

BIBLIOTECA
DIGITAL

INCLUYE
E-BOOK

133
VIDEOS

UMBERTO
MAZZANTI

CARLO MARIA
GIOVANARDI

ALESSANDRA
POINI

GIUSEPPE
TALLARIDA

MÉTODO ACUOSTEO

ACUPUNTURA Y OSTEOPATÍA PARA EL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO DE LAS EXTREMIDADES

133
VIDEOS


AMOLCA



MÉTODO ACUOSTEO

ACUPUNTURA Y OSTEOPATÍA PARA EL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO DE LAS EXTREMIDADES



MÉTODO ACUOSTEO. ACUPUNTURA Y OSTEOPATÍA PARA EL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO DE LAS EXTREMIDADES

**Umberto Mazzanti MD, acupuntor,
osteópata DO MROI**

Vicepresidente

AMAB (Asociación de Acupuntores Médicos de Bolonia) Bolonia, Italia

Vicedirector

AMAB - Escuela Italiana China de Acupuntura Bolonia, Italia

Tesorero

FISA (Federación Italiana de Sociedades de Acupuntura) Bolonia, Italia

Profesor visitante

NJUCM (Universidad de Medicina China de Nanjing) Nanjing, R.P. China

Inventor del método Mazzanti AcuOsteo®

Carlo Maria Giovanardi MD, acupuntor

Presidente

AMAB (Asociación de Acupuntores Médicos de Bolonia) Bolonia, Italia

Director

AMAB - Escuela Italiana China de Acupuntura Bolonia, Italia

Presidente

FISA (Federación Italiana de Sociedades de Acupuntura) Bolonia, Italia

Embajador Internacional

SAR (Sociedad para la Investigación en Acupuntura) Winston Salem, NC

Profesor visitante

NJUCM (Universidad de Medicina China de Nanjing) Nanjing, R.P. China

Experto en acupuntura

Alma Mater Studiorum Universidad de Bolonia, Bolonia, Italia

Alessandra Poini MD, acupuntora

Miembro de la Junta

AMAB (Asociación de Acupuntores Médicos de Bolonia) Bolonia, Italia

Profesora

AMAB - Escuela Italiana de Acupuntura China

Miembro de la Junta

FISA (Federación Italiana de Sociedades de Acupuntura) Bolonia, Italia

Giuseppe Tallarida MD, acupuntor

Profesor

AMAB - Escuela Italiana de Acupuntura China Bolonia, Italia

2026



Editor en jefe: Félix E. Suárez

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse o transmitirse por ningún medio electrónico, mecánico, incluyendo fotocopiado o grabado mediante cualquier sistema de almacenamiento de información sin el permiso escrito de los editores.

El editor no es responsable (de hechos de responsabilidad, negligencia u otra) por lesión alguna resultante de cualquier material contenido aquí. Esta publicación contiene información relacionada a principios generales de cuidados médicos que no deben ser tomados como instrucciones específicas para pacientes individuales. La información y empaque de productos manufacturados insertos deben ser revisados para el conocimiento actual, incluyendo contraindicaciones, dosis y precauciones.

Esta traducción ha sido publicada por AMOLCA. Practicantes e investigadores deben confiar siempre en su propia experiencia y conocimientos al momento de evaluar y usar cualquier información, métodos, composiciones o experimentos aquí descritos. Debido al rápido avance de la ciencia médica, en lo particular, se debe realizar la verificación independiente de los diagnósticos y dosificaciones. En toda la extensión de la ley, ninguna responsabilidad será asumida por Elsevier, autores, editores o colaboradores en cuanto a la traducción o alguna lesión y/o daño a personas y/o propiedades como consecuencia de la responsabilidad, negligencia u otros, o de cualquier uso u operación de cualquier método, productos o ideas contenidas en este material.

Acupuncture and Osteopathy to Treat Musculoskeletal Pain of the Extremities, 1e

Copyright © 2025 by Elsevier, Inc. All rights reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Publisher's note: Elsevier takes a neutral position with respect to territorial disputes or jurisdictional claims in its published content, including in maps and institutional affiliations.

ISBN: 978-0-323-83194-9

Esta traducción de *Acupuncture and Osteopathy to Treat Musculoskeletal Pain of the Extremities, 1e*, de Umberto Mazzanti, Carlo Maria Giovanardi, Alessandra Poini y Giuseppe Tallarida, ha sido llevada a cabo por Editorial Amolca S. A. S. y se publica con el permiso de Elsevier, Inc.

Edición en idioma castellano

Método AcuOsteo. Acupuntura y osteopatía para el dolor musculoesquelético de las extremidades, de Umberto Mazzanti, Carlo Maria Giovanardi, Alessandra Poini y Giuseppe Tallarida

© 2026 - Editorial Amolca S. A. S.

eISBN: 978-9962-748-38-0

Corrección clínica: Dr. Pedro Madrid

Corrección de estilo y gramática: Julia Klinkert

Artes finales: Yelitza Peña

Diseño de portada: Steven Cifuentes



CASA
MATRIZ

Cra 43 # 9 Sur 195 Ed. Square Torre Inexmoda Ofc. 1334 - 1338 Medellín, Colombia

📞 +573027157665 📞 (604) 479 74 31 ✉️ hola@amolca.com 🌐 www.amolca.com

AMOLCA COLOMBIA



Circular 5 #71 A -5 Barrio Laureles
(604) 444 3314
+57 3175049844
gerencia@amolca.com.co

AMOLCA PERÚ



Jr. Inclán 312 Magdalena del Mar, Lima
+51 998 128 873
ventas@amolca.com.pe

AMOLCA CHILE



+56 944182523
+56 920298344
ventas@amolcachile.com

AMOLCA MÉXICO



Arquitectura 49 – 202 O Videopuerto
ro Amolca. Colonia Copilco
Universidad. Alcaldía Coyoacán. C.P.
04360.
Ciudad de México.
+52 5556580882
administracion@amolcamexico.com

AMOLCA VENEZUELA

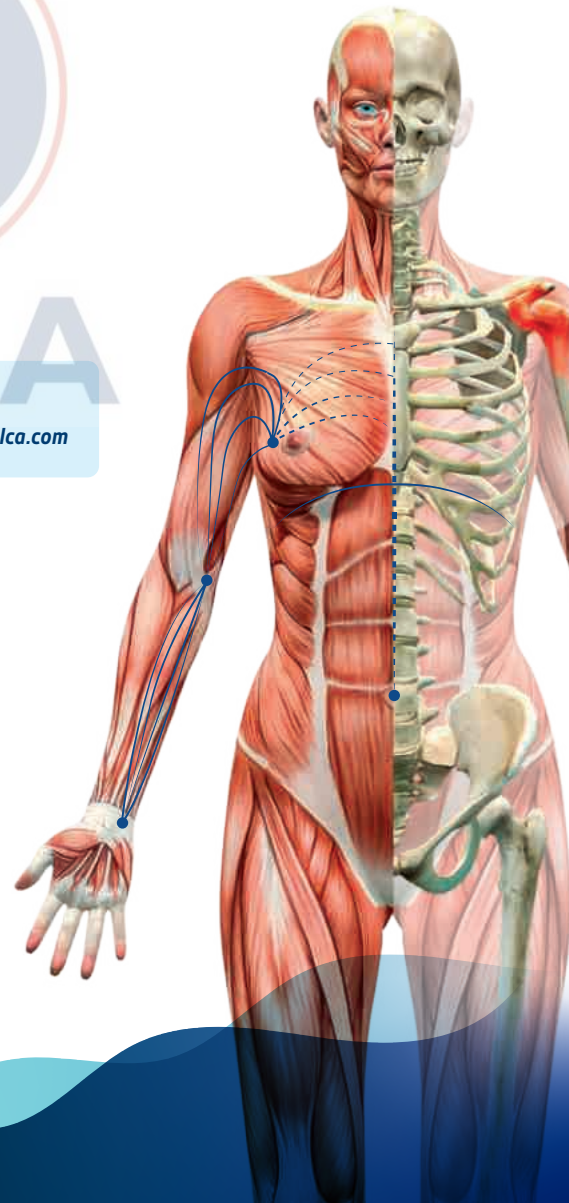


Calle VillaFlor Edificio Centro Profesional del Este
Piso 08 Oficina 81. Urbanización San Antonio /
Sabana Grande Sur Parroquia El Recreo, Municipio
Libertador. Distrito Libertador
+58 414 255 51 85
comercioexterior@amolca.com



Distribuidores

Argentina - Bolivia - Brasil - Costa Rica - Ecuador - El Salvador - España - Guatemala
Honduras - Nicaragua - Panamá - Paraguay - República Dominicana - Uruguay



Nota aclaratoria

Este manual sobre acupuntura y osteopatía está dirigido a los profesionales que, de acuerdo con la ley, pueden administrar acupuntura y osteopatía.

Puede ser una guía útil para otros profesionales de la salud como fisioterapeutas, quiroprácticos, osteópatas y médicos, debidamente capacitados y autorizados por la ley y el colegio médico y/o la institución a la que pertenecen en el estado en el que ejercen su profesión para insertar agujas de acupuntura y realizar tratamientos de manipulación osteopática.

Este manual sobre acupuntura y osteopatía tiene como objetivo proporcionar a los profesionales más información sobre el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de lesiones. La información contenida en este libro no pretende ni puede sustituir en ningún caso a un correcto diagnóstico y evaluación médica realizados por profesionales que operen en este campo específico y estén especializados en el tema tratado.

