos.

- 10) Tanto como controlar la reacción de ...!!!te lo dije!!!... que ya se empieza a registrar en los Terapeutas de otras Medicinas Alternativas, que ahora, y muchos de ellos sin haber hecho el menor esfuerzo, se sentirán la Medicina Hegemónica del inmediato futuro.



Moxa



Láser

PORQUE UTILIZAR LA ACUPUNTURA

En el contexto actual de limitaciones económicas, de recursos humanos y de infraestructura, en contraste con las crecientes demandas sociales, de nuestro país; la prestación de los servicios de salud se vuelven una prioridad de tal manera que deben de contar con la calidad y eficiencia de una atención científica y profesional además de contar con la atención y calidez humana, todo ello supeditado a parámetros de costo - beneficio.

Del mismo modo es importante precisar que la práctica médica tiene como único objetivo preservar y recuperar la salud del enfermo sirviéndose del conocimiento y manejo de técnicas de diferentes disciplinas, de manera tal que en la medida que los servicios de salud ofrezcan una mayor diversidad de recursos terapéuticos estarán en mayores condiciones de lograr una mayor efectividad en el tratamiento de cada paciente.

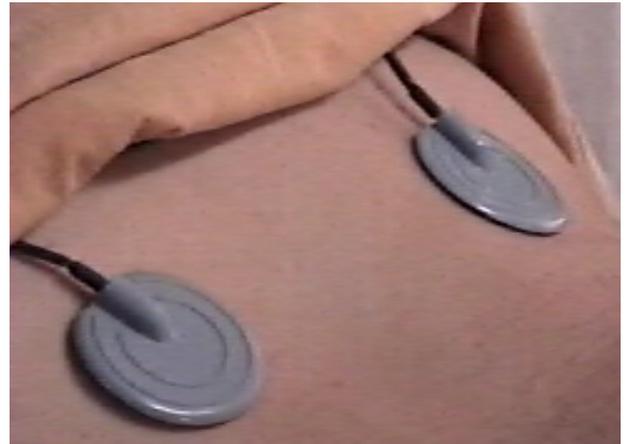
En este sentido cabe considerar que la medicina actual no puede seguir siendo una disciplina rígida y poco receptiva a otras alternativas terapéuticas como lo es la acupuntura, más aun cuando esta disciplina médica es reconocida desde 1997 por la OMS como eficiente, en el tratamiento de diversas patologías.

La medicina tradicional china y en particular la acupuntura han generado su propio cuerpo de conocimiento que le han permitido constituirse en la actualidad como una alternativa que complementa la práctica médica y constituye un recurso de considerable valor. La acupuntura puede coadyuvar en el ejercicio actual de la medicina, toda vez que han sido comprobadas sus bondades terapéuticas.

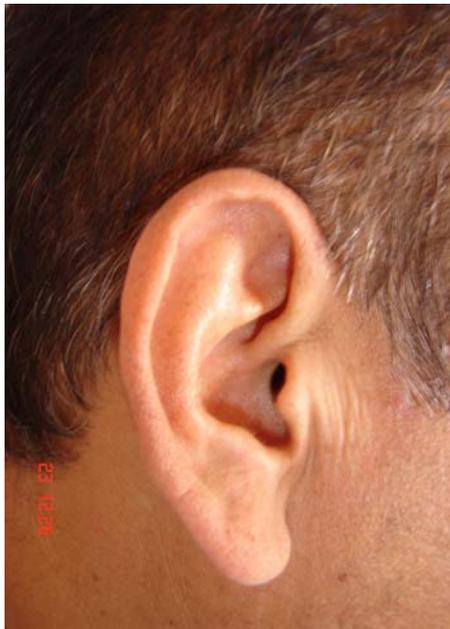
Métodos empleados en la Clínica de Acupuntura



Ventosas



Electroestimulador



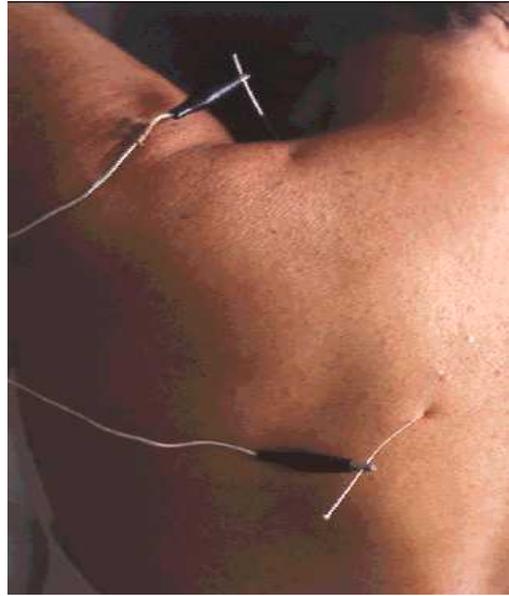
Auriculoterapia



Dx. Por lengua



Moxa



Electroacupuntura

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN CLÍNICA CON ACUPUNTURA EN LA C.M.F. Y C.I.S. ARAGON DEL ISSSTE.

El problema a resolver es instrumentar los mecanismos más adecuados para aproximarse a ella y adherirla al cuerpo de conocimiento científico de la medicina moderna, y en su caso poder valerse de ella para contribuir en las demandas de atención de la población participando en los diferentes niveles de atención.

Al efecto se presentan como anexos, 7 tablas numeradas de la 1 a la 7 y 10 gráficas, analizadas como Estadigrafías Descriptivas como Series en el Tiempo en los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2005 y se refieren: a) por sumación; b) por promedios y coeficientes de variación porcentual (que se presentan entre paréntesis); todos ellos a 0.1 de confiabilidad con la Prueba de Student, con la nota estadística de que nuestro universo muestral es aún muy restringido.

En ésta inteligencia se escribe la siguiente Memoria de aplicación de la Terapéutica Acupuntural en la Clínica de Medicina Familiar y C.I.S. Aragón, perteneciente a la Delegación Regional Zona Norte del Distrito Federal del Instituto De Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

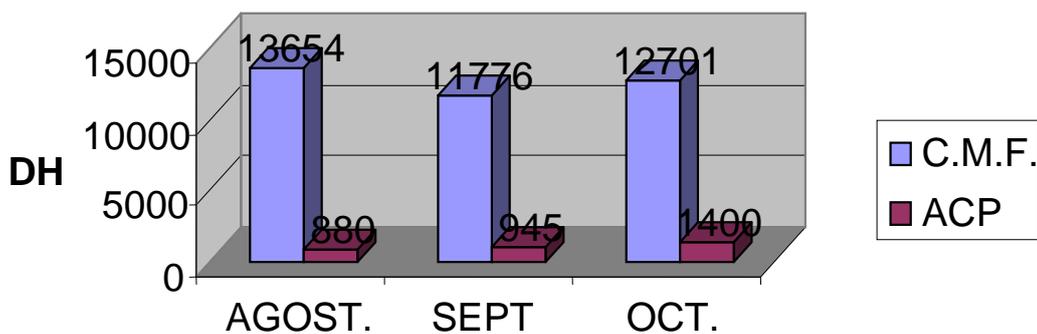
Tabla 1.- La demanda del Servicio en sus niveles diario, mensual y general; Se trataron 3,225 casos, de los cuales 816 en 1ª. Consulta y 2,409 en consultas subsecuentes, en la Tabla 3, significan el 14.15 % de todas las Primeras consultas de la Clínica Aragón y el 9.91 % de los subsecuentes en el mismo ámbito.

El número de pacientes atendidos mensualmente sigue una curva creciente, de manera bimodal (Gráfica anexa), siendo 880, 945 y 1,400 en cada uno de los meses referidos, lo que constituye el total documentado de 3,225.

El número de promedio de pacientes por día, aumentó de 26 hasta 75, mostrando una máxima de 82... y con un incremento mensual del 28 %, por lo que el poblamiento debe duplicarse cada 2.4 meses...lo que significó el que tuvimos que ingresar a 2 elementos médicos adicionales (practicantes de Actualización curricular en Acupuntura del I.P.N.) y muy recientemente a otros dos más , para la atención de esa demanda y en consecuencia se experimentó un déficit de sitios físicos para su cabal atención.

Gráfica 1.

DEMANDA DE CONSULTA C.M.F. Y ACUPUNTURA



I.- LA DEMANDA DEL SERVICIO DE ACUPUNCTURA.

Tabla I. La demanda diaria (promedio semanal (coef. de variac. %)).

	Agosto	Septiembre	Octubre	Total
No. pacientes	880	945	1,400	3,225
Prom. diario	42(26)	55(50)	75(60)	
1ª. Semana	26	53	71	
2ª. Semana	44	54	72	
3ª. Semana	47	55	75	
4ª. Semana	52	60	81	

Gráfica 2.

INCREMENTO DE LA CONSULTA DE ACUPUNTURA

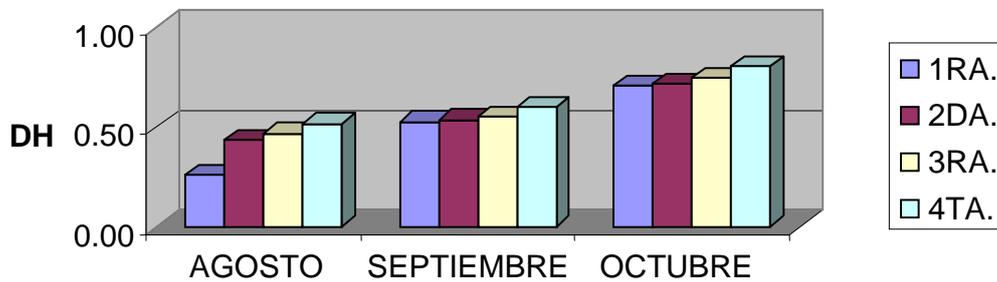


Tabla 2.- La Evolución en el tiempo del número de pacientes; éste depende del tipo de padecimiento que presenta el paciente pues hay tratamientos que ceden después de 3 a 4 consultas y otros que requieren hasta 8 consultas ó más, los que se acumulan a lo largo de los días del mes configurando atención desde 1 hasta 9 consultas en éste tiempo.

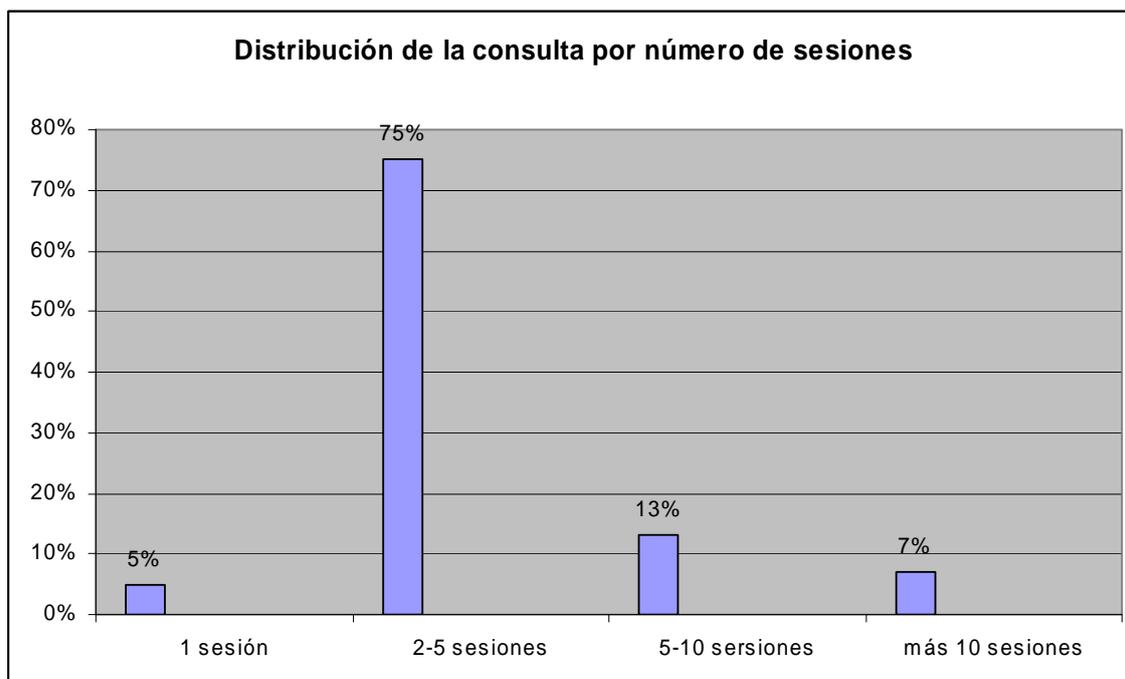
Tabla 2. El ejercicio Terapéutico Acupuntural.