Además, debe recordarse que la inserción de una aguja de acupuntura y el tratamiento con técnicas osteopáticas manuales están siempre asociados a un riesgo potencial. Al realizar cualquiera de las técnicas descritas en este libro, el profesional debe tener pleno conocimiento médico de la anatomía y fisiología de los tejidos a tratar y debe ser plenamente consciente de cualquier contraindicación médica que

desaconseje el tratamiento del paciente con acupuntura u osteopatía.

Los autores y el editor no asumen ninguna responsabilidad si las técnicas descritas en este libro se realizan de forma incorrecta o inadecuada, o sin solicitar y recibir asesoramiento médico previo.

Vale la pena recordar que siempre es obligatorio un diagnóstico correcto preliminar y una evaluación médica por parte de profesionales que operen en este campo específico y estén especializados en el tema tratado.

La información contenida en este libro ha sido escrita y publicada de buena fe con el objetivo de contribuir a la profesión médica. Los autores y el editor no se responsabilizan de los errores u omisiones que pueda haber en el texto.

Es obligatorio conocer la legislación vigente en el país donde se ejerce la profesión para cumplir con los procedimientos y normas de higiene y seguridad en la inserción de agujas y desinfección de la piel.

Todos los videos se grabaron en Italia entre 2020 y 2023 en cumplimiento de la legislación vigente.

Para entonces, todos los pacientes habían alcanzado la mayoría de edad. Los modelos han dado su consentimiento para la publicación de las fotos y videos contenidos en el texto.

AMOLCA

Prefacio

Este manual tiene por objeto exponer la aplicación de un protocolo patentado el 24 de abril de 2022, para el tratamiento del dolor musculoesquelético de las extremidades con la acupuntura y la osteopatía. Este estudio tiene como objetivo proporcionar una guía para los profesionales en el tratamiento de este tipo específico de dolor.

Como médico especializado en medicina deportiva y medicina física y rehabilitación, he estado utilizando este enfoque en mi práctica diaria en Italia durante más de 35 años. El cumplimiento por parte de los pacientes ha demostrado ser elevado, y los resultados han superado con creces mis expectativas. Todos los casos presentados a lo largo del texto proceden, por tanto, de mi propia práctica, y se invita al lector a estudiarlos. Muestran cómo se realiza el tratamiento osteopático manipulativo (TOM) y cómo se eligen y combinan los acupuntos.

Es bastante inusual, es decir, una especie de excepción, ser médico o practicante al mismo tiempo formado profesionalmente en acupuntura y osteopatía. Por esta razón, durante mis seminarios o conferencias pronunciadas en congresos nacionales e internacionales, los asistentes me han preguntado a menudo si había escrito un libro sobre este enfoque combinado para obtener una comprensión más profunda del mismo.

Del mismo modo, mis maestros, Giovanni Maciocia y Qiao Wenlei, siempre me han animado e invitado a considerar la idea de desarrollar este proyecto. Además, tras muchas vacilaciones, finalmente tomé esta decisión cuando tuve la oportunidad de discutirlo con Whitfield Reaves.

Una vez tomada la decisión, involucré activamente a un grupo de queridos amigos que son estimados profesionales para idear un texto que pudiera ser fácil de leer y de utilizar en la práctica diaria, gracias también a los videos e imágenes proporcionados.

Tras introducir los fundamentos de la acupuntura, los principios del TOM y los conceptos principales del tratamiento del dolor, los autores dedican cada uno de los seis capítulos a las seis articulaciones principales.

Todos los capítulos siguen el mismo orden, es decir, un triple enfoque:

- La perspectiva de la medicina occidental: anatomía occidental, diferenciación de síntomas, pruebas ortopédicas y diagnóstico.
- Diagnóstico en medicina china.
- Diagnóstico en medicina osteopática.
- Tratamiento con acupuntura.
- Procedimiento con el TOM.

Siguiendo este orden, hacemos posible que el lector pueda realizar rápidamente cualquier comparación, en caso necesario.

El uso de este protocolo no está en contradicción con cualquier otro enfoque que un profesional decida seguir, y espero que este manual pueda ser útil a profesionales de diferentes orientaciones.

Por razones de extensión, este libro omite la discusión del dolor de columna, así como el dolor MSK en manos y pies. Se espera que sean objeto de un libro futuro.

Con fines didácticos y para facilitar la lectura, los autores han decidido considerar siempre la articulación derecha como la afectada y, por tanto, a tratar, mientras que la articulación izquierda se considera siempre como la no afectada. En consecuencia, todas las maniobras osteopáticas comienzan con una explicación de dónde están colocados el paciente y el profesional y, a continuación, cuando se haga referencia a la articulación o parte de ella, siempre será la articulación derecha.

En cuanto a los acupuntos, los autores han seguido esta regla: si no se indica nada después del acupunto, significa que está situado en el lado afectado. En caso contrario, el lector encontrará entre paréntesis la palabra *opuesto*, lo que significa que el punto está situado en el lado sano. Si se utiliza la palabra *bilateral*, significa que debe aplicar la aguja en el punto en ambos lados, tanto en el afectado como en el no afectado. Los puntos acupunturales indicados para cada afección no son fórmulas, sino solo los posibles puntos entre los que el profesional puede elegir siguiendo los principios expuestos en el protocolo.

En el caso de categorías específicas de puntos, cuando existen parejas de puntos a utilizar, se han mencionado ambos términos, *afectado* y *opuesto*, para evitar cualquier malentendido.

En cuanto a la terminología, se ha dado preferencia a los nombres de origen griego o latino, utilizando acrónimos cuando estaban disponibles.

Por último, todo profesional debe basarse únicamente en las reglas de la medicina china y osteopática una vez que el diagnóstico ya se ha realizado siguiendo las reglas de la medicina occidental y con técnicas de diagnóstico por imagenología, siempre y cuando sea necesario. Como ya se ha mencionado, cada capítulo incluye la diferenciación occidental de los síntomas, indicando las posibles causas del dolor según la perspectiva de la medicina occidental.

Permítanme decir que este manual no pretende sustituir a un buen libro de medicina clínica occidental: solo procura proporcionar al lector una breve lista de las posibles causas del dolor según la medicina occidental. Por lo tanto, esta sección es de vital importancia, ya que los médicos deben saber siempre cuándo se debe derivar a un paciente a un médico occidental y cuándo es obligatorio realizar más pruebas de imagenología.

Espero sinceramente que este libro resulte de utilidad práctica a los médicos, acupuntores y osteópatas de diversos países para ayudarles a integrar sus disciplinas y, de este modo, seguir avanzando en la medicina moderna cuando se esfuercen por resolver el difícil problema del dolor.

Umberto Mazzanti



Prólogo

En los últimos años he asistido a cursos de posgrado sobre acupuntura deportiva con el Dr. Umberto Mazzanti. Es un profesional muy reflexivo y preciso que muestra entusiasmo por las técnicas creativas y eficaces para tratar el dolor y las disfunciones ortopédicas. Por lo tanto, no me sorprendió que mi primera reacción al manual de acupuntura del Dr. Mazzanti fuera bastante convincente. Está claro que su nueva publicación se encontrará favorablemente valorada entre los textos más importantes sobre acupuntura ortopédica y anatómica. Además, contribuirá al avance de las técnicas de evaluación y tratamiento desde los principios básicos de la medicina china hasta un nuevo sistema integrado de lo antiguo y lo nuevo. De hecho, el trabajo del Dr. Mazzanti es un gran paso en este proceso.

En *Acupuntura y osteopatía para tratar el dolor musculoesquelético de las extremidades* se destaca el uso del método AcuOsteo de Mazzanti. En mi primera revisión del material, me sentí muy reconfortado con su uso de videos de alta densidad que muestran técnicas con agujas en la tradición de la acupuntura, así como pruebas ortopédicas específicas y manipulación osteopática. Tanto si se lee por primera vez como si se practica desde hace tiempo, inmediatamente pareció relevante, exhaustivo y listo para formar parte de la propia práctica, independientemente de los antecedentes. Este manual hace un hábil trabajo de integración de la acupuntura tradicional y moderna con la osteopatía.

El texto es claro, y los diagramas e ilustraciones son muy útiles para cada una de las extremidades tratadas. Su carácter exhaustivo puede apreciarse en la sección sobre el dolor de muñeca, donde se describe la evaluación de la tendinopatía inflamatoria, la tenosinovitis u otras afecciones inflamatorias relacionadas. Las pruebas ortopédicas se describían e ilustraban con claridad y, cuando era necesario, se ofrecían videos breves pero muy claros y precisos. Además, cada sección contenía “señales de alarma” en medicina occidental, diagnóstico en medicina china, etiología y patología. Desde luego, esto me parece completo para mis necesidades como profesional de la acupuntura ortopédica desde hace 40 años.

Al principio me pregunté si esto era más relevante para el médico osteópata. Sin embargo, al poco tiempo de empezar a apreciar el material, aparecieron los puntos de acupuntura, su ubicación y la técnica

de inserción de las agujas. Una vez más, los videos fueron muy útiles para ver la ubicación sugerida por el autor y los ángulos de inserción, así como las profundidades.

Además, fue muy útil leer su orden de aplicación de las agujas, desde los puntos distales hacia el centro del cuerpo. Denominadas “opciones” en este texto, numerosas perspectivas de tratamiento están claramente delineadas. Por ejemplo, se consideran las categorías de puntos tradicionales, como los puntos Yuan-Source o los puntos “agua”. Otras opciones sugieren utilizar el lado opuesto o el reflejo superior/inferior tratando el tobillo, por ejemplo, para la muñeca. Los microsistemas y los puntos empíricos completan la lista. En la progresión de estas opciones, cada paso tiene una razón de uso, un orden para la inserción de agujas y cuándo o cómo incluir el punto en una lesión o afección ortopédica específica. Pero también, y muy importante, el Dr. Mazzanti deja espacio para que la experiencia clínica del profesional le guíe con estas opciones en el tratamiento de cada paciente.

Aunque parte del material puede resultar abrumador para un nuevo profesional, existen amplias posibilidades de variación y adaptación, dependiendo de la lesión y de las necesidades de los pacientes. Además, las fotografías, las ilustraciones y los videos parecen reconfortar al lector y le proporcionan una orientación y una comprensión muy claras sobre el qué, el dónde y el cómo.

Es más que un manual, como indica el nombre del título, se trata de un texto exhaustivo. Podría utilizarse fácilmente como guía de estudio para todo un curso de acupuntura ortopédica y deportiva. Sin embargo, la precisión de cada capítulo permitiría que esto fuera una referencia de escritorio útil con el paciente con dolor cuando no hay un camino claro a seguir, un diagnóstico poco claro, y/o preguntas acerca de qué puntos utilizar en el tratamiento.

Si tratas a pacientes con lesiones y dolor, lo que por supuesto todos hacemos en esta profesión, uno podría ciertamente beneficiarse de este texto sobre el método de Mazzanti AcuOsteo. Algunos lo necesitarán, otros lo querrán, pero sin duda ayudará a un profesional que trate con pacientes y sus lesiones. Lo recomiendo encarecidamente.

Whitfield Reaves, OMD, LAc

Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría expresar mi gratitud, mi más profundo afecto y agradecimiento a mi querido amigo, Carlo Maria Giovanardi, MD, acupuntor, presidente de la FISA (Federación Italiana de Sociedades de Acupuntura), y presidente de la AMAB (Asociación de Médicos Acupuntores de Bolonia) —Escuela Italiana China de Acupuntura. Conocerle cambió el destino de mi vida profesional, ya que me introdujo en la acupuntura y la medicina china a finales de los años mil novecientos setenta. Desde entonces, y siempre juntos, hemos recorrido el camino que condujo a la fundación de la AMAB y su escuela. Juntos, hemos viajado por todo el mundo para conocer a los maestros más importantes de la medicina china y así mejorar nuestros conocimientos y adquirir nuevas perspectivas. Seguimos compartiendo nuestra vida profesional y proyectos comunes para el futuro.

Me gustaría mencionar y agradecer profundamente a mi maestro, Giovanni Maciocia, fallecido en 2018. Desde principios de los años 1990, me honró con su amistad y compartió conmigo sus magníficos conocimientos. Nunca olvidaré sus sugerencias durante las conferencias que impartió en la AMAB, la formación que recibí en su clínica de Amersham y nuestras largas discusiones y debates semanales por teléfono: fueron cruciales para mí. Aprovechar su enorme experiencia ha significado mucho para mí; he adquirido una visión más profunda de la medicina china y de las técnicas de uso de los puntos de acupuntura. Quiero compartir estos conocimientos con los lectores de este libro. Con sus libros, Giovanni ha contribuido decisivamente a la difusión y enseñanza de la medicina china en el mundo occidental. Por eso siempre estaré en deuda con él.

También estoy enormemente agradecido al autor del prólogo de este libro, Whitfield Reaves, OMD, LAc. La primera vez que lo conocí se remonta a 2018, cuando asistía a uno de sus seminarios en Zúrich. Acababa de terminar de leer su libro *The Acupuncture Handbook of Sports Injuries and Pain*. Era tan claro, su enfoque era tan sistemático y su método de acupuntura era tan similar al mío. Su conferencia fue entonces una fuerza motriz, una fuente de inspiración fundamental que me empujó a centrarme en un proyecto en el que llevaba tantos años pensando. Había llegado el momento oportuno; tras leer su libro y asistir a su seminario, decidí por fin plasmar mi propia práctica clínica en un manual que integrara la

acupuntura y la osteopatía. Le estoy agradecido por haberme inspirado, y me gustaría reconocer el papel que ha desempeñado en mi toma de esta decisión.

También me gustaría reconocer y agradecer a mi Maestro, Qiao Wenlei, antiguo profesor de Medicina China en la Universidad de Medicina China de Nanjing (NJUCM). La conocí por primera vez a principios de la década de 2000 y posteriormente en múltiples ocasiones a partir de 2006 durante el Curso de Formación Clínica de Acupuntura de los estudiantes del AMAB en la NJUCM; fue el primero de muchos encuentros por venir, como los seminarios de formación continua o las conferencias que fue invitado a impartir en nuestra escuela. Su forma clara, sencilla y práctica de enseñar, junto con su disponibilidad para compartir amplios conocimientos de medicina China, han tenido un efecto notable en mi enfoque clínico del paciente y del tratamiento.

Estoy profundamente agradecido a mi maestro, Maurice Audouard, osteópata, DO, que falleció en 2015. A principios de la década de 1990, tuve la suerte de ser uno de sus alumnos y, durante los seis años que duró el curso, me transmitió no solo sus conocimientos, sino también su pasión por la osteopatía. Me honró con su amistad, hasta el punto de que durante algunos años después de terminar la escuela de osteopatía, siguió impartíendome sus enseñanzas directamente en mi consulta de Bolonia, emprendiendo largos viajes desde Francia.

También me gustaría reconocer y agradecer a las personas que se ofrecieron voluntariamente a ayudarme a escribir este manual. Sin ellas, este proyecto no habría sido posible. No solo son profesionales muy cualificados, sino también amigos íntimos que han tratado este manual con sincero afecto y simpatía.

En primer lugar, me gustaría mencionar a la Dra. Alessandra Poini y al Dr. Giuseppe Tallarida, coautores de este libro junto con Carlo Maria Giovanardi. Son acupuntores y profesores de la AMAB — Escuela Italiana de Acupuntura China — que garantizan el brillante futuro de esta institución. Además de contribuir con secciones de los textos, me han apoyado y dado consejos inestimables a lo largo de estos 3 años de duro trabajo.

Franco Guolo, osteópata, DO, director didáctico del C.I.O. (Colegio Italiano de Osteopatía), Parma y yo fuimos compañeros de escuela cuando asistimos

a un curso de osteopatía a principios de los años mil novecientos noventa. Gracias a su profundo conocimiento de la osteopatía y a su asombrosa forma de enseñar, fue capaz de meterse en el espíritu de este libro. Sus consejos fueron realmente inestimables a la hora de explicar la osteopatía y hacerla sencilla y accesible a los lectores.

El Dr. Maurizio Draghetti, especialista en ortopedia, jefe de la V Unidad de Ortopedia de la Clínica — Casa di Cura “Villa Erbosa GSD” de Bologna, y yo nos conocemos desde el instituto. Me dio valiosos consejos para redactar las secciones dedicadas a la ortopedia.

Doy las gracias a Matteo Mignani y a su ayudante, Guido Pedroni, realizadores de video en Bologna, que filmaron los videos que forman parte integrante y sustancial de este texto. Su profesionalidad convirtió una sala didáctica en un auténtico plató y en el lugar perfecto para nuestro proyecto editorial. Su paciencia me apoyó a lo largo de esta experiencia, y sus consejos y habilidades de rodaje fueron de vital importancia para mostrar las técnicas de acupuntura y osteopatía. Matteo Mignani también creó las imágenes de los canales de acupuntura, satisfaciendo pacientemente mis necesidades específicas.

Me gustaría dar las gracias a Giuseppe Maserati, arquitecto en Monza. Gracias a su profesionalidad, preparó dibujos anatómicos basados en mis sencillas sugerencias. Atendiendo pacientemente a todas mis peticiones, proporcionó imágenes que hicieron agradable este libro.

También me complace dar las gracias a Nicola Mazzoni, diseñador gráfico y de logotipos de Bologna, que creó el logotipo del “Método Mazzanti AcuOsto”. Logró de forma admirable el objetivo de simbolizar el tratamiento combinado de acupuntura y osteopatía.

Además, me gustaría dar las gracias a Linda Woodard, que creyó por primera vez en mi proyecto editorial, y a Kevonne Holloway, Lauren Boyle, Kristin R. Wilhelm, Patricia Geary, Alister Lewcock y a mi responsable de desarrollo de contenidos, Ranjana Sharma, de Elsevier, por su apoyo y profesionalidad.

Por último, quiero dar las gracias a la Dra. Alessandra Bonzi, traductora, por traducir minuciosamente mi manuscrito y revisarlo con esmero. Su inestimable apoyo me guio durante toda la preparación y revisión del manuscrito. También me gustaría dar las gracias a la Dra. Eugenia Biavati, doctora en lengua y literatura inglesas por el *King's College* de Londres, por su asesoramiento lingüístico.