No. de consulta	agosto	septiembre	octubre	Total
1a.	336: 38 %	284: 30 %	196: 14%*	816: 25 %
2 ^a .	244: 28	195: 21	288: 21	Los restantes pacientes, en número de 2,409 constitu- yen el 75 %...
3 ^a .	177: 20	257: 27	312: 22	
4 ^a .	123: 14	109: 12	156: 11	
5 ^a .		103: 10	121: 9	
6 ^a .			116: 8	
7 ^a .			112: 8	
8 ^a .			99: 7	
9 ^a .				
Total	880	945	1,400	3,225: 100.0 %

* A causa de la saturación de nuestro servicio, se va a recibir, en 1^a. consulta a 200 pacientes mensuales ...(ya hay citas hasta enero...)

Esta gráfica muestra que al 75.00% de los pacientes se les proporcionan entre dos y cinco sesiones, esto es congruente al número de sesiones estipulado en la norma oficial, para realizar una evaluación que permita definir si es viable o no para el paciente continuar con la terapia acupuntural.

Gráfica 3



Realizando un desglose de 1-5 sesiones se obtiene la siguiente distribución. El 5% recibe sólo una sesión. El 33 % recibe dos, tres sesiones el 25%, solo el 10% llega recibir cuatro sesiones y es menor aún los que reciben las cinco sesiones el 7%. Por lo que debe pensarse en el abandono del tratamiento o la evolución favorable en los casos de padecimientos agudos

En el grupo de seis a diez sesiones le corresponde sólo un 13% del total; las patologías que pueden presentarse aquí son las correspondientes a las enfermedades crónicas de difícil evolución que requieren de un tratamiento más prolongado así como de un seguimiento. El desglosamiento presenta el siguiente patrón sexta sesión 4.5%, séptima sesión 2.8%, octava sesión 2.5%, novena sesión 1.7%, décima sesión 1.5%.

El último grupo, entre diez y quince sesiones, corresponde a los pacientes con seguimiento de su patología, a los que se les ha proporcionado más de dos series de tratamiento, corresponde al 7% de la consulta. Sesión 11, 1.5%, sesión 12, 1.3%, sesión 1.2%, sesión 14 1.1%, sesión 15 1%. Se puede hacer la inferencia de que han aceptado favorablemente la terapéutica.

Tabla 3.- Se hace una comparación del Servicio de Acupuntura en el ámbito de nuestra Clínica Aragón: habida cuenta las Tasas variables de la Clínica Aragón , como de nuestro Servicio en particular durante los 3 meses analizados, diremos además, nuestra evolución global varía desde un 7.47 % hasta el 11.02 % de los casos totales de la Clínica Aragón.

Tabla 3: La Clínica de Acupuntura en nuestro contexto de la Clínica Familiar Aragón del ISSSTE, durante los meses de Agosto, Septiembre y Octubre.

	Agosto			Septiembre			Octubre			Prom.
	Aragón	Acup	%	Aragón	Acup	%	Aragón	Acup.	%	
1ª. Consl	2,352	336	14.28	1,194	349	23.78	4,331	196	4.52	14.15
Sub secue	11,302	544	4.81	10,582	596	5.43	8,370	1,204	14.38	9.91
Suma	13,654	880	6.44	11,776	945	7.47	12,701	1,400	11.02	9.36

Gráfica 4

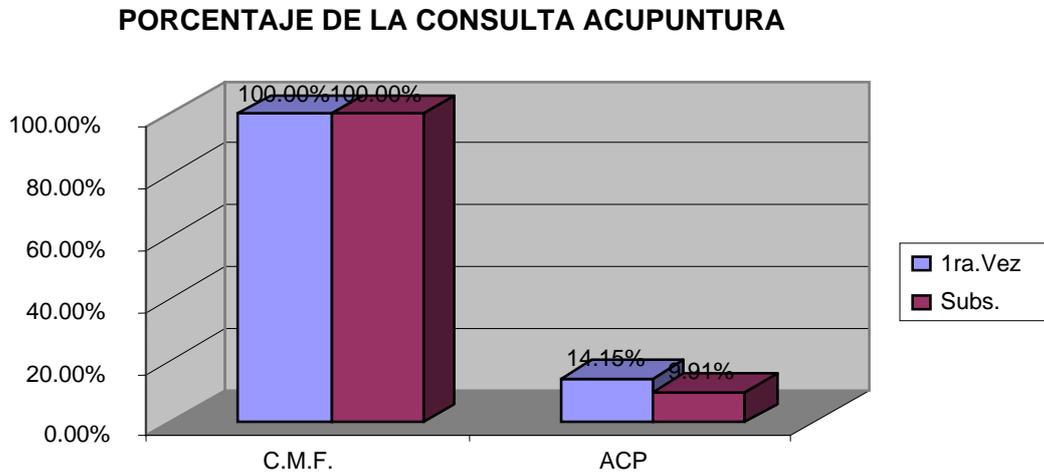
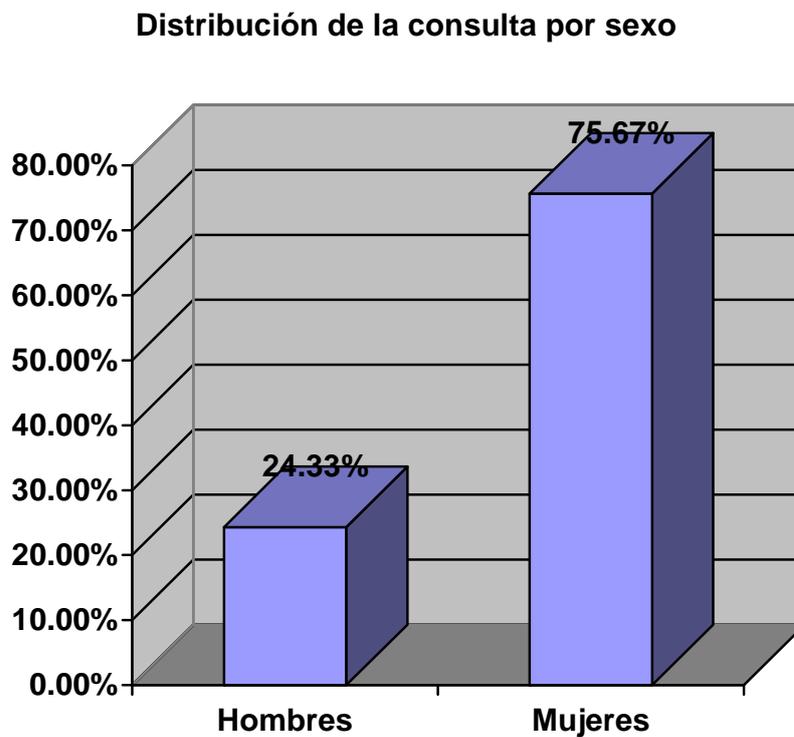


Tabla 4.- Se refiere el Status jurídico de nuestros pacientes: aquí diremos que nuestros derechohabientes femeninos son mayores, por una proporción de 3 a 1, que los de sexo masculino.

Gráfica 5



Asimismo, diremos que nuestros derechohabientes son el 60 % de la población tratados y que cerca del 30 % de éstos, que son **la clase más frecuente** y son derechohabientes pensionados.

El restante 40 % lo constituyen los familiares de los derechohabientes, éstos sí en relación 1 varón: 1 mujer... y se refiere en primera instancia a los cónyuges (cerca de 15 %), seguidos de los progenitores (sobre 20 %) y el restante 5 % a suprogenie.

Tabla 4.-Tipo de Derechohabientes

	agosto	sepbre.	octubre	Prom.
Total Hombres%	23 %	30 %	20 %	24.33 %
Total Mujeres %	77 %	70 %	80 %	75.67 %
Derechohabiente hombres	10	12 %	14 %	12.00 %
Derechohabiente mujer	14	18	20	16.00%
Derhbtes. Pensionados	30	30	24	28 .00%
subtotal	54%	60 %	58 %	57.33 %
Esposa	11	10	10	10.33 %
Esposo	5	6	7	6.00 %
Madre	14	13	10	12.33 %
Padre	5	7	10	7.33 %
Hijo	5	2	2	3.00 %
Hija	6	2	3	3.60 %
subtotal	46%	40 %	32 %	42.67 %

Nota: muchas personas derechohabientes se han dado de alta en nuestra Clínica a causa de la institución de nuestra Clínica de Acupuntura.

Gráfica 6.

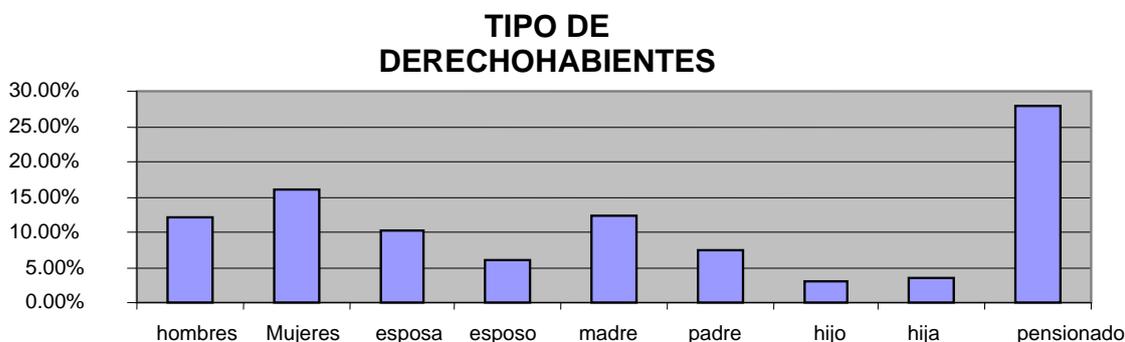


Tabla 5.- Se describen los estratos etáreos de los pacientes y : con la nota anterior de que el 75 % de nuestros derechohabientes atendidos son mujeres, aquí añadiremos que no se reciben Lactantes ni 1ª. Infancia y que nuestros pacientes concurrentes se describen desde los 10 años hasta los 80 años y son las clases más frecuentes de los 39 a los 59 años, los que conjuntan sobre el 66 % y los que se muestran en crecimiento relativo a la vez que parece disminuir el interés por nuestra Terapéutica entre los grupos más jóvenes.