Dedicatoria

Este libro está dedicado a mis hijos Jacopo Maria y Michelangelo

Tabla de contenido



1	Introducción	1
----------	--------------------	---



2	El hombro: Tendinitis del supraespinoso e infraespinoso, tendinitis de la cabeza larga del bíceps y trastornos de la articulación acromioclavicular	33
----------	---	----



3	El codo: Epicondilitis lateral y medial	75
----------	---	----



4	La muñeca: Estiloiditis radial (tenosinovitis de De Quervain) y cubital (dolor de muñeca cubital) y tenosinovitis extensora	106
----------	---	-----



5	La cadera: Dolor de cadera y bursitis trocantérica	136
----------	--	-----



6	La rodilla: Dolor medial, lateral y anterior	176
----------	--	-----



7	Dolor de tobillo: Esguince lateral de tobillo y tendinitis aquilea	231
----------	--	-----

	Apéndices	260
--	-----------------	-----

	Índice alfabético	282
--	-------------------------	-----



Contenido de los videos

Todos los videos son cortesía de Umberto Mazzanti Sr. MD

Capítulo 2

- Video 2.1.** Prueba de Jobe
- Video 2.2.** Prueba de Yocum
- Video 2.3.** Prueba de los brazos cruzados
- Video 2.4.** Prueba de fuerza de rotación externa
- Video 2.5.** Prueba de palmas de manos hacia arriba
- Video 2.6.** Prueba posterior bilateral de la clavícula
- Video 2.7.** Prueba de rotación anterior de la clavícula
- Video 2.8.** Prueba de rotación posterior de la clavícula
- Video 2.9.** Prueba anteroposterior de la cabeza humeral
- Video 2.10.** Prueba vertical de la cabeza humeral
- Video 2.11.** Prueba de malposición de la cabeza larga del bíceps
- Video 2.12.** Prueba bilateral de la elevación de la primera costilla
- Video 2.13.** Inserción de agujas en LI6
- Video 2.14.** Inserción de agujas en LU7
- Video 2.15.** Sangría de los puntos Ah Shi y LI15
- Video 2.16.** Inserción de agujas en LU7
- Video 2.17.** Inserción de agujas en LI6
- Video 2.18.** Sangría de los puntos Ah Shi
- Video 2.19.** Inserción de agujas en puntos Ah Shi
- Video 2.20.** Tratamiento de la clavícula anterior
- Video 2.21.** Tratamiento de la clavícula posterior
- Video 2.22.** Tratamiento de la rotación anterior de la clavícula
- Video 2.23.** Tratamiento de la rotación posterior de la clavícula
- Video 2.24.** Tratamiento de la cabeza humeral anterior
- Video 2.25.** Tratamiento de la cabeza humeral superior
- Video 2.26.** Tratamiento de la malposición medial de la cabeza larga del bíceps
- Video 2.27.** Tratamiento de la malposición lateral de la cabeza larga del bíceps
- Video 2.28.** Tratamiento de la primera costilla elevada

Capítulo 3

- Video 3.1.** Prueba de Cozen
- Video 3.2.** Prueba de Cozen inversa
- Video 3.3.** Prueba de aducción del cúbito
- Video 3.4.** Prueba de abducción del cúbito
- Video 3.5.** Prueba de rotación interna del cúbito
- Video 3.6.** Prueba de rotación externa del cúbito
- Video 3.7.** Prueba anteroposterior de la cabeza del radio
- Video 3.8.** Inserción de agujas en LI6
- Video 3.9.** Inserción de agujas en LU7
- Video 3.10.** Sangría de los puntos Ah Shi
- Video 3.11.** Inserción de agujas en los puntos Ah Shi
- Video 3.12.** Sangría de los puntos Ah Shi
- Video 3.13.** Inserción de agujas en los puntos Ah Shi
- Video 3.14.** Tratamiento de la aducción del cúbito
- Video 3.15.** Tratamiento de la abducción del cúbito
- Video 3.16.** Tratamiento de la rotación interna del cúbito
- Video 3.17.** Tratamiento de la rotación externa del cúbito

- Video 3.18.** Tratamiento de la cabeza anterior del radio
- Video 3.19.** Tratamiento de la cabeza radial posterior

Capítulo 4

- Video 4.1.** Prueba de Finkelstein
- Video 4.2.** Prueba de tensión ulnocarpiana
- Video 4.3.** Prueba anteroposterior del cúbito
- Video 4.4.** Prueba anterior del carpo
- Video 4.5.** Prueba posterior del carpo
- Video 4.6.** Inserción de agujas en LI6
- Video 4.7.** Inserción de agujas en LU7
- Video 4.8.** Sangría del punto o puntos Ah Shi
- Video 4.9.** Inserción de agujas en los puntos Ah Shi
- Video 4.10.** Tratamiento del cúbito posterior
- Video 4.11.** Tratamiento del cúbito anterior
- Video 4.12.** Tratamiento del carpo posterior
- Video 4.13.** Tratamiento del carpo anterior
- Video 4.14.** Tratamiento de descompresión del carpo

Capítulo 5

- Video 5.1.** Prueba de flexión, abducción y rotación externa
- Video 5.2.** Prueba de rotación
- Video 5.3.** Prueba de la bursitis trocantérica
- Video 5.4.** Prueba de balanceo
- Video 5.5.** Preparación de la prueba de Downing
- Video 5.6.** Prueba de alargamiento de Downing
- Video 5.7.** Prueba de acortamiento de Downing
- Video 5.8.** Prueba de compresión de la sínfisis púbica
- Video 5.9.** Prueba anteroposterior de la cadera
- Video 5.10.** Prueba de la membrana obturatriz
- Video 5.11.** Sangría del punto o puntos Ah Shi
- Video 5.12.** Inserción de agujas en el punto o puntos Ah Shi — concéntrico(s)
- Video 5.13.** Inserción de agujas en el punto o puntos Ah Shi — longitudinal(es)
- Video 5.14.** Inserción de agujas en los puntos Ah Shi y Jiankua
- Video 5.15.** Rotación anterior del ilion: tratamiento MET
- Video 5.16.** Rotación posterior del ilion: tratamiento MET
- Video 5.17.** Deslizamiento hacia arriba: tratamiento
- Video 5.18.** Compresión de la sínfisis púbica: tratamiento
- Video 5.19.** Cadera anterior: tratamiento
- Video 5.20.** Cadera posterior: tratamiento
- Video 5.21.** Tensión de la membrana obturatriz: tratamiento

Capítulo 6

- Video 6.1.** La prueba de compresión de Apley
- Video 6.2.** La prueba de distracción de Apley
- Video 6.3.** La prueba de molienda rotuliana
- Video 6.4.** La prueba de resistencia a la flexión de la rodilla
- Video 6.5.** La prueba de Noble
- Video 6.6.** Prueba de rotación interna-externa de la tibia

Video 6.7. Prueba de aducción-abducción de la tibia
Video 6.8. Prueba anterior de la tibia
Video 6.9. Prueba posterior de la tibia
Video 6.10. Prueba anteroposterior del peroné
Video 6.11. La prueba de retroceso del menisco medial
Video 6.12. Prueba superolateral-inferomedial de la rótula
Video 6.13. Inserción de agujas en el punto LR5
Video 6.14. Sangría del punto o puntos Ah Shi
Video 6.15. Inserción de agujas en los puntos Ah Shi y LR8
Video 6.16. Inserción de agujas los puntos Xiyan medial y Xiyan lateral (ST35)
Video 6.17. Inserción de agujas en los puntos Xiyan medial y Xiyan lateral (ST35)
Video 6.18. Inserción de agujas en los puntos Xiyan medial y Xiyan lateral (ST35)
Video 6.19. Inserción de agujas en los puntos Ah Shi, GB33 y GB33 "anterior"
Video 6.20. Rotación externa de la tibia: tratamiento
Video 6.21. Rotación externa de la tibia: tratamiento MET
Video 6.22. Rotación interna de la tibia: tratamiento
Video 6.23. Rotación interna de la tibia: tratamiento con MET
Video 6.24. Aducción de la tibia: tratamiento
Video 6.25. Abducción de la tibia: tratamiento
Video 6.26. Tibia anterior: tratamiento
Video 6.27. Tibia posterior: tratamiento
Video 6.28. Tibia posterior: 2ª técnica terapéutica

Video 6.29. Peroné anterior: tratamiento
Video 6.30. Peroné posterior: tratamiento
Video 6.31. Peroné posterior: tratamiento MET
Video 6.32. Menisco medial anterior: tratamiento
Video 6.33. Menisco medial anterior: 2ª técnica terapéutica
Video 6.34. Rótula superolateral: tratamiento

Capítulo 7

Video 7.1. Prueba de esfuerzo de inversión
Video 7.2. Prueba posterior de la tibia
Video 7.3. Prueba anterior de la tibia
Video 7.4. Prueba inferior-superior del peroné
Video 7.5. Prueba anteroposterior del peroné
Video 7.6. Prueba de inversión-eversión del calcáneo
Video 7.7. Sangría del KI1
Video 7.8. Inserción de agujas en el punto o puntos Ah Shi
Video 7.9. Tibia anterior: tratamiento
Video 7.10. Tibia anterior: tratamiento MET
Video 7.11. Tibia posterior: tratamiento MET
Video 7.12. Peroné inferior: tratamiento
Video 7.13. Peroné superior: tratamiento
Video 7.14. Peroné anterior: tratamiento
Video 7.15. Peroné posterior: tratamiento
Video 7.16. Inversión del calcáneo: tratamiento
Video 7.17. Eversión del calcáneo: tratamiento



1

Introducción

Fundamentos de la acupuntura para el dolor musculoesquelético en las extremidades

El dolor musculoesquelético (MSK, por sus siglas en inglés) es un síntoma muy común que a menudo conduce a la búsqueda de asistencia sanitaria. Sin embargo, los pacientes solo tienden a consultar al médico cuando el dolor es intenso e incapacitante, interfiriendo así con las actividades de la vida diaria. Por el contrario, cuando el dolor es de larga duración, pero leve o sordo, es menos frecuente que se busque atención médica.

En última instancia, la consulta con un especialista suele ser necesaria cuando el dolor reaparece tras actividades laborales o deportivas poco comunes o cambios climáticos y de la temperatura exterior. Esto último suele ocurrir, aunque no exclusivamente, cuando la afección a tratar es la artritis (véase el [Apéndice 6](#)).

No hace falta decir que, de acuerdo con las normas de la medicina tradicional china (MTC), en la práctica clínica es más frecuente el dolor MSK por afecciones agudas o crónicas de exceso que el dolor por afecciones crónicas de deficiencia. Esto explica por qué este manual se centrará más en el primero que en el segundo.

Vale la pena recordar que en la MTC, el dolor MSK a menudo se denomina síndrome Bi (síndrome de obstrucción dolorosa), un término que subyace a la presencia de estancamiento Qi y estasis de sangre resultante de la penetración de factores patológicos externos en las capas externas del cuerpo.

En este manual, también nos centraremos en el dolor MSK debido a otras causas, como traumatismos o microtraumatismos.

Aunque somos plenamente conscientes de la distinción entre ambos términos, para facilitar el uso de este manual al lector y solo con fines didácticos, utilizaremos principalmente el término genérico “dolor MSK” para referirnos a cualquiera de ellos, mientras que solo se hará una distinción cuando se trate de afecciones específicas.

Por último, nos gustaría destacar que los trastornos MSK de la “medicina china”, incluidas las enfermedades relacionadas con la artritis y las disfunciones

somáticas osteopáticas, son a menudo comórbidos y pueden afectar a la misma región anatómica.

ETIOLOGÍA

El conjunto de causas del dolor se distingue clásicamente de la siguiente manera:

- Factores patógenos externos (FPE).
- Factores patógenos internos (FPI).
- Factores distintos de los FPE y los FPI.

Este manual abordará las causas observadas con más frecuencia en nuestra práctica clínica al tratar el dolor MSK en las extremidades, sin profundizar en los FPI, como las emociones, la ingesta dietética y el dolor en otras regiones corporales.

Factores patógenos externos

De los seis FPE, el viento, el frío y la humedad son los que tienen más probabilidades de causar dolor MSK. Los FPE invaden primero los canales secundarios, que son los más superficiales, y luego, con el paso del tiempo, pueden invadir los canales principales y penetrar más profundamente hasta afectar a los órganos Zang Fu.

Los principales síntomas de la invasión de los FPE en el sistema MSK son los siguientes:

- Inicio agudo.
- Exacerbación por cambios estacionales o exposición al mismo FPE.
- Dolor principalmente en la superficie corporal.
- Tratamiento relativamente fácil con buenos resultados en poco tiempo.

La invasión por FPE suele deberse a las tres causas siguientes:

- Debilidad interna preexistente, temporal o permanente, debida a deficiencia de Qi y sangre.
- Factores patógenos demasiado fuertes.
- Estilo de vida del paciente.

Viento

El viento externo suele estar asociado a otro FPE y a menudo es el vehículo a través del cual otros factores invaden el cuerpo. El viento penetra en las capas superficiales del cuerpo y, a través de los canales musculares y conectores, alcanza los músculos y las articulaciones, donde perjudica la circulación del Qi y de la sangre.

Cuando el estancamiento del Qi y la estasis de la sangre debidos al viento se encuentran en los canales musculares, los principales síntomas son el dolor y la rigidez muscular. En cambio, cuando están en los canales conectores, los principales síntomas son dolor y rigidez articular, así como una reducción de la amplitud de movimiento de las articulaciones.

Otro signo de la penetración del viento en los canales secundarios es que el dolor y la rigidez se desplazan por todo el cuerpo, extendiéndose de un grupo de músculos o de una articulación a otra.

Frío

El frío externo puede penetrar en el cuerpo de diferentes maneras, por ejemplo a través de la boca o la nariz. En nuestro contexto, la principal vía por la que llega a los músculos y articulaciones es a través de la piel.

La invasión del frío externo, que a menudo se asocia con el viento, suele ser consecuencia de tendencias de moda, como llevar poca ropa, o de hábitos poco saludables, como la exposición al frío después de sudar, el aire acondicionado, los lugares de trabajo excesivamente fríos o las cámaras frigoríficas de las carnicerías. Menos a menudo se observa una relación con la estación invernal, ya que la gente tiende a llevar más ropa.

El frío penetra en los canales musculares y conectores y alcanza los músculos y las articulaciones, donde provoca el estancamiento del Qi y la estasis de la sangre.

Cuando el estancamiento de Qi y la estasis de sangre debidos al frío se encuentran en los canales musculares, los síntomas principales son dolor muscular, contractura, espasmo y rigidez. En cambio, cuando se encuentran en los canales conectores, los principales síntomas son el dolor y la rigidez articular, así como la reducción de la amplitud de movimiento de las articulaciones.

En ambos casos, el dolor puede ser intenso, suele ser unilateral y localizarse en una zona bien delimitada, y sus síntomas se alivian cuando se aplica calor. Por el contrario, empeoran con la exposición al frío.

Con el tiempo, si no se expulsa de forma correcta o si el Wei Qi (Qi defensivo) no es lo suficientemente fuerte como para detener su penetración, el frío se adentra en el cuerpo a través de los canales principales y alcanza los órganos internos (Zang Fu), donde daña principalmente el Yang-Qi de bazo y riñón.

Esta condición de deficiencia de Yang también se llama frío interno.

Por último, una carencia de Yang puede provocar una carencia de Wei Qi en las capas superficiales del cuerpo, lo que favorece la penetración del frío.

Humedad

La invasión de la humedad externa suele ser el resultado de vivir o trabajar en ambientes húmedos, ya sean cálidos o fríos.

La humedad penetra en las capas superficiales del cuerpo y, a través de los canales musculares y conectores, alcanza los músculos y las articulaciones. Se caracteriza por la viscosidad y el estancamiento y, por lo tanto, provoca el estancamiento del Qi y la estasis de la sangre en el sistema MSK.

Cuando el estancamiento de Qi y la estasis de sangre debida a la humedad se encuentran en los canales musculares, los principales síntomas son dolor muscular, entumecimiento y sensación de pesadez. En cambio, cuando se encuentran en los canales conectores, los principales síntomas son dolor articular, hinchazón hasta el derrame articular, entumecimiento, sensación de pesadez y torpeza.

En ambos casos, el dolor suele ser unilateral y localizado en una zona concreta, y sus síntomas empeoran con la exposición a climas húmedos.

Con el tiempo, si no se expulsa del modo correcto o si el Wei Qi (Qi defensivo) no es lo suficientemente fuerte como para detener su penetración, la humedad externa se adentra en el cuerpo a través de los canales principales y alcanza los órganos internos (Zang Fu), en particular el estómago y el bazo.

Esta retención de la humedad puede provocar una deficiencia del Qi del estómago y del bazo con trastornos que afectan a sus funciones de transporte y transformación y conducen a la acumulación de la humedad interna, lo que puede favorecer fácilmente la invasión de la humedad externa.

Además, la invasión prolongada de calor húmedo, sobre todo si se asocia a deficiencia de Yin y calor vacío, favorece la aparición de inflamaciones en las articulaciones.

En comparación con los demás factores patógenos, la humedad es más difícil de expulsar y, por consiguiente, los síntomas duran más tiempo.

Cabe recordar que la humedad interna puede invadir difusamente los músculos, provocando mialgias generalizadas y una sensación de pesadez en las extremidades.

Factores distintos de los factores patógenos externos y los factores patógenos internos

Sobrecarga y lesiones por esfuerzo repetitivo relacionadas con el trabajo o el deporte

Realizar el mismo movimiento una y otra vez a través de actividades laborales o deportivas puede causar a menudo estancamiento local del Qi o, más raras ve-

ces, deficiencia de Qi y sangre en una articulación o territorio anatómico específico. El resultado es dolor, tensión o debilidad de los tejidos MSK (músculos, tendones y ligamentos)

Además, la falta de Qi y sangre hace que el cuerpo sea más propenso a la invasión de FPE.

Traumatismos y lesiones deportivas

Las caídas, los accidentes, el levantamiento de cargas demasiado pesadas, una o varias veces, y las lesiones deportivas pueden provocar una tensión excesiva en los músculos, esguince articular, luxación o fractura con hinchazón y hematoma. Provocan dolor y daños en los tejidos musculares y articulares e inducen estancamiento del Qi y estasis de sangre con retraso en la curación y la recuperación.

Resultados posquirúrgicos

En este contexto específico, también debemos mencionar la cirugía de las extremidades, que puede provocar una reducción de la amplitud de movimiento de las articulaciones y rigidez, incluso cuando está bien realizada y tiene éxito. La intervención quirúrgica puede causar estancamiento del Qi, estasis de sangre y daños en los canales. Además, la formación de cicatrices puede obstruir la circulación del Qi y de la sangre en los canales (véase el [Apéndice 7](#)). Aunque no vamos a tratar este tema, también hay que tener en cuenta el estrés quirúrgico y cómo perturba el Shen.

PATOLOGÍA

Como ya se ha mencionado, los tipos de dolor MSK tratados en este manual son de dos condiciones diferentes, de exceso o de deficiencia, siendo las primeras las más observadas en la práctica diaria.

Condiciones de exceso:

- Estancamiento del Qi y/o estasis de sangre.

Condiciones de deficiencia:

- Deficiencia de Qi y/o de sangre.

Ambas condiciones perjudican la circulación del Qi y de la sangre e impiden que fluyan con suavidad y regularidad.

Aunque es obvio que el buen flujo de Qi y sangre en el cuerpo depende del correcto funcionamiento e interrelaciones de cada Zang Fu, cuando se trata de dolor MSK en las extremidades, los Zang Fu están menos implicados que los canales secundarios y se ven afectados en una fase posterior.

Estancamiento del Qi y/o estasis de sangre

Estos dos patrones se encuentran a menudo asociados con el dolor MSK y son un signo de obstrucción

al flujo local de Qi y sangre resultante de cualquiera de las causas mencionadas anteriormente.