Tabla 5.- La Edad de los Pacientes:

Intervalos	agosto	sepbre.	octubre	Promedio(c.v.%)
10 a 19 años	8 %	4 %	2 %	4.7 % (53)
a 29	14	2	3	6.3 % (86)
a 39	24	14	18	18.5 % (22)
a 49	34	28	30	30.7 % (8)
a 59	10	22	22	18.1 % (31)
a 69	5	18	18	13.7 % (45)
> 69	5	12	7	8.0 % (37)
Total	880	945	1,400	3,225

Gráfica 7

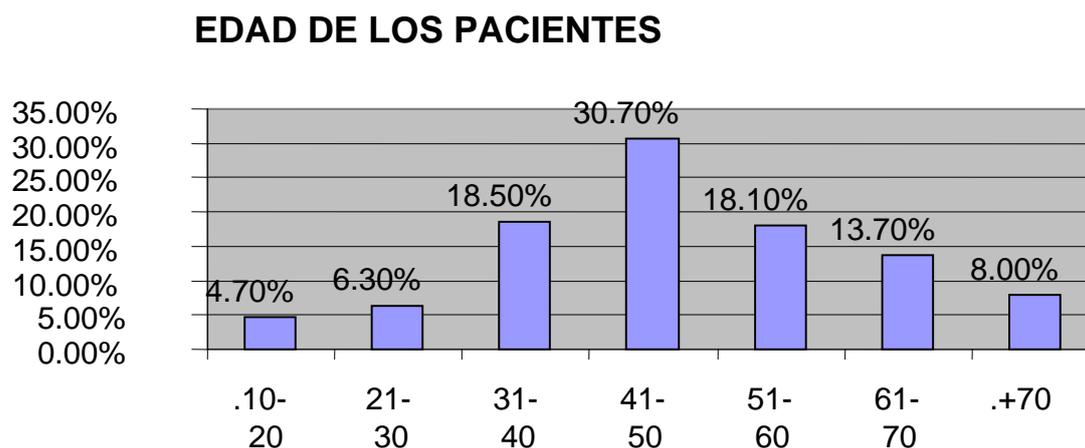


Tabla 6.- Se presenta la glosa porcentual de los tipos de padecimientos que se han tratado hasta ésta fecha. Aquí comentamos los 11 padecimientos más frecuentes encontrados en éste ejercicio temprano de nuestra Clínica de Acupuntura y diremos que Obesidad, Hipertensión Arterial, Artritis, Stress y Diabetes Mellitus cubren el 61%, de todos nuestros casos y que nuestra tabla es ligeramente diferente de la que presentaría la Clínica Aragón.

Aquí diremos que:

- I) Solo se prescribieron medicamentos a los pacientes diabéticos e hipertensos.
- II) No se otorgaron días de incapacidad.
- III) Se solicito exámenes de control a pacientes diabéticos e hipertensos como: Q.S. B.H y E.G.O.
- IV) Desde los primeros días hasta el término de nuestras actividades se recibieron Testimonios de los pacientes en agradecimiento al ISSSTE y a nosotros mismos, por el Servicio Médico prestado.

Tabla 6.- Frecuencia porcentual de los Padecimientos tratados en la Clínica de Acupuntura Aragón del ISSSTE en el trimestre agosto- octubre de 2005. (Cifras redondeadas).

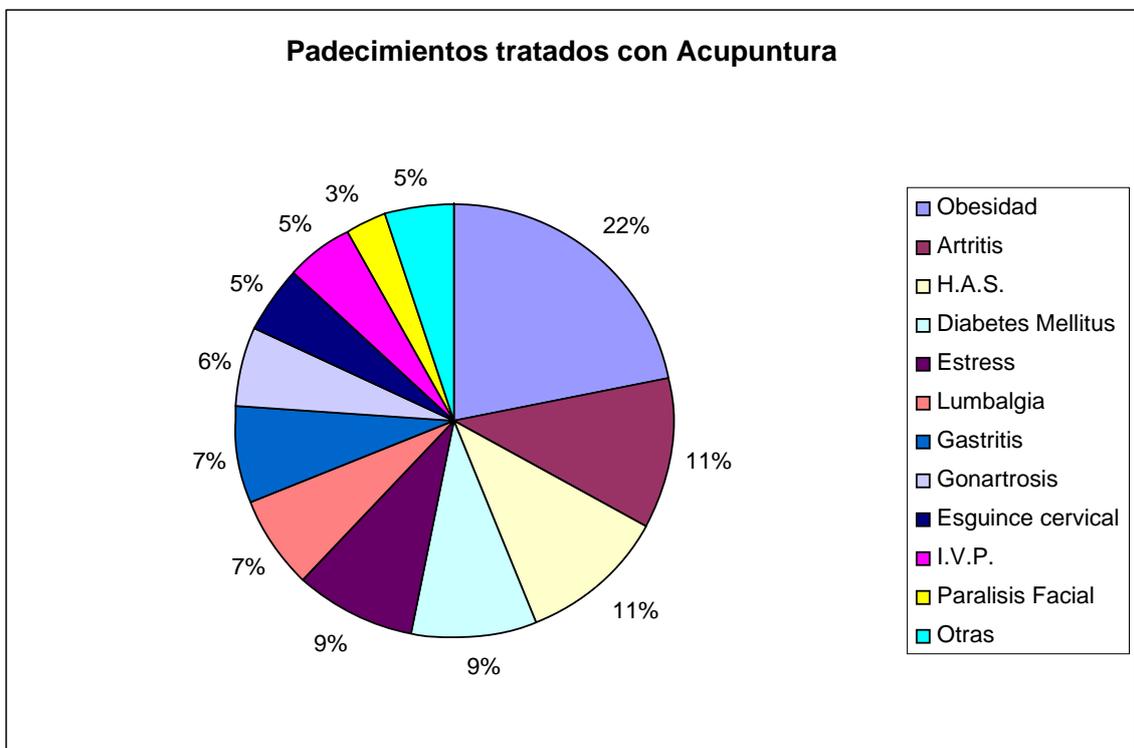
	Padecimiento	agosto	sepbre.	octubre	Prom. % (cv %)	
1	Obesidad	21 %	22 %	23 %	22 % (4 %)*	
2	Artritis	9	9	11	10 (10)*	
3	Stress	11	9	6	9 (24)*	
4	Diabetes mellitus	11	7	9	9 (17)*	
5	Lumbalgia	11	5	4	7 (46)	
6	Hipertensión Arterial	9	11	13	11 (15)*	
7	Gastritis	6	5	7	6 (14)	
8	Esguince cervical	6	5	4	5 (16)	
9	Gonartrosis	7	7	7	7 (4)	
10	Parálisis Facial	4	2	2	3 (35)	
11	Insuficiencia Venosa Periférica	3	11	9	8 (44)	
12	otras	2	6	5	4 (39)	Insomnio, Colitis, Migraña,
	Totales	880	945	1,400	3,225	

Tabla 7: Morbilidad de la C.M.F. Y C.I.S. Aragón DEL ISSSTE- durante el trimestre Agosto- Septiembre- Octubre, comparada con nuestra Tabla General-Acupuntura.

	No. total y Coeficiente de Variación %.	%	No. casos atendidos en Acupuntura	X %=(Acupunt.)/total pdmto)%
1.- Infección respiratoria aguda	6,219(12)	25.87 %	355	8.81 %
2.- Hipertensión arterial	4,028(5)	16.76		
3.- Caries dental	2,370(17)	9.86		
4.- Diabetes Mellitus	2,329(6)	9.69	290	12.25 %
5.- Infecciones de vías Urinarias	1,216(16)	5.05		
Subtotal	16,162	67.25 %	645	21.26 %
6.- Lumbalgia	855(12)	3.56	226	26.43 %
7.- GEPI	729(10)	3.03		
8.- Obesidad	616(29)	2.56	710	≈100.00 %
9.- Gastritis	639(7)	2.66	194	37.82 %
10.- Gonartrosis	513(5)	2.13	226	44.05 %
11.- Vaginitis	512(19)	2.13		
Subtotal	3,864	16.08 %	1,356	35.09 %
12.- Convalesc. postquirúrgica	495(5)	2.05		
13.- Fracturas	495(12)	2.05		
14.- Hiperlipidemia mixta	491(12)	2.04		
15.- Control de Niño Sano	482(5)	2.01		
16.- Papanicolau	434(15)	1.81		
17.- Examen Médico General	411(51)	1.71		
18.- Supervisión embarazo	408(2)	1.70		
19.- Contusiones	402(5)	1.67		
20.- Gastroenteritis infecciosa	390(5)	1.62		
Subtotal	4,008	16.68 %		
Subtotales	24,034: 63.0 %	100.00 %		
Gran Total	38,131(6)		3,225(22):	8.46 %

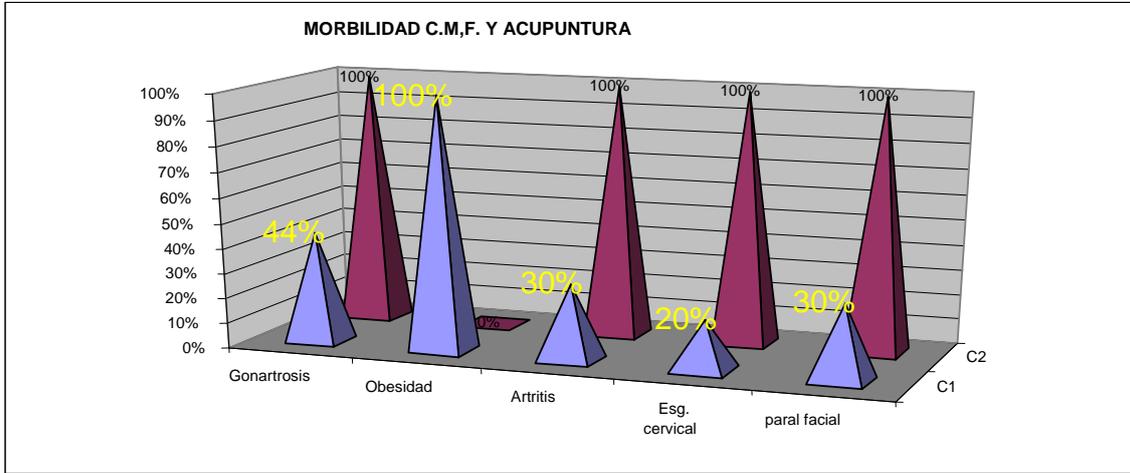
Otros Padecimientos.	14,097: 37.0 %		1,158	8.21 %
21.-Artritis			323	
22.-Stress			390	
23.-Esguince Cervical			161	
24.-Parálisis Facial			97	
25.-Insuficiencia Venosa periférica			258	
26.-Otras			129	

Gráfica 8.

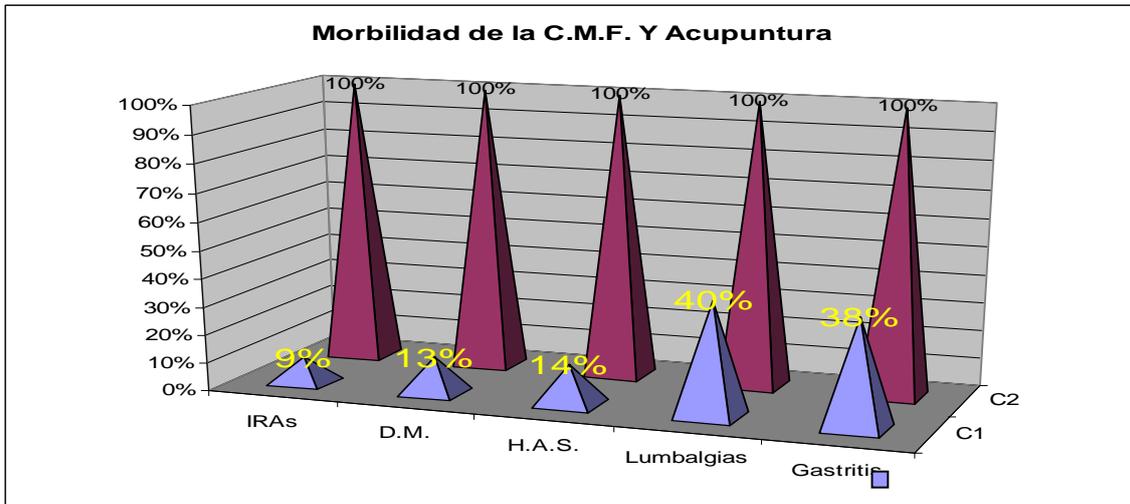


Gráfica que muestra la morbilidad de la C.M.F. Aragón y el porcentaje de patologías tratadas con Acupuntura.

Gráfica 9



Gráfica 10.



Morbilidad de la Clínica Aragón y de Acupuntura.