En la práctica, las características del dolor debido al estancamiento del Qi son bastante diferentes de las del dolor debido a la estasis de sangre, que se tratarán más adelante. Sin embargo, comparten algunos rasgos comunes, lo que significa que, sea cual sea la afección, el dolor:

- A menudo tiene un inicio agudo o es la exacerbación de afecciones crónicas.
- Empeora con la presión aplicada en la zona dolorida.

Estancamiento del Qi

El dolor que presenta las siguientes características es un síntoma de obstrucción leve del flujo del Qi.

Se describe como:

- Molesto.
- Asociado a una sensación de distensión.
- Irradiado.
- No está bien localizado.
- Más molesto por la mañana o con el inicio del movimiento.
- Mejora con actividad física suave, movimiento y masaje.
- Afectado por el estado de ánimo.

Estasis de sangre

El dolor que presenta las siguientes características es un síntoma de obstrucción grave del flujo de sangre.

Se describe como:

- Localizado en un área pequeña.
- Pertinaz, constante y persistente.
- Intenso y a veces insoportable.
- Punzante.
- Empeora cuando el paciente empieza a moverse.
- No mejora con actividad física leve o movimiento.
- Empeora o aparece predominantemente por la noche.

A menudo asociado con rigidez o con rigidez como único síntoma.

Aunque los dos patrones suelen estar asociados, a efectos terapéuticos es de vital importancia identificar el predominante o el que ha provocado la aparición del otro.

Se trata de una cuestión clave cuya importancia se destacará en el capítulo dedicado al tratamiento con acupuntura (véase la sección: Las cinco opciones en detalle). La identificación del patrón principal no solo nos ayudará a elegir los acupuntos más adecuados, sino también, y sobre todo, a decidir si la punción (estancamiento del Qi) debe o no asociarse

a la sangría (estasis de sangre). Para más detalles, véase el [Apéndice 3](#).

Deficiencia de Qi y/o de sangre

También en este caso, los dos patrones se encuentran a menudo asociados con el dolor MSK y son un signo de un flujo impedido de Qi y sangre locales, por lo general como resultado del uso excesivo o lesiones por esfuerzo repetitivo relacionadas con el trabajo y el deporte (RSI, por sus siglas en inglés).

En la práctica, las características del dolor debido a la deficiencia de Qi son bastante diferentes de las del dolor debido a la deficiencia de sangre, que se tratarán más adelante. Sin embargo, comparten algunas características comunes, lo que significa que, sea cual sea la afección, el dolor:

- Es de aparición gradual.
- Es crónico, sordo e intermitente.
- Nunca es demasiado intenso.
- Mejora con la presión local.

Deficiencia de Qi

El dolor que presenta las siguientes características es un síntoma de deficiencia de Qi.

Se describe como:

- Tolerable y asociado con astenia del territorio anatómico involucrado.
- Se manifiesta después de la actividad física —mejora con el reposo— empeora durante el día (con el tiempo, se consume Qi para realizar las actividades diarias y, en consecuencia, la deficiencia empeora).

Deficiencia de sangre

El dolor asociado a hormigueos y calambres es un síntoma de deficiencia de sangre.

Aunque los dos patrones suelen estar asociados, a efectos terapéuticos es de suma importancia identificar el predominante o el que ha provocado la aparición del otro.

Se trata de una cuestión clave cuya importancia se destacará en el capítulo dedicado al tratamiento con acupuntura (véase la sección del capítulo: Las cinco opciones en detalle). La identificación del patrón principal no solo nos ayudará a elegir los acupuntos más adecuados, sino también, y sobre todo, a decidir si la punción (deficiencia de Qi) debe o no asociarse a la moxibustión (deficiencia de sangre). Para más detalles, véase el [Apéndice 5](#).

LOCALIZACIÓN DEL DOLOR

En la MTC, el dolor MSK se debe principalmente a la obstrucción del flujo de Qi y sangre en los canales

debido a la invasión de los FPE, el uso excesivo, la RSI y los traumatismos.

Los canales

La compleja red de canales principales y secundarios es uno de los rasgos únicos que caracterizan a la MTC.

Como sugiere la palabra, los canales principales son los más importantes: tienen sus propios puntos, conectan las regiones superficiales con las capas más profundas del cuerpo y distribuyen el Qi y la sangre recibidos de los respectivos Zang Fu (órganos internos) por todo el cuerpo. En resumen, mantienen la homeostasis y garantizan el buen funcionamiento de cada Zang Fu.

Los canales secundarios salen de los canales principales. Se extienden más superficialmente que los canales principales y son responsables de varias funciones, entre ellas la capacidad de movimiento y la defensa del cuerpo frente a invasiones de FPE y traumas.

Cada canal principal tiene su propia red de canales secundarios que pueden activarse a través de los acupuntos situados en los canales principales.

A efectos didácticos, solo nos centraremos en los canales musculares y conectores secundarios (Luo). La razón subyacente de nuestra elección es que el dolor MSK afecta principalmente a los canales y Zang Fu solo cuando es crónico. En concreto, los canales musculares y conectores se ven afectados con más frecuencia que los canales principales, que pueden verse afectados en una fase posterior.

Los Zang Fu se ven implicados más tarde, es decir, en afecciones crónicas, es decir, cuando los FPE han superado los sistemas de defensa del organismo, en particular la red de canales. En esa etapa, las afecciones que deben tratarse son las relacionadas con la artritis y las enfermedades reumáticas (véase el [Apéndice 6](#)). Por último, cabe mencionar que el dolor intenso en los canales secundarios es un signo de exceso, mientras que el dolor sordo o la debilidad son signos de deficiencia.

A continuación, se describen las principales características de los dos canales secundarios objeto de nuestro estudio. También hay que decir que las afecciones relacionadas con los canales musculares y conectores casi siempre se solapan cuando se trata de trastornos MSK.

Canales musculares

Los canales musculares son a la vez canales de energía y estructuras de músculos y tendones: integran los músculos y los tendones en el sistema de los canales principales. Al igual que los canales princi-

pales, hay 12 canales musculares, pero están situados más superficialmente. Presentan un patrón en forma de cinta (no lineal) que se extiende sobre los canales principales y coincide aproximadamente con su recorrido. Discurren por el interior de los músculos, tendones y ligamentos más importantes. A nivel de las articulaciones mayores, sus bandas se contraen en los puntos de inserción. Se originan en las puntas de los dedos de los pies y de las manos y fluyen hacia arriba, hacia el tronco y la cabeza. La **Figura 1.1** muestra el canal muscular de la vesícula biliar.

Los trastornos de los canales musculares pueden tener diversas manifestaciones clínicas, como dolor en los músculos, tendones y ligamentos, contracturas, espasmos, rigidez y entumecimiento. El dolor puede irradiarse hacia arriba o hacia abajo a lo largo del canal afectado, y esto es un signo de estancamiento del Qi. No obstante, también puede observarse estasis de sangre en los canales conectores, como ocurre con las lesiones musculares tras una contusión o un esguince. Otros síntomas dependen de los agentes patógenos implicados, si los hay. Vale la pena mencionar ahora que, para activar y tratar los canales musculares, tenemos que colocar agujas en el Jing-Well, Ah Shi, y los puntos de inserción. Para más información, véase en este capítulo: TRATAMIENTO DE ACUPUNTURA (véase la sección: Las cinco opciones en detalle).

Canales conectores

Utilizamos el término *canales conectores* para referirnos a:

- Doce canales conectores “transversales”, que se originan en el punto Luo y lo conectan con el punto Yuan del canal relacionado interno-externo en el lado opuesto.
- Dieciséis canales conectores “longitudinales” (en lo sucesivo, se denominarán canales “propriadamente dichos”), que tienen un recorrido claro y síntomas bien definidos. Incluyen:
 - Doce canales que se originan en los 12 puntos Luo de los canales principales, y dos que se originan en los puntos Luo del Du Mai y del Ren Mai.
 - El gran Luo del bazo.
 - El gran Luo del estómago.

La **Figura 1.2** muestra el canal conector de la vesícula biliar “propriadamente dicho”.

- Canales conectores superficiales, cuyo recorrido no está bien definido. Los Sun, Fu y Xue Luo (Luo minuto, Luo superficial y Luo de sangre) discurren por el espacio entre la piel y los músculos (Cou Li) y transportan Qi y sangre a todos los tejidos.



Figura 1.1. Canal muscular de la vesícula biliar.

Fluyen en todas direcciones (vertical, horizontal y transversalmente), a diferencia de los canales princi-

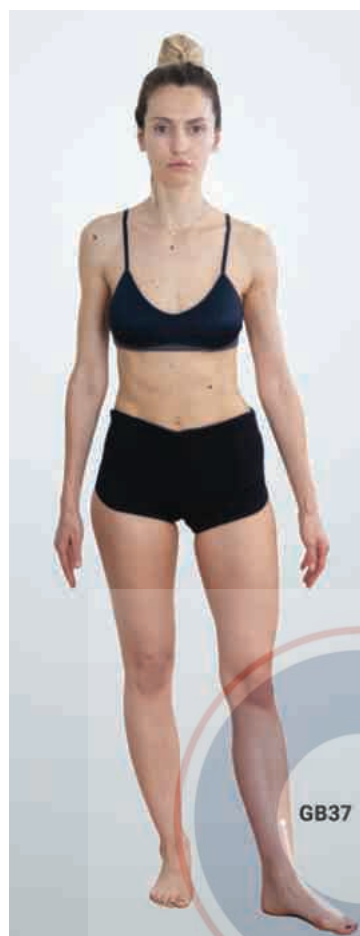


Figura 1.2. Canal conector “propriadamente dicho” de la vesícula biliar.