CONCLUSIONES

Al comentar ésta Tabla de los 3 primeros meses de la aplicación de nuestra Terapéutica nos quedará claro, el que la Acupuntura:

- 1.- Es desde sus comienzos en nuestro ámbito, una Terapia conocida por la Población y confiable en su aplicación.
- 2.- Veremos que el abanico de padecimientos que pueden tratarse con ella apenas si ha sido tocado.
- 3.- Que la Autoridad Sanitaria debe abrirse a las Terapéuticas Opcionales, porque tal es la tendencia mundial sustentada en las Convenciones antes comentadas, de Alma Atá y Bei-Jing.
- 4.- Que el bajo costo y la alta eficiencia de la Terapia Acunpuntural, se harán patentes a lo largo de su aplicación.
- 5.- Que para su comprensión, será necesaria la presentación de nuestra Terapéutica al Gremio Médico y al Público abierto, con participación de autoridades en la materia.
- 6.- La empatía que se consigue con los pacientes por la importancia que se le asigna a su dinámica y problemática emocional, además de su problema de salud, fortaleciendo así el vínculo medico-paciente.
- 7.- Considera al paciente una unidad bio-psico-social por lo que se favorece una atención médica holística.
- 8.- Cualquier patología puede ser abordada con acupuntura, presentándose un resultado agregado de disminución de la ansiedad y estrés que genera la enfermedad y que rebasa la acción de los tranquilizantes menores.
- 8.- Modula la historia natural de la enfermedad disminuyendo la intensidad y el tiempo de presentación en las patologías agudas.
- 9.- En las enfermedades crónicas colabora en el control de las mismas realizando una sinergia medicamentosa que favorece la disminución del número y dosis de medicamentos.
- 10.- Genera una sensación de bienestar por la liberación de opioides endógenos que favorecen una evolución más favorable de la enfermedad al disminuir la percepción de sufrimiento del paciente.
- 11.- Posee efecto analgésicos y antiinflamatorios muy importantes por lo que puede ser utilizada en cualquier patología que curse con dolor.
- 12.- Evita el uso excesivo de medicamentos así como sus efectos secundarios, como el uso indiscriminado de beta bloqueadores que produce bradicardia y trastornos hemodinámicas.

13.- En los pacientes agitados y confusos que requieren tranquilizantes es posible conseguir el mismo efecto con acupuntura evitando el vértigo secundario, previniendo así situaciones mayores como accidentes, caídas, fracturas y luxaciones que pueden llevar al paciente a una recuperación prolongada en cama y un número mayor de complicaciones.

14.- Favorece problemas de salud como insomnio, depresión, disfagia, anorexia, padecimientos circulatorios, edemas, estreñimiento, movimientos anormales o inmovilidad, que se presentan en el adulto mayor.

Y así diremos que:

I. En la Clínica Medicina Familiar y C.I.S. Aragón del ISSSTE se atendieron 38,131 casos generales (variables en un 6%, que aparece entre paréntesis).

II. En ella se atendieron 20 tipos de padecimientos referidos en la Bibliografía.

III. Se dividió el número de padecimientos en 3 clases: Mayores de 1,000 casos; mayores de 500 casos pero menores de 1000; menores de 500 casos.

IV. En la Clínica de Acupuntura en Aragón, atendimos 3,335 casos.

V. De 11 padecimientos referidos ya comentados más arriba.

VI. Y así, por su número y para su comparación las dividimos también en los mayores de 1000, entre 500 y 1000 y menores de 500.

VII. Al final agrupamos a todos los padecimientos no comparables, pues no hay referencia numérica de la Clínica hacia ellos.

En nuestra Clínica de Acupuntura:

I. Atendimos el 21 % de los Padecimientos mayores de 1000 pacientes; en ellos diremos.

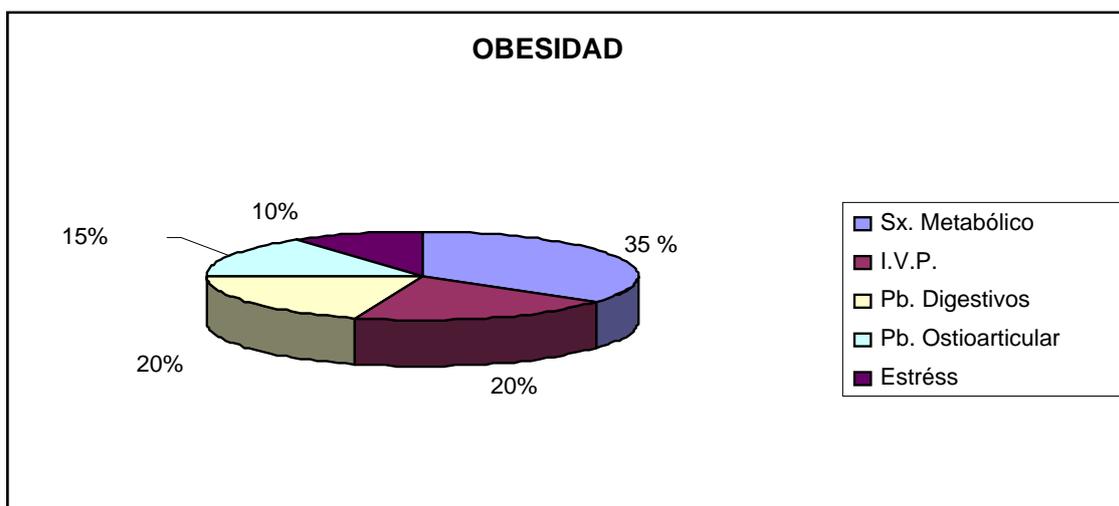
a).- Del 12.45 % de la Diabetes Mellitus y del 8.81 % de los casos de Hipertensión Arterial.

II. Atendimos el 35.1 % de los casos entre 500 y 1000 pacientes; el casi 100 % de los casos de obesidad; el 44 % de los casos de Gonartrosis y el 38 % de los casos totales de Gastritis.

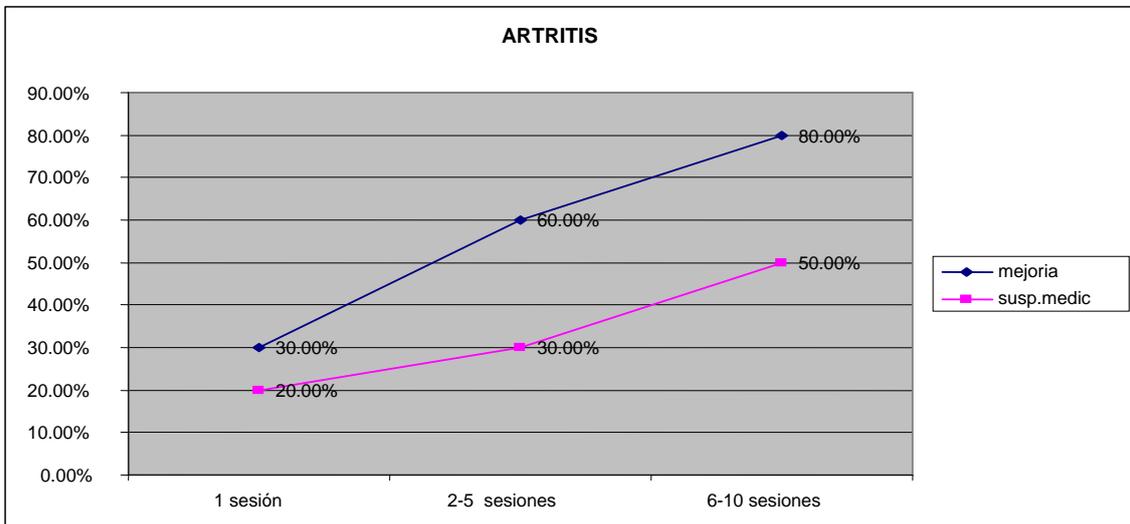
III. Atendimos el 8.2 % de los casos menores de 500 pacientes con 5 padecimientos referidos por nosotros.

Y que:

Obesidad. 682 Pacientes (22%) acudieron por referir problemas de obesidad, el 80% de estos presentaban una, dos, tres o más patologías agregadas; el 35% eran pacientes con D.M. , HAS, Hipertrigliceridemia e Hipercolesterolemia; el 20% con I.V.P.; 20% con gastritis, colitis y dispepsia, 15% presentaban problemas osteoarticulares y el 10% obesidad y estrés. A los pacientes se les manejo conforme su edad, peso y actividad que realizaban y la enfermedad agregada, la evolución de estos fue de la siguiente forma: Dependiendo del grado de obesidad o sobrepeso, si era de 3er grado o sea 30 ó 40 Kg. de sobrepeso, empezaron a bajar de 2 Kg. por semana y si era de 10 a 20 Kg. de sobre peso bajaron 1 Kg. por semana y en 10 sesiones encontramos a pacientes con una baja de 20 a 10 Kg. Observamos malos hábitos alimenticios en el 100% de estos pacientes lo cual se trabajo con platicas orientadas a una nutrición y dieta balanceada. Cabe señalar que la Clínica de Medicina Familiar Aragón no lleva epidemiología de obesidad.



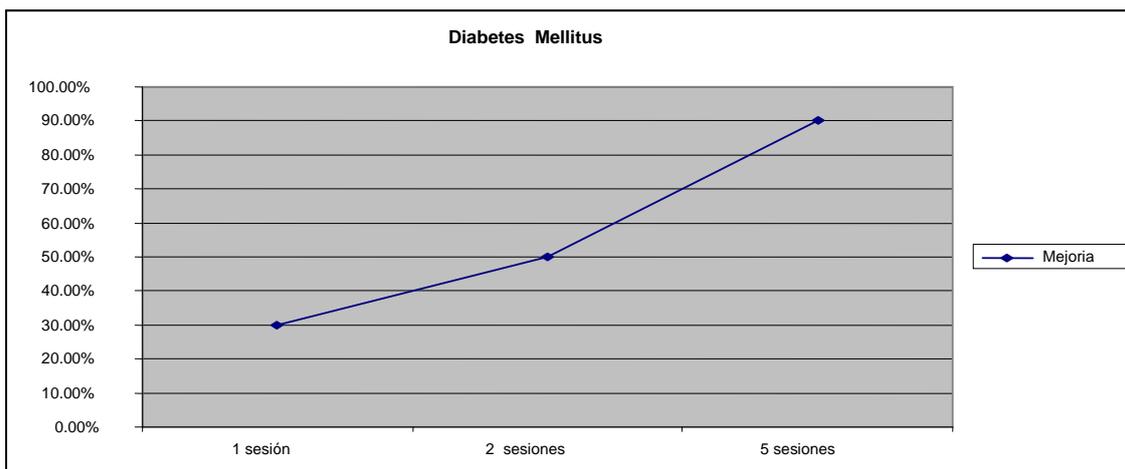
Artritis (crónica). En segundo lugar acudieron 341 pacientes (11%), padecimiento muy frecuente encontrado, observamos que el paciente nos refirió un 10% de mejoría en cada sesión se valoraron 10 sesiones y al final con una mejoría de un 80% hasta un 100 %, lo que ocasiono que el 50% de los pacientes disminuyeran a la mitad su medicamento como el naproxeno, diclofenaco, piroxican, paracetamol, el 20% lo disminuyo en $\frac{3}{4}$ partes, un 10% suspendió por completo el medicamento y un 10%, continuo con su medicamento completo. Un 60 % de los pacientes tratados presentaban problemas de gastritis medicamentosa y el 80% de ellos se corrigió y suspendieron sus medicamentos como la ranitidina y el omeprazol, el otro 20 % mejoro muchisimo pero solo lo disminuyo a la mitad por tener miedo a presentar el dolor epigástrico.



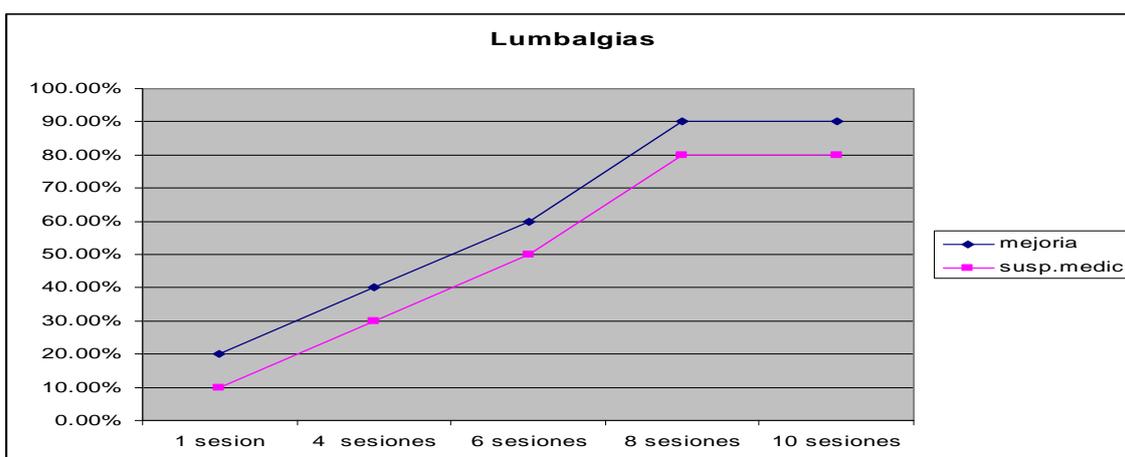
Estrés. El total de pacientes atendidos por este padecimiento fueron 217, (9%) Los pacientes nos refieren un 30% de mejoría en la primera sesión, un 50% de mejoría en la 2da. Sesión, un 80% de mejoría en la tercera sesión, un 90% de la 4ta sesión y un 100% en la 5ta sesión, posteriormente se cita cada 15 días. Estos datos son en pacientes de 30 a 50 años sin medicamentos, en los pacientes de más de 60 años encontramos una mejoría de un 70% a la 10 sesión y una disminución del medicamento como el clonacepan en un 70%.



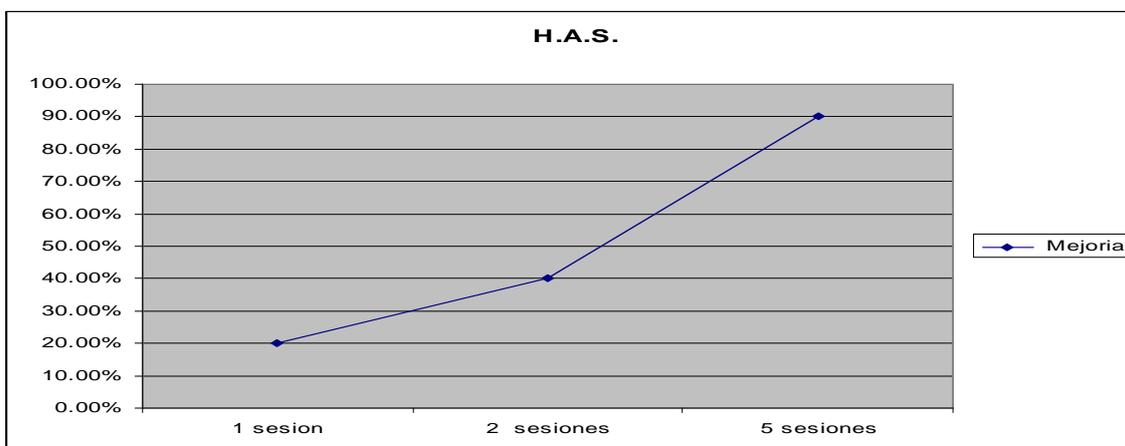
Diabetes Mellitus. Con este padecimiento se atendieron 279 Pacientes (9%) de difícil control de la Glicemia, el 60% enviados por sus médicos familiares, y con varias patologías agregadas como HAS, Artritis, Gastritis, Colon irritable, Estrés, Insomnio. En estos pacientes observamos una mejoría de un 30% en la primera sesión, de un 50% en la segunda sesión y de un 90% en su 5ta. Sesión, en el control de la glicemia. A un 40% se le continuó con su medicamento como lo tenía prescrito; un 50% se le disminuyó el mismo (Glibenclamida) y a un 10% se le ajustó medicamento.



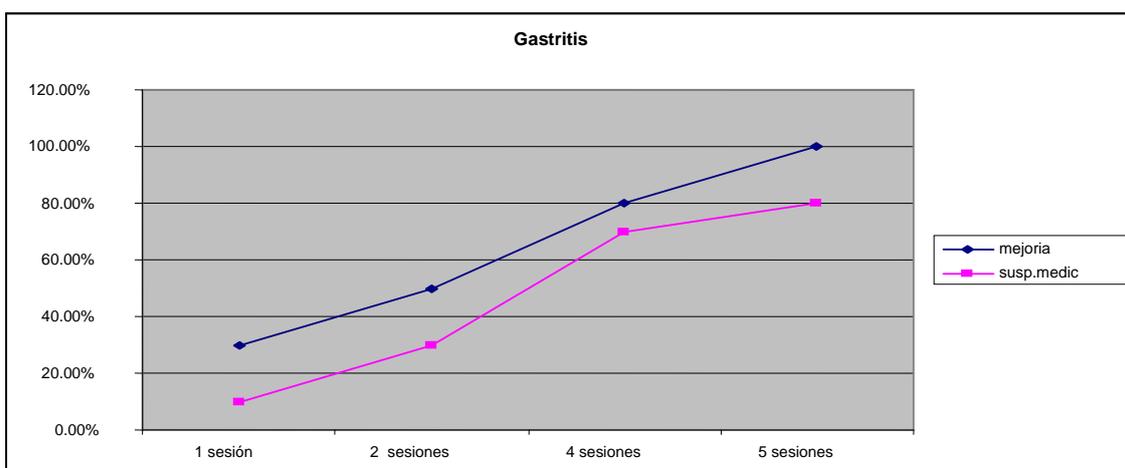
Lumbalgias. Otra padecimientos muy frecuente, atendimos 217 pacientes (7%). El 70% de los pacientes atendidos fueron enviados por su medico familiar. Aquí se observo un 20% de mejoría por sesión, llegando a un 90% de no dolor en la 8va. Sesión. y con una disminución en un 80% de los medicamentos analgésicos, (naproxeno, piroxican, diclofenaco, paracetamol, carbamazepina) encontramos que se redujo el numero de licencias médicas y también la necesidad de enviar al paciente a otro especialista como ortopedia y rehabilitación.



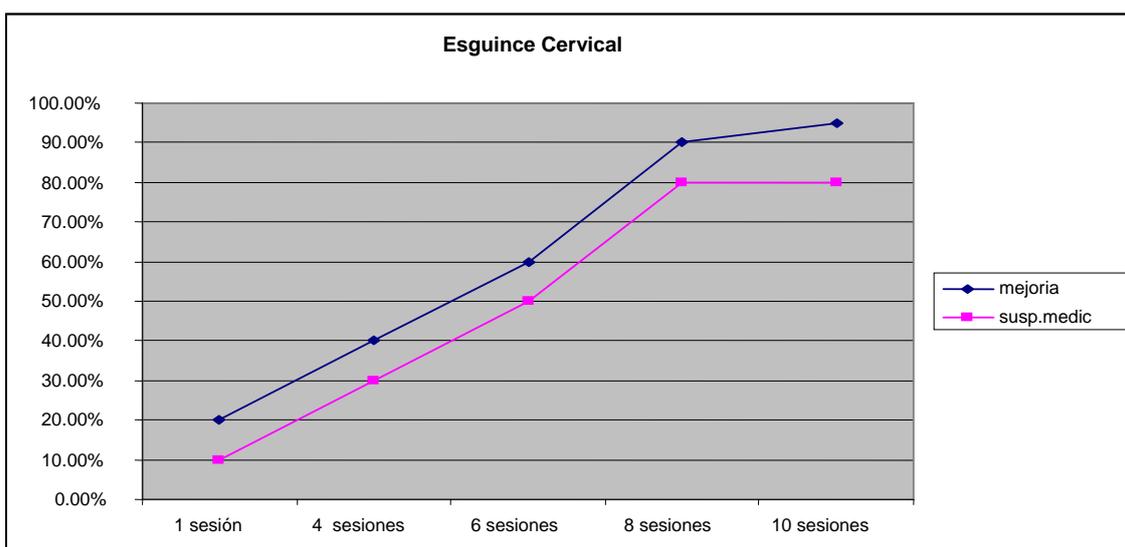
Hipertensión Arterial. Padecimiento muy frecuente atendido en esta clínica, 341 derechohabientes (11%) regularmente los pacientes que asistieron por este motivo, eran de difícil control y el 40% fueron enviados por su médico familiar. El 70% de estos pacientes presentaban otras patologías como, obesidad, estrés, gastritis, colon irritable, insomnio y artritis. En la 1ra. sesión el paciente mejoró en un 20% en las cifras hipertensivas, en la segunda sesión se estabilizó un 40% y observamos que en la 5ta sesión tiene una corrección de un 90%. El 10% restante de los pacientes se le ajustó medicamento o se le cambió y un 20% de ellos disminuyeron el medicamento hipertensivo como el captopril, enalapril, amlodipino, felodipino y metoprolol. y en un 80% los pacientes disminuyeron sus otros medicamentos de las patologías referidas aparte de la hipertensión.



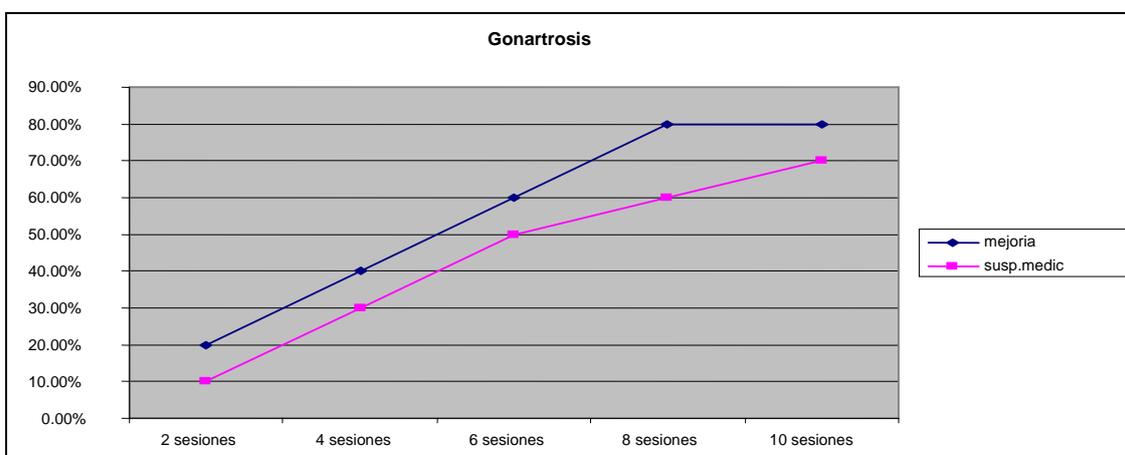
Gastritis y Enfermedad Acido Péptica. Encontramos un alto índice de pacientes con esta patología, 217 pacientes tratados (7%), descubriendo que influyen varios factores como el estrés, principalmente la mala alimentación y la polifarmacia. Se observó que el paciente refiere un 30% de mejoría en la 1ra. Sesión, un 50% de mejoría en la 2da. sesión, un 80% de mejoría en la 4ta. sesión y un 90% mejoría en la 5ta. sesión. Encontrando también un 80% en la disminución de los medicamentos.