Figura 1.3. “Área” del canal conector de la vesícula biliar.

pales, que solo fluyen longitudinalmente, y pueden compararse con una “esponja” que llena ese espacio (Cou Li). En anatomía occidental, este espacio se denomina *tejido subcutáneo*.

Veamos un ejemplo:

La “zona” del canal conector de la vesícula biliar (resaltada en azul claro en la Figura 1.3) es toda la zona por donde fluyen los canales conectores de la vesícula biliar; es todo el espacio que va desde la piel hasta los músculos, por donde discurren Fu, Sun y Xue Luo.

La “zona” del canal conector de la vesícula biliar no se limita a la zona alcanzada por el canal conector de la vesícula biliar “propriadamente dicho” (resaltado en azul en la Figura 1.3), es decir, el dorso del pie.

El canal principal de la vesícula biliar (resaltado en blanco en la Figura 1.3) controla su “área” de canal conector, que se extiende por todo el trayecto del canal principal de la vesícula biliar hasta la cabeza en GB1.

Lo mismo se aplica a cada canal principal y a su “área” de canales conectores. Los trastornos de los canales conectores se manifiestan principalmente como dolor y rigidez articular. El dolor es más localizado, especialmente en una articulación, y es un signo de estasis de sangre.

Sin embargo, el estancamiento del Qi también puede observarse en los canales conectores, como ocurre cuando la rigidez articular mejora con el movimiento. Otros síntomas dependen de los agentes patógenos implicados, si los hay. Vale la pena mencionar ahora que para activar y tratar los canales conectores tenemos que colocar las agujas en el punto Luo correspondiente.

Como cada “zona” de los canales conectores representa todo su “tejido subcutáneo” y no solo el canal conector “propriadamente dicho”, preferimos colocar las agujas en el punto Luo del lado opuesto. La elección del lado no afecta al tratamiento, porque el tejido subcutáneo se extiende por todo el cuerpo y conecta el lado derecho con el izquierdo.

Además, procediendo de este modo, podemos equilibrar los dos lados (derecho e izquierdo) y evitar colocar agujas en demasiados puntos en el lado afectado. Para más información, véase el capítulo dedicado al tratamiento de acupuntura (véase la sección: Las cinco opciones en detalle).

TRATAMIENTO DE ACUPUNTURA

Las cinco opciones: principios generales

Las cinco opciones es el nombre del enfoque de acupuntura que recomendamos para el tratamiento del dolor MSK agudo y crónico en las extremidades debido al estancamiento de Qi, estasis de sangre, así como deficiencia de Qi y sangre en los canales.

Estos trastornos pueden ser consecuencia de traumatismos, microtraumatismos y sobrecargas laborales y deportivas. Las *cinco opciones* también pueden utilizarse en caso de invasión de los FPE: concretamente, nos referimos a afecciones agudas o exacerbaciones agudas de afecciones crónicas, el llamado “síndrome Bi”, que también corresponde a afecciones relacionadas con la artrosis, la tendinitis, la bursitis y las enfermedades reumáticas en la medicina occidental.

Aunque somos conscientes de esta distinción, en general, nos referiremos a ambos utilizando el término “dolor MSK” con fines didácticos y para una mejor comprensión del texto. Sin embargo, en algunos contextos específicos, necesitaremos hacer una distinción entre ambos.

Por lo tanto, el objetivo del tratamiento que sugerimos para el dolor MSK será:

- Eliminar el estancamiento de Qi y la estasis de sangre, principalmente en los canales musculares y conectores.
- Expulsar los FPE en caso de síndrome Bi.
- Tonificar el Qi y la deficiencia de sangre, principalmente en los canales musculares y conectores.

Las cinco opciones ofrecen al lector un método sistemático y sencillo para seleccionar los puntos y las técnicas accesorias: estas directrices, aunque sistemáticas, son una vía para el tratamiento del dolor. Sin embargo, no deben seguirse estrictamente, ya que cada profesional tiene sus propios conocimientos teóricos, experiencias clínicas y opciones terapéuticas. Esa es la razón por la que los distintos pasos de sugieren diferentes opciones de tratamiento que permiten a los profesionales abandonar la vía marcada y volver a ella para concluir el tratamiento. En este sentido, es similar a elegir un itinerario para llegar a un lugar de visita y que, en su lugar, se te ofrezcan muchas rutas alternativas.

A continuación se expondrán las líneas generales del protocolo terapéutico de las cinco opciones, que se aplicarán a cada una de las afecciones tratadas en la sección dedicada a la práctica clínica. Repetir los pasos del protocolo para cada afección puede parecer innecesariamente presumido, pero nuestro objetivo es que el profesional lo aplique de manera automática en su práctica clínica. Nuestra experiencia docente de más de 35 años ha demostrado lo fácil que es para los profesionales menos expertos seguir sus propias opciones terapéuticas y, al hacerlo, no alcanzar el objetivo que desean conseguir.

Nuestro enfoque terapéutico aumenta la conciencia de los profesionales sobre su propia selección de puntos: tanto los acupuntos como las opciones terapéuticas pueden ser bien conocidos por nuestros lectores, pero cómo seleccionarlos y utilizarlos es algo que no debe darse por sentado. Todos hemos estudiado acupuntura, pero existen diversas escuelas de pensamiento y formas de enseñar. En consecuencia, el enfoque terapéutico que proponemos, es decir, el uso de acupuntos menos comunes y de protocolos de tratamiento a menudo pasados por alto, puede resultar interesante y, en cierta medida, innovador. Esperamos que después de leer el manual, la selección de los acupuntos resulte más fácil, aunque su aplicación requiere habilidad y precisión.

Otro aspecto práctico de las cinco opciones es proporcionar una estrategia terapéutica eficaz y rápida para tratar el dolor intenso, ya sea agudo o crónico, con el fin de obtener un alivio inmediato durante la sesión terapéutica.

Comenzamos con la opción uno, que se ocupa de la selección de aquellos puntos distales cuya gran dinámica y eficacia en términos de acción terapéutica proporcionan resultados inmediatos. La opción dos implica la selección de puntos locales, ya que también tienen una acción inmediata y específica con respecto a la eliminación del estancamiento de Qi y la estasis de sangre, ambos causantes de dolor local en músculos, tendones, ligamentos y articulaciones. Las opciones tres, cuatro y cinco tienen por objeto completar y estabilizar los resultados terapéuticos obtenidos con las dos primeras opciones.

Se trata, por tanto, de ofrecer al profesional el mayor abanico de opciones a seleccionar en función de las respuestas del paciente al tratamiento, ya que ni todas las opciones ni todos los pasos son necesarios en todos los casos.

Veamos cómo establecer una regla para seleccionar los puntos:

La opción uno es siempre el punto de partida. Poco después de cada paso, es decir, del 1 al 5, es

obligatorio comprobar la eficacia de los puntos distales antes de pasar al paso siguiente: si los resultados obtenidos son satisfactorios, el profesional debe saltarse los pasos restantes y pasar a la opción dos.

Lo dicho anteriormente para los puntos distales también se aplica a los puntos locales, es decir, a la opción dos: hay que seguir los pasos recomendados hasta conseguir el efecto deseado.

Del mismo modo, el uso de los puntos enumerados en las opciones tres, cuatro y cinco se recomienda cuando es necesario un tratamiento adicional, y eso depende de cada caso específico que se esté tratando, es decir, de la respuesta del paciente.

Procedemos de este modo para reducir el número de agujas que utilizamos, de acuerdo con el principio de que cuantas menos agujas se utilicen, más eficaces resultan y más cómoda es la sesión.

Las cinco opciones están específicamente pensadas para establecer una estrategia terapéutica de exterior a interior, es decir, de la superficie a la profundidad requerida. La opción uno comienza con el tratamiento del dolor MSK a resolver que, por su naturaleza, se localiza en las capas superficiales del cuerpo. Gradualmente, se llega a un tratamiento más profundo, con la opción cuatro dirigida a reequilibrar los órganos internos implicados directa o indirectamente en el dolor. La inclusión de microsistemas en la opción cinco no se considerará en este momento, ya que la acupuntura de la oreja y la acupuntura de muñeca-tobillo (AMT) pueden tratar tanto las afecciones superficiales como las profundas.

Dado que el protocolo terapéutico de las cinco opciones es de eficacia inmediata, la frecuencia del tratamiento oscila entre una y dos veces por semana, según la intensidad del dolor, hasta un total de cinco o seis sesiones; para entonces, el dolor debería estar completamente resuelto o, al menos, aliviado en un 75 %. Si es necesario, el tratamiento continúa durante otras cuatro sesiones, que se administrarán una vez por semana, hasta que desaparezca el dolor.

Hay que evaluar el tipo de afección tratada y el estado de salud general del paciente para decidir si el tratamiento debe prolongarse para mantener el resultado obtenido o evitar la reaparición del dolor. Si no se obtienen los resultados esperados, debe reconsiderarse todo el cuadro clínico y remitir al paciente a otro especialista.

En la práctica clínica, el dolor MSK intenso de los estados de exceso agudos y crónicos se observa con más frecuencia que el dolor sordo de los estados de deficiencia crónicos. Por lo tanto, este manual se centrará más en cómo tratar las afecciones con dolor

intenso, normalmente asociado a una amplitud del rango movimiento (ROM, por sus siglas en inglés) limitada.