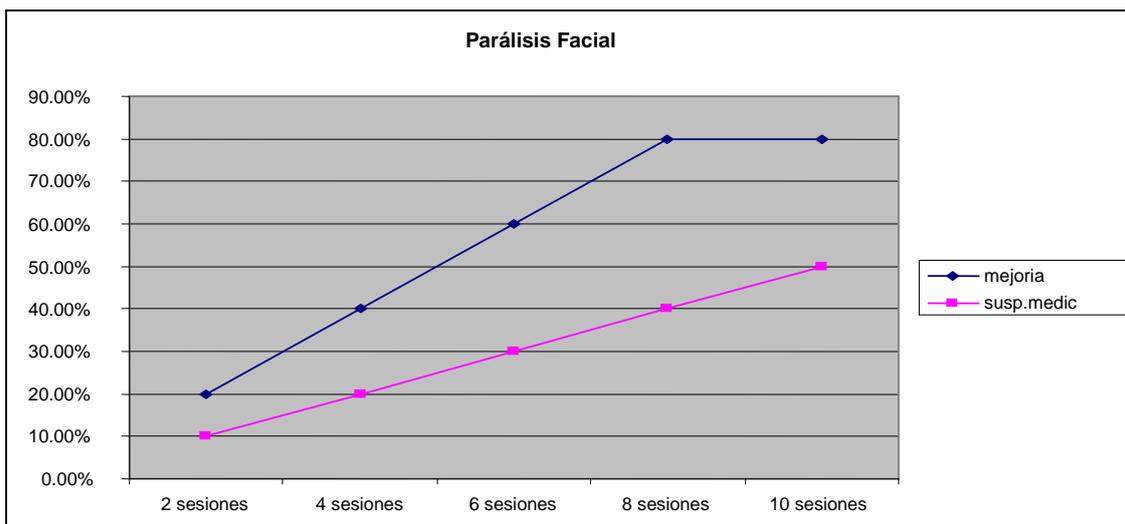
Esguince Cervical. Problema de salud muy frecuente en los trabajadores hombres y mujeres, atendimos 155 pacientes (5%), lo que incrementa las licencias médicas, encontramos gran mejoría y respuesta favorable a los dolores y malestares que refieren los pacientes y que su recuperación fue mas rápida en un 50% del tiempo que normalmente se toma para su restablecimiento. Con una disminución de medicamentos de igual forma en un 50%. Con un 20% de mejoría por sesión y llegando a un 95% a la 6ta. Sesión.



Gonartrosis. Atendimos 186 pacientes (6%), Padecimiento encontrado muy frecuente en pacientes de la 3ra. edad, y con respuesta muy favorable, con una mejoría de un 10% por cada sesión, llegando a un 80% en su totalidad a la 10ma. sesión y con una disminución de los medicamentos analgésicos en un 70%.



Parálisis Facial Se Atendieron 93 pacientes (3%), padecimiento encontrado frecuentemente también en trabajadores, donde su recuperación es de 3 meses en la mayoría, con el apoyo de la acupuntura el paciente redujo su problema de salud en 2 meses y disminuyó el medicamento en un 50% y los días de licencia médica.



REVISION BIBLIOGRÁFICA EN MEDICINA TRADICIONAL CHINA.

Entre las enfermedades más frecuentes encontradas tenemos problemas digestivos como: Enfermedad Acido Péptica y Gastritis se hace reseña bibliográfica en medicina tradicional china de estos padecimientos.

ÚLCERA PÉPTICA

Bases para el diagnóstico

- Antecedentes de dolor epigástrico presente en 80 a 90% de los pacientes, pero es inespecífico, Su relación con las comidas es variable.
- Los síntomas de úlcera se caracterizan por ritmo y periodicidad.
- De 10 a 20% de los pacientes se presenta con complicaciones de la úlcera sin síntomas antecedentes.
- De 30 a 50% de las úlceras inducidas por AINE son asintomáticas.
- La endoscopia superior con biopsia antral para *H. pylori* es el procedimiento diagnóstico preferido en la mayoría de los casos.
- Es necesaria la biopsia de úlcera gástrica o la documentación de reparación completa para excluir la malignidad gástrica.

La úlcera péptica es una rotura de la mucosa gástrica o duodenal que se origina cuando los factores defensivos normales de la mucosa se perturban o superan por factores luminales agresores como el ácido y la pepsina. Por definición, las úlceras se extienden a través de la muscularis mucosa y suelen medir más de 5 mm de diámetro. En EUA hay cerca de 500 mil casos nuevos de úlcera péptica por año, y 4 millones de recaídas de úlcera; la prevalencia de úlceras durante toda la vida en la población adulta es de aproximadamente 10%. Las úlceras se presentan cinco veces más a menudo en el duodeno, donde más de 95% son a nivel del bulbo o del conducto pilórico. En el estómago, las úlceras benignas están situadas más comúnmente en el antro (60%) y en la unión entre el antro y el cuerpo sobre la curvatura menor (25%).

Las úlceras producen con una frecuencia ligeramente mayor en el varón que en la mujer (1.3:1). Aunque se pueden presentar en cualquier grupo de edad, las úlceras duodenales son más comunes entre los 30 y 55 años de edad, mientras que las gástricas son más frecuentes en edades entre los 55 y los 70 años. Las úlceras se presentan más a menudo en fumadores y en pacientes que ingieren AINE de manera crónica. El alcohol y los factores dietéticos no parecen causar úlcera péptica duodenal ha estado declinando de manera notable durante los últimos 30 años, pero la de la úlcera gástrica parece estar en aumento, quizá como resultado del uso generalizado de los AINES.

GASTRITIS

El término está rodeado de confusión semántica. Los endoscopistas lo emplean para denotar varias características macroscópicas de la mucosa tales como eritema, hemorragias subepiteliales y erosiones; para el patólogo el vocablo denota inflamación histológica. El término “gastropatía” se usa cada vez más para denotar padecimientos en los cuales hay un

daño epitelial o endotelial sin inflamación. La gastritis se puede dividir en tres categorías: 1) gastritis corrosiva y hemorrágica, 2) gastritis no erosiva, inespecífica (histológica) y 3) tipos específicos de gastritis, caracterizados por manifestaciones histológicas y endoscópicas que pueden ser diagnósticas del trastorno.

GASTRITIS AGUDA SEGÚN LA MTCH.

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA.

Esta enfermedad está caracterizada por presentar como principales signos y síntomas vómito y dolor abdominal o epigástrico. En relación a la fisiopatología del vómito en síntesis se puede decir que constituye la reversión de la energía del estómago y la disfunción o la desarmonía de la función de descenso del estómago.

El estómago controla la recepción y la digestión de los alimentos, su energía desciende y por lo tanto lo armónico es el que deba siempre descender. Si por algún factor la energía no desciende, cada uno de estos puede conducir a disfunción en el descenso del estómago y con esto presentarse vómito, hipo, u otros síntomas característicos de la gastritis aguda. En el caso extremo, el patógeno se estanca en el jiao medio perturbando el mecanismo de ascenso y descenso, de tal manera que se conduce a una combinación de vómito y diarrea pudiendo llegar a manifestarse como Síndrome de vómito y diarrea que a veces puede ser característico de enfermedades como el cólera o gastroenteritis agudas, de ahí que también se presente como síntoma dolor de estómago. Las causas que conducen a los síntomas antes mencionados son muy diversas, pero las más importantes se mencionan a continuación:

1. Desórdenes alimenticios (comer muy abundante, comer y beber en forma muy rápida, consumir en exceso alimentos fríos, consumir alimentos muy condimentados, calientes, picantes, alcohol, muy grasos, muy dulces, no bien lavados).

Todo esto puede conducir a lesión del estómago, obstrucción del bazo generando una disfunción en el descenso del estómago.

En el Libro “Compilación de Fórmulas indispensables que ayudan a la generación del Dr. Yan” (*zhong da yan shi ji sheng fang*) en el capítulo de Vómito recurrente, persistente y disfagia dice: “los hábitos alimenticios inadecuados lesionan al bazo y al estómago, de tal manera que la flema se retiene y las bebidas se acumulan en el centro del estómago, la flema y los humores no transformados también puede conducir a reversión de la energía y vómito”.

De acuerdo a esta fisiología, otro autor del libro “Diagnóstico y Tratamiento de la causa de los Síntomas” (*zheng yin mai zhi*), en el capítulo de Vómito dice: “la causa del vómito por flema y humores es la insuficiencia de la energía del bazo que no puede movilizar y transformar los alimentos, la flema se detiene y se acumulan los humores estancando y acumulándose en el centro del estómago, si se obtiene calor entonces inflama hacia arriba

provocando vómito, si se agrega el patógeno frío entonces se congela y se obstruye conduciendo también a vómito”.

2. Invasión del estómago por patógenos externos por el ataque de viento, frío, calor de verano, humedad, así como la sensación de movimiento de energía turbia en el estómago.

Invade y lesiona al estómago causando una disfunción del descenso provocando que los alimentos se reviertan y se presente entonces vómito. Xu Chunfu en su obra “Gran Compendio de Actualidades Médicas y Tradiciones” (*gu jin yi tong da quan*) en el capítulo de Vómito dice: “Las personas que no tienen enfermedades de pronto presentan vómito definitivamente es el alojamiento o retención de un patógeno en el estómago, en la canícula el patógeno calor de verano se presenta y en el otoño e invierno son los patógenos viento y frío los que invaden.

3. Otras.

Si por las alteraciones emocionales se presenta una desarmonía y en personas que tienen debilidad constitucional de bazo y del estómago puede también ser un factor del causal de la gastritis.

DIAGNÓSTICO

SINDROMÁTICO.

I. Diferenciar entre deficiencia y exceso.

1. Síndromes de exceso.

Estos síndromes son debidos principalmente a patógenos externos y a alteraciones en la alimentación y a enfermedades de desarrollo agudo, la enfermedad es de una evolución corta, se presenta un vómito agitado y violento, los contenidos vomitados son ácidos y fétidos, o acompañado de frío y calor, el pulso es de exceso, repleto, con fuerza; se considera que la gastritis aguda generalmente corresponde a síndrome de exceso.

2. Síndromes de deficiencia.

Este se presenta generalmente en los casos en los que hay deficiencia de bazo y estómago, enfermedades crónicas, en condiciones patológicas recurrentes, cuando se agrava la condición de la enfermedad las manifestaciones son parecidas a las de síndrome de exceso, frecuentemente son desarrolladas en función de una gastritis crónica, una gastritis aguda sobrepuesta en una gastritis crónica, lo cual constituye en que la raíz es de deficiencia y el exceso es por patógeno externo.

II. Diferenciación del contenido del vómito.

1. En estancamiento alimenticio el vómito tiende a ser ácido y fétido.
2. Por calor de la vesícula que invade al estómago el vómito es amargo, amarillo y con líquido ácido.
3. Flema y humores obstruidos en el centro, el contenido es generalmente con mucha flema.

4. Acumulación de parásitos y deficiencia de bazo, el contenido generalmente es agua clara, o bien acompañado de los parásitos.

5. Insuficiencia de yin de estómago, el contenido vomitado es escaso y muy pegajoso.

DIFERENCIACIÓN SINDROMÁTICA.

La gastritis aguda generalmente corresponde a un síndrome de exceso, o bien, a una deficiencia de bazo y un exceso de patógeno agregado. La deficiencia es la raíz y el patógeno agregado son las ramas.

1. SÍNDROMES DE EXCESO.

1. Síndrome de obstrucción en el interior de calor y flema.

Manifestaciones clínicas.

Entre los síntomas principales se presenta dolor y distensión abdominal epigástrica con plenitud y sensación de masa, hay una sensación de ardor y ansiedad en el centro del corazón, vómito, en casos extremos aversión al frío y febrícula, saburra blanca y pegajosa, pulso resbaladizo. Cuando se acompaña con estancamiento de alimentos el vómito es ácido y fétido, cuando hay mucha flema y humedad que opaca al yang claro, se puede presentar vértigo extremo, la humedad o turbiedad con tóxico epidémico puede provocar que en el centro del abdomen se presente dolor intenso, deseos de vomitar pero con dificultad para hacerlo, si el calor es intenso la boca está amarga y la saburra amarilla, pulso cordalis, resbaladizo y acelerado.

Tratamiento:

Principio terapéutico. Es importante descender, armonizar el estómago, aliviar el vómito.

Puntos sugeridos: Zhongwan (RM12), Xiawan (RM10), Tianshu (E25), Zusanli (E36), Liangmen (E21), Fenglong (E40), Taichong (H3), Neiguan (PC6).

2. Síndrome de invasión al estómago por patógeno externo.

Manifestaciones clínicas.

Febrícula, aversión al frío, dolor corporal, plenitud epigástrica y torácica, vómito repentino, y en casos extremos diarrea, saburra blanca pegajosa, pulso suave y moderado.

Tratamiento:

Principio terapéutico. Drenar el patógeno, transformar la turbiedad y armonizar el jiao medio.

Puntos sugeridos: La moxibustión está indicada: Zhongwan (RM12), Tianshu (E25), Qihai (RM6) Zusanli (E36), Liangmen (E21), Waiguan (SJ5).

2. SÍNDROME DE DEFICIENCIA.

1. Síndrome de deficiencia de energía de bazo y estómago por patógeno estancado en el jiao medio.

Manifestaciones clínicas.

Náusea y vómito, trastornos digestivos, falta de apetito, dificultad para pasar y digerir los alimentos, sensación de opresión y masa en el epigastrio, evacuaciones esteatorréicas o insatisfactorias, saburra blanca, acuosa, resbaladiza, pulso agotado, tenso.

Tratamiento:

Principio

terapéutico.

Vigorizar el bazo, incrementar la energía, armonizar el estómago y descender la energía revertida.

Puntos sugeridos: Shangwan (RM13), Zusanli (E36), Taibai (B3), Tianshu (E25), Pishu (V20), Weishu (V21), Yinlingquan (B9).

2. Deficiencia de yang con presencia de patógeno frío.

Manifestaciones clínicas.

Náusea, vómito claro, distensión, gases, dolor epigástrico con sensación de frío, aversión a la ingesta de alimentos fríos, anorexia, en algunos casos extremos se acumula el frío en el interior por deficiencia de yang, las cuatro extremidades están frías, la tez blanca pálida y sin lustre, fatiga, debilidad, boca seca sin deseos de beber, lengua pálida, obesa, pulso suave y débil.

Tratamiento:

Principio

terapéutico.

Calentar el jiao medio, vigorizar el bazo, armonizar el estómago y descender la reversión energética.

Puntos sugeridos: Se sugiere moxar Shenque (RM8), Shangwan (RM13), Zusanli (E36), Taibai (B3), Tianshu (E25), Pishu (V20), Weishu (V21), Yinlingquan (B9).

GASTRITIS CRÓNICA SEGÚN LA M.T.CH

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA.

La medicina tradicional china considera que los malos hábitos alimenticios son uno de los principales factores etiológicos de la deficiencia del bazo y el estómago y ésta consecuentemente es el principal factor causante de la gastritis crónica. Además, la lesión por las emociones, el trabajo excesivo y la invasión de los factores patógenos externos son a su vez factores desencadenantes de la enfermedad muy importantes. Los cambios de los órganos y de las vísceras son precisamente el reflejo interno del efecto de los factores

causales. En la fisiopatología pueden utilizarse los conocimientos tanto de la medicina tradicional china como de la medicina occidental en combinación para entender mejor este proceso.

1. Malos hábitos alimenticios.

Los malos hábitos alimenticios incluyen también el consumo de alimentos sucios, alimentos descompuestos y productos contaminados con bacterias y otros microorganismos; todos estos pueden causar lesión del bazo y el estómago, transformar en humedad y generar calor conduciendo a irregularidades o disfunción en el trabajo de transportación y transformación del bazo y el estómago, lo cual si con el tiempo no se logra resolver o es tratado inadecuadamente puede constituirse en un padecimiento crónico. El ayunar o malpasarse también puede causar disfunción nutricional del bazo y el estómago, causando lesión de la membrana mucosa de la pared del estómago. El comer en abundancia hace que aunque se reciba el alimento no alcance a ser transformado y distribuido, generando que la cavidad estomacal no pueda a tiempo vaciarse, de tal manera que la sangre dentro del estómago así como las secreciones gástricas asciendan, los ácidos gástricos se incrementen considerablemente y la mucosa gástrica se lesione.

Las personas que se inclinan por comer alimentos picantes, condimentados, secos, fácilmente lesionan el yin del estómago, causando también que se obstruya el metabolismo de la membrana mucosa del estómago.

El comer alimentos fríos produce lesión del yang del estómago, la función del estómago se trastorna y desajusta.

El tomar bebidas alcohólicas, alimentos dulces en abundancia, picantes y calientes pueden lesionar el bazo y el estómago, rompiendo o destruyendo la membrana mucosa del estómago e incrementando la dispersión retrógrada de los ácidos gástricos, además puede disminuir la fosforilación oxidativa y hacer que el ATP del interior de la célula de la mucosa se acumule llegando a desestabilizar la función de la membrana, de las células. Por otro lado, el fumar en exceso también puede secar y lesionar el yin del estómago, teniendo una acción sobre la pared de la membrana mucosa del estómago (quizás sea a través de la inhibición de la síntesis de las prostaglandinas). Además se puede provocar la enfermedad a través de la regurgitación del jugo biliar (la nicotina del tabaco puede también desencadenar náusea de tipo central y vómito y hacer que se incremente el peristaltismo intestinal).

2. Deficiencia de bazo y de estómago.

Independientemente de si originalmente el paciente presenta una constitución débil o si es a través de enfermedades de otros órganos y vísceras que conducen a una debilidad del bazo y el estómago, en todos los casos puede favorecer a que se lesione la mucosa del estómago, que se obstruya o deteriore la función de movimiento y transformación del estómago o que se desordene la función secretora del estómago, provocando los cambios patológicos de la gastritis crónica.

3. Lesión de las emociones.

El enojo, el coraje lesionan al hígado, la preocupación extrema lesiona al bazo, si se lesiona al hígado puede la energía del hígado estancarse y acumularse, si se lesiona el bazo se debilita el bazo y el estómago. La madera del hígado controla la tierra del bazo y el estómago, pudiendo así provocar los síndromes de desarmonía de hígado-bazo y desarmonía hígado, desajuste del sistema nervioso autónomo, perturbación de la secreción del estómago e intestino, desajustes del movimiento intestinal y gástrico, así como función digestiva y secretoria del estómago. Además es posible que debido al estancamiento de la energía del hígado conduzca a que la energía de la vesícula biliar ascienda revertidamente, que la bilis fluya en forma retrógrada, que el ácido cólico y la lisolecitina (derivada de la transformación de la lecitina de la bilis a través de la fosfolipasa A pancreática) ocasionando que se lesione o se destruya la pared de la mucosa gástrica, que se incremente el pH y se genere una dispersión revertida conduciendo a una destrucción de algunos aminoácidos y conduciendo a cambios patológicos inflamatorios en la mucosa gástrica.

4. Trabajo excesivo.

El trabajo excesivo es también uno de los factores que pueden conducir a la gastritis crónica, el trabajo excesivo consume la energía *yuan*, la deficiencia del bazo y del estómago hace que la energía de digestión y de transformación se debilite y se disminuya, con esto puede generar estancamiento de energía y estancamiento sanguíneo debido a la debilidad del bazo y del estómago. El descanso excesivo también puede conducir a estancamiento de energía y a estancamiento sanguíneo favoreciendo también a una alteración de la función de movimiento del intestino y del estómago, haciendo que la microcirculación se obstruya y que la secreción gástrica se desordene. En los casos extremos también se debilita la función de la pared de la mucosa gástrica, la capacidad de resistencia a las enfermedades también disminuye y es más fácil que se presente la enfermedad. De estos, lo más importante es el trabajo excesivo debido a que el trabajo excesivo hace también que haya un desajuste alimenticio, debido a la frecuente alternancia entre ayuno prolongado y comilonas.

DIFERENCIACIÓN SINDROMÁTICA.

1. Signos principales.

Dolor en la zona epigástrica, opresión, sensación de masa, acidez, flatulencias, falta de apetito, pereza, etc., son algunos de los principales síntomas de la gastritis crónica. Por otro lado se puede acompañar de sangrado, anemia, fatiga excesiva, emaciación o adelgazamiento; pueden también transformarse en síndrome disfágico o cáncer esofágico, en un tipo de cáncer por atrofia, etc.

2. Características diferenciales.

Existen tres factores que pueden considerarse como fundamentales del diagnóstico sindromático: Sintomatología, hallazgos de la endoscopia gástrica y algunas pruebas funcionales, y los cambios y evolución de la condición patológica.

· Diferenciación de signos.

Esto es la base del diagnóstico sindromático. En primer lugar debe de fundamentarse en los síntomas principales, diferenciar participación de energía, sangre, deficiencia, frío, y calor. Los síntomas principales de esta enfermedad son dos: 1) La gastralgia o dolor estomacal. Y 2) La plenitud y sensación de masa.

1. Dolor gástrico.

Los pacientes que tienen gastralgia como síntoma principal:

- Si el dolor está dentro de la etapa energética existe más distensión que dolor, el dolor aparece y desaparece, no tiene un lugar fijo, el eructo o la flatulencia pueden aliviarlo o disminuirlo, también el masaje puede hacer que se disperse la energía y mitigarlo.
- Si está en la fase sanguínea, el dolor es punzante, generalmente es un dolor fijo, no resiste la presión, o se presenta hematemesis, melena, el cuerpo de la lengua es violáceo.
- En el tipo frío el dolor es más bien sordo, vago, gusta de lo caliente y tiene aversión a lo frío o fresco, las cuatro extremidades se encuentran frías, el cuerpo de la lengua pálido, la saburra blanca.
- En el de tipo calor se observa dolor epigástrico, boca seca y amarga, gusta de las bebidas frías, estado de ánimo ansioso e irritable, las evacuaciones presentan estreñimiento y micción rojiza, lengua roja, saburra amarilla, pulso generalmente cordalis y resbaladizo.

2. Sensación de masa con plenitud.

- Si corresponden a síndrome de exceso entonces hay mayor distensión y dolor, hay muchos eructos, poco sabor en los alimentos, al comer se presenta una mayor plenitud o tiene eructos fétidos y flatulencias y regurgitación ácida, cuando se logra expulsar los gases se mitiga.
- Si es provocado por deficiencia de bazo se acompaña de una tez blanca, las extremidades sin fuerza, dificultad para hablar o las extremidades se encuentran frías, la evacuación no tiene consistencia, lengua pálida, saburra delgada.
- Si la sintomatología está principalmente condicionada por deficiencia de yin se presenta opresión y sensación de masa como lo principal, la opresión como obstrucción y presencia de masa, malestar, el dolor y la distensión no son muy intensos, después de comer se incrementa mucho más la sensación de obstrucción y sensación de masa, lengua roja, saburra escasa o saburra denudada y con grietas profundas, pulso delgado.

Hallazgos de la endoscopia gástrica y el diagnóstico diferencial.

Los hallazgos de la endoscopia en la mucosa gástrica y el diagnóstico diferencial tienen una relación bien determinada:

- La observación endoscópica gástrica de la mucosa inflamada, la actividad patológica inflamatoria de la mucosa, la congestión sanguínea, el edema, el incremento de la permeabilidad de la mucosa, la regurgitación biliar, todos estos constituyen signos de estancamiento de la energía del hígado y del síndrome de desarmonía hígado-estómago.
- Cuando los cambios inflamatorios de la mucosa son leves, hay enrojecimiento, hiperemia de la mucosa de tipo rojo blanco (cuando hay zonas blancas y rojas) y que hay más zonas blancas que rojas, se encuentran áreas de mucosa engrosada y algunos conglomerados sanguíneos, la mucosa está seca, la cantidad de secreción es más bien escasa, generalmente

corresponde al síndrome de deficiencia de yin de estómago, que son más bien cambios patológicos de gastritis atrófica. · Si se acompaña de sangrado de la mucosa, si hay congestión sanguínea en la mucosa y que se vuelve más roja, o la mucosa se torna grisasea y opaca y además con pequeño puntillero equimótico en la mucosa y sangrado en la cavidad gástrica, entonces corresponde al tipo de estancamiento sanguíneo de los colaterales del estómago.

Relación entre el diagnóstico sindromático y la evolución en la condición patológica.

Las manifestaciones en la etapa inicial superficial de la gastritis y la gastritis crónica activa generalmente son manifestaciones de estancamiento de la energía del hígado, estancamiento de energía y acumulación de obstrucción por flema, estancamiento de energía y humedad y calor, o síndrome de desarmonía del hígado y del estómago y el desorden en la función gastrointestinal es más o menos evidente.

Por otro lado, la inflamación de tipo agudo en la fase de regresión de la gastritis crónica o en la relativamente severa gastritis atrófica son frecuentes manifestaciones de deficiencia de bazo y de estómago o de un síndrome de frío de deficiencia de bazo y estómago. Una pequeña cantidad de pacientes se manifiestan con deficiencia de yin de estómago.

3. Tipos de síndromes.

El fundamento de cada diagnóstico sindromático es diferente debido al ambiente de cada sitio y los cambios climáticos diferentes, así como las costumbres y hábitos alimenticios, las manifestaciones clínicas son diferentes, de ahí que los tipos de síndromes sean difíciles de unificar.

En forma general se podrían constituir en los siguientes tipos de síndromes clínicos:

1. Desarmonía de hígado y estómago.

Principales síntomas.

La enfermedad se desarrolla fácilmente debido a alteraciones emocionales, se presenta distensión abdominal gástrica o dolor que se irradia hacia los dos costados, eructos frecuentes, cierta agitación, regurgitación ácida, flatulencia, saburra delgada y blanca y pulso cordalis.

Tipo de padecimiento.

Generalmente corresponde a una gastritis superficial, gastritis por reflujo biliar, gastritis grasa, estomatitis anastomótica, gastritis erosiva.

Curso de la enfermedad.

Se observa frecuentemente en la etapa temprana de la gastritis y en la etapa activa de la gastritis crónica.

Función.

La función secretoria del estado es relativamente alta, son muy evidentes los trastornos y desorden funcional gastrointestinal.

Gastroscoopia.

Son muy evidentes los síntomas de actividad inflamatoria de la mucosa gástrica, especialmente en la mucosa del antro es especialmente severa, hay mucha secreción gástrica, se puede acompañar de contenido biliar.

Principio terapéutico.

Depurar al hígado, regular la dinámica de la energía, armonizar el estómago y liberar el estancamiento.

Puntos sugeridos:

Taichong (H3), Neiguan (Pc6), Qimen (H14), Zhongwan (RM12), Liangmen (E21).

2. Deficiencia de bazo y estómago. (Incluye al tipo de deficiencia de yang de estómago de tipo frío)**Principales síntomas.**

Dolor sordo escondido en el abdomen en la región gástrica, hay sensación de plenitud y de masa, o bien, se acompaña por gusto por el calor y la presión, no hay debilidad y fatiga, posteriormente a los alimentos se incrementa la distensión y la opresión llegando a enfriamiento de pies y manos, lengua pálida, saburra blanca, pulso agotado, débil o lento y moderado.

Tipo de padecimiento.

Es una gastritis superficial crónica, gastritis atrófica o se acompaña de gastroptosis.

Curso de la enfermedad.

En la etapa tardía de la enfermedad o en la fase de regresión, la fase inflamatoria crónica en la etapa de cambios patológicos.

Función.

Disminución de la función gastrointestinal, las secreciones de ácidos gástricos pueden tender a disminuir.

Gastroscoopia.

Se encuentran cambios patológicos de la gastritis crónica, cambios inflamatorios crónicos, el antro no está muy severo o en la zona de inflamación hiperémica y blanca se presenta con mayor frecuencia zonas blancas, o bien, puede haber presencia de vascularización en la membrana y membrana granulomatosa.

Principio terapéutico.

Calentar el centro, vigorizar el bazo.

Puntos sugeridos:

Se pueden mojar: Dadu (B2), Pishu (V20), Shenque (RM8), Yongquan (R1). Zusanli (E36), Zhongwan (RM12), Liangmen (E21).

3. Deficiencia de yin del Estómago.

Principales síntomas.

Dolor ardoroso, escondido, vago, se acompaña de boca seca, lengua reseca, estreñimiento, lengua roja, líquidos escasos o grietas, pulso delgado o acelerado.

Tipo de padecimiento.

Se presenta en la gastritis atrófica.

Curso de la enfermedad.

En la etapa media de la gastritis crónica.

Función.

La secreción gástrica se inclina a disminuir.

Gastroscopia.

Se presentan zonas de placa eritematosa y blanca alternada, la mucosa tiende a estar reseca y con líquidos escasos.

Principio terapéutico.

Nutrir el yin e incrementar la energía del estómago.

Puntos sugeridos:

Jiexi (E41), Neiting (E44), Weishu (V21), Zusanli (E36), Zhaohai (R6), Shenshu (V23), Sanyinjiao (B6).

4. Estancamiento sanguíneo de los colaterales del estómago.**Principales síntomas.**

Dolor transflíctivo punzante fijo que no resiste la presión, puede presentarse melena o restos de sangre en las evacuaciones, lengua violácea, opaca o con puntos equimóticos, pulso áspero.

Tipo de padecimiento.

Generalmente gastritis atrófica o gastritis erosiva hemorrágica.

Curso de la enfermedad.

En la etapa media y tardía de la gastritis crónica o en la etapa activa de la gastritis erosiva.

Función.

Anormalidades de la circulación sanguínea así como de la microcirculación obstruida.

Gastroscopia.

La mucosa está roja y con zonas blancas entremezcladas, el color lustroso es más bien opaco y se acompaña de puntos de sangrado, hay zonas rojas opacas en placas; o la mucosa está distendida edematosa acompañada de zonas equimóticas y puntillero de sangrado, así como sangrado.

Principio terapéutico.

Avivar la sangre, transformar el estancamiento sanguíneo, aliviar el dolor.

Puntos sugeridos:

Juque (RM 14), Jiexi (E41), Xuehai (B10), Neiguan (Pc6), Taichong (H3).

5. Calor y humedad en hígado y estómago.

Manifestaciones clínicas.

Regurgitación ácida, eructos fétidos, dolor ardoroso en el epigástrico, náusea, vómito, halitosis, sed, boca amarga, ansiedad, saburra amarilla pegajosa, pulso cordalis, resbaladizo, acelerado.

Principio terapéutico.

Enfriar el calor del hígado, armonizar el estómago y disminuir la acidez y el dolor gástrico.

Puntos sugeridos:

Xingjian (H2), Jiexi (E41), Fenglong (E40), Yinlingquan (B9), Zhongwan (RM12), Juque (RM14), Zusanli (E36), Taibai (B3), Pishu (V20), Weishu (V21).

La medicina tradicional china en el tratamiento de aspectos específicos. Generalmente en el tratamiento de la gastritis crónica se selecciona el “Tratamiento adecuado de acuerdo al diagnóstico sindromático” con el que la condición patológica mejora, la sintomatología disminuye, la constitución se recupera, así como la mayoría de los signos mejoran. En general tiende a tener un resultado terapéutico efectivo. Sin embargo, algunas patologías como la atrofia, la hipertrofia, así como en algunos de los cambios patológicos en los tejidos, evolucionan en forma no satisfactoria, se utiliza el tratamiento con productos de una acción específica más o menos enérgica para resolver algunos de los problemas arriba mencionados y tratar el problema de fondo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ganong W. (1999) Fisiología Médica; Capítulo 27; Editorial Manual Moderno; 23ª edición; México D.F.; 469-4922.
2. Robbins. (1998); Patología estructural y funcional; Capítulo 22. Editorial McGraww-hill. Interamericana de España; 8ª edición; Barcelona España; 645-646.
3. Harrison. (1998); Principios de Medicina Interna; Ruscetti F; Capítulo 105; Editorial McGraww-hill Interamericana; 17ª Edición; Aravana Madrid; 1973-1993.
4. Stiene-Martin. (1998); Clinical Hematology: Schwabbauer M; Capítulo 6; Editorial Library of Congress Cataloging-in-Publications Data; 1ª Edición; Washington Square, Philadelphia; 57-70.
5. López L. (1986); Anatomía funcional del Sistema Nervioso Central. 1ª edición; México, D.F; 482-494.
6. Snell R. (1990); Neuroanatomía clínica; Madrid, España; 145-147; 312-327.
7. Guyton. (1998); Tratado de Fisiología Médica; Capítulo 19; Editorial Interamericana McGraww-Hill; 9ª edición; Barcelona España; 467-476.
8. Marié E. (1998); Compendio de Medicina China. Editorial EDAF; 1ª edición; Madrid España; 129-133.
9. Padilla C. (1988); Tratado de Acupuntura; Editorial Alambra; 1ª Edición; Tomo I, Capítulo 3, Tomo II Capítulo 2; 67-69, 85-125.
10. Maciocia G. Los fundamentos de la Medicina China. Chascáis Portugal; 47-53.
11. González G. (1996); Medicina Tradicional China; Capítulo 1; Editorial Grijalbo; 1ª edición; México D.F.;33-36.
12. Hig-Guann K. (1997): Los mecanismos de la analgesia acupuntural. Revisión y actualización. Am. J. Acupunture; 25(4) 261-281.
13. Santana J. (1999); Efectos fisiológicos inmediatos, mediatos y tardíos de la acupuntura. 2º Simposium Nacional de MTCH de A.M.M.A.A.C.
14. Ordóñez C. (2000); Localización, función e indicaciones de los puntos de acupuntura; 1ª edición; México D.F. 68.
15. Lawrence M. et al (2000); Diagnóstico Clínico y tratamiento; Cap.13 Editorial Manual Moderno: 35ª edición; México D:F;; 481-499.

16. Bannerman R. et al. (1980); The World Health Organization Viewpoint on Acupuncture. *Am. J. Acupuncture*; 8(3):231-235.
17. Zhang Xiaoping (1983); Investigación de los mecanismos de acción de la acupuntura y moxibustión. *Anhui Kexue Jishuchobanshe*. Hebei China; 135.
18. Mammo F. Et al. (1987); Acupuntura; *Tribuna Médica*; 624:1-7.
19. Zhang J., Zheng J. (1997) Localización de los puntos acupunturales; Editorial ediciones en lenguas extranjeras; 3ª edición. Beijing; 42.
20. Acupuncture: an evaluation in the painful crises of sickle cell anaemia. Co LL, Schmitz TH, Havdala H, Reyes A, Westerman MP. *Pain*.1979 Oct;(7)2.
- 21.- Tercer Symposium Nacional de Medicina Tradicional China de A.M.M.,A.C. Agosto 2001P.165
Bioenergetic activity of bioactive spots in patients whit chronic iron – deficiency anemia depending on the degree of its severity
Pesotskaia LA.Lik Sprava.2002;(8): 102-5 Russian.
- 22.- Col. L, T. H. Schmitz, H. Havdala, A. Reyes & M. P. Weaternman. 1980. Acupuncture: an evaluation in the painful crises of sickle cell anemia. *Pain*, 7(2): 181-185.
- 23.- Brossy Et al. (1990); Inmune System, Defense Mechanisms and Acupuncture; Fundamental and Practical Aspects. *American Journal of Acupuncture*; 3(18): 219-231.
- 25.-Spivak J. (2000); The blood in systemic disorders; *Lancet*; 335:1712-2000.
- 26.-Frith-Terhume, et al. (2000); Iron deficiency anemia: higher prevalence in Mexican American than in non-Hispanic white females in the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994; *Am J. Clin. Nutr.*; 72:963-968.
- 27.- Instituto de Medicina Tradicional de Beijing, Fundamentos de Acupuntura y Moxibustión, Ediciones en Lenguas Extranjeras, Beijing, China, 1984.
- 28.- Wilhelm Richard y Wilhelm Hellmut I Ching, El Libro de las Mutaciones Ed. Hermes 2a.ed. Buenos Aires, Argentina, 1976.
- 29.- Tola José M., Dao Te Jing Lao Tse, La Nave de los Locos, Premia Editorial, México 1981, Quinta edición.

- 30.- Wolfin Samuel, La Filosofía según Confucio y Lao Tse, Ed. Kier.
- 31 .- Ediciones de Lenguas Extranjeras, El Camino del Dao, Editorial de lenguas extranjeras, Beijing.
- 32.- Wang Shousheng-Advanced Textbook on Traditional Chinese and Pharmacology (Vol.IV), Acupuncture and Moxibustion-New World Press, Beijing, China-1996.
- 33.- Wang Xue tai-Gran Compendio de Acupuntura y Moxibustión de China, Volumen 1-Editorial Técnicacientífica de Henan- Henan, China, 1995.
- 34.- Sun Guojie, Acupuntura y Moxibustión, Colección de Enseñanza y Consulta del Programa de Educación Superior en Medicina Tradicional China- Editorial de Medicina Tradicional China de China-Beijing, China, 1999.