Las cinco opciones: resumen

Opción uno: puntos distales

Primer paso: puntos Jing-Well

Segundo paso: puntos Luo

Tercer paso: puntos empíricos

Cuarto paso: puntos de las extremidades opuestas (superior/inferior)

Quinto paso: categorías de puntos tradicionales

Sexto paso: puntos de apertura de los vasos extraordinarios

Opción dos: puntos locales

Primer paso: punto(s) doloroso(s) (Ah Shi)

Segundo paso: punto(s) anatómicamente reflejado(s)

Opción tres: puntos adyacentes

Primer paso: puntos adyacentes

Opción cuatro: puntos etiológicos

Primer paso: puntos según patrones

Segundo paso: puntos generales

Opción cinco: microsistemas

Primer paso: AMT

Segundo paso: acupuntura de oreja

A continuación, se presenta una visión general de las cinco opciones, seguida de un análisis en profundidad de cada paso, para ofrecer a los lectores una visión completa de nuestro protocolo terapéutico.

Las cinco opciones paso a paso

Opción uno: puntos distales

El primer tratamiento del dolor musculoesquelético en afecciones agudas y crónicas consta de seis pasos para seleccionar los puntos distales.

Los resultados deben evaluarse después de aplicar agujas en cada uno de los puntos y siguiendo el orden de la lista.

Antes de iniciar el tratamiento, el profesional debe localizar con precisión el punto o la zona dolorosa, así como identificar los canales implicados.

Los puntos distales pueden aliviar inmediatamente los síntomas de los pacientes, como el dolor, y también mejorar las limitaciones de la amplitud de movimiento, así como reducir la inflamación o la hin-

chazón. Cada uno de los cinco primeros pasos que componen la opción uno recomienda colocar la aguja o sangrar un solo punto cada vez: unos segundos después de la inserción y antes de pasar al siguiente punto, el profesional puede evaluar la eficacia valorando el alivio del dolor a la palpación y al movimiento, y la mejora de la amplitud de movimiento.

Comprobar la eficacia del punto distal de cada escalón individual antes de pasar al paso siguiente ofrece las siguientes ventajas:

1. Confirma la corrección de la elección realizada.
2. Si el resultado obtenido es muy satisfactorio, el profesional puede saltarse los pasos siguientes de la opción uno y pasar a la opción dos.
3. Por último, pero no por ello menos importante, el paciente se da cuenta de que su afección puede tratarse con éxito, la eficacia del tratamiento se ve así reforzada y la motivación del paciente para continuar con las sesiones aumenta junto con el beneficio de la terapia.

De este modo, el profesional comprende qué puntos son los más eficaces en función de su fisiología, sus acciones terapéuticas y sus indicaciones.

Los puntos distales que sugerimos son los siguientes:

Primer paso: puntos Jing-Well

Objetivo: activar los canales musculares utilizando el punto Jing-Well del lado afectado.

Segundo paso: puntos Luo

Objetivo: activar los canales conectores empleando el punto Luo del lado no afectado.

Tercer paso: puntos empíricos

Los puntos empíricos son acupuntos o extrapuntos en los que se colocan agujas en el lado opuesto al dolor. Tanto la tradición como la práctica han demostrado su eficacia en el tratamiento de los signos y síntomas comunicados por los pacientes. Sin embargo, no todas las afecciones descritas en este manual contemplan el uso de estos puntos.

Cuarto paso: puntos de las extremidades opuestas (superior/inferior)

El punto que debe utilizarse se encuentra en el lado no afectado, en la articulación correspondiente de la extremidad opuesta en el canal emparejado según las seis etapas.

Puede ser o no un acupunto o un punto sensible. También se elige el punto anatómicamente reflejado. Puede o no ser sensible a la palpación y está situado en la extremidad opuesta del lado no afectado, en una zona que corresponde al lugar del dolor, aunque no esté en el canal según las seis etapas.

Quinto paso: categorías de puntos tradicionales

Los puntos se seleccionan de entre los cinco puntos de transporte Shu o las categorías específicas de puntos según sus funciones fisiológicas, acciones e indicaciones.

En cuanto a los cinco puntos de transporte Shu, los puntos Jing-Well son de suma importancia, como ya se ha mencionado anteriormente (primer paso). Sin embargo, también debe mencionarse la importancia de la colocación de la aguja en punto Shu-Stream en el mismo lado del dolor, ya que es útil acoplarlo con el punto Shu-Stream del canal emparejado según las seis etapas en el lado opuesto del dolor.

Es importante señalar que, hasta ahora, hemos seguido el orden de inserción descrito anteriormente y hemos evaluado el resultado obtenido tras cada colocación de aguja y sangrado, tanto en términos de alivio del dolor a la palpación como de movimiento y mejora de la amplitud de movimiento.

Sin embargo, con base en nuestra experiencia, los siguientes puntos distales de este paso no tienen las mismas características dinámicas y de eficacia inmediata; por eso, en nuestra práctica, preferimos proceder con los puntos locales de la opción dos, y solo después, volvemos a los puntos distales dejados atrás.

Actuamos así porque los puntos locales de la opción dos también son inmediatamente eficaces en la eliminación de la estasis de sangre y el estancamiento de Qi.

Entre los cinco puntos Shu de transporte, otro punto que puede resultar útil es el punto Jing-River, en el que se coloca una aguja en el mismo lado del dolor o bilateralmente.

El punto Jing-River se utiliza para expulsar los FPE de las articulaciones, los huesos y los tendones, así como para impedir que los FPE lleguen al interior. Además, también se emplea para prevenir la exacerbación debida a los cambios estacionales o a la exposición a los FPE.

En cuanto a las categorías específicas de puntos, en el segundo paso ya hemos mencionado la importancia fundamental de los puntos Luo. Ahora conviene destacar el papel de los puntos Xi-Cleft y Yuan-Source. Los primeros pueden eliminar la estasis de sangre, especialmente en los canales Yin, y se colocan agujas en el mismo lado del dolor. Los segundos deben usarse en condiciones de dolor crónico debido a deficiencia para tonificar tanto el Qi como la sangre de los canales que recorren la zona afectada, y se deben colocar agujas en el mismo lado del dolor.

Por último, existen otras categorías específicas de puntos que, en general, afectan a las estructuras anatómicas y a las sustancias vitales implicadas en el dolor MSK, como los puntos Hui de reunión de tendones, huesos, Qi y sangre o los puntos Back-Shu (puntos Shu de la espalda), Front-Mu (puntos Mu frontales), y los puntos Hui del Zang Fu que contribuyen a reequilibrar el Zang Fu en patrones de exceso/deficiencia.

Sexto paso: puntos de apertura de los vasos extraordinarios

El vaso extraordinario a utilizar se elige en función de los síntomas del paciente y del lugar del dolor. El vaso extraordinario afectado se activa empleando su punto de apertura junto con el punto acoplado para potenciar el efecto del tratamiento en una zona específica.

Sin embargo, los vasos extraordinarios no se usan habitualmente en el tratamiento de los trastornos MSK de las extremidades. Entre ellos, Du Mai, Yang y Yin Qiao Mai se utilizan con más frecuencia. Cuando pensamos que un vaso extraordinario está implicado, preferimos colocar una aguja en él antes que todos los demás puntos, si es posible.

Opción dos: puntos locales

El tratamiento local implica siempre una localización precisa del punto o del lugar doloroso.

En las afecciones agudas y crónicas con dolor intenso, los puntos locales siempre están asociados al estancamiento del Qi y a la estasis de sangre, y se pueden colocar agujas en ellos y hacerlos sangrar. Poco después de utilizarlos, podemos evaluar la eficacia de nuestra elección.

Primer paso: punto(s) doloroso(s) (Ah Shi)

Los puntos locales que provocan sensibilidad a la palpación son los puntos Ah Shi, denominados puntos sensibles y desencadenantes en medicina occidental y, con menor frecuencia, pueden corresponder a los acupuntos. Si el dolor está bien localizado y es muy intenso, es un signo de estasis de sangre y, en consecuencia, preferimos hacer sangrar el punto para mover la sangre y eliminar la estasis.

Este *modus operandi* nos permite comprobar la eficacia de nuestro tratamiento con la palpación y con el movimiento inmediatamente después de la sangría.

Si el dolor es más generalizado, irradiado y menos intenso, es un signo de estancamiento del Qi y, por lo tanto, preferimos utilizar la técnica de colocación de agujas. Sin embargo, la inserción de la aguja en los tejidos provocará dolor y, por lo tanto, puede impedirnos evaluar tanto la eficacia inmediata de nuestro tratamiento con la palpación como con el movimiento y la mejora de la amplitud de movimiento.

En las afecciones crónicas debidas principalmente a la deficiencia de Qi y sangre, se utilizan el(los) “punto(s)” local(es) para dirigir el flujo de Qi y sangre al lugar doloroso. Las agujas deben insertarse más superficialmente que en el caso de estancamiento de Qi y estasis de sangre.

La moxa local puede ser útil para tonificar el Qi y la sangre en el tejido afectado.

Segundo paso: punto(s) anatómicamente reflejado(s)

Situado(s) en el lado no afectado, se puede colocar una aguja en el punto o puntos anatómicos correspondientes en condiciones de exceso agudo y crónico con dolor intenso. Los puntos pueden ser sensibles a la palpación o no.

Opción tres: puntos adyacentes

Los puntos adyacentes están situados a una distancia variable de la zona dolorosa. Sus características fisiológicas, acciones e indicaciones explican su efecto sobre la zona afectada.

Primer paso: puntos adyacentes

Los puntos adyacentes estimulan tanto el flujo “longitudinal” del Qi a lo largo de los canales implicados como su movimiento “horizontal” entre los tres canales Yang y los tres canales Yin de la zona afectada. Se seleccionan en función de la zona afectada según las indicaciones clásicas.

Entre los puntos adyacentes, los puntos de inserción de los canales musculares son de capital importancia, ya que favorecen de forma específica el flujo longitudinal del Qi a lo largo del canal afectado.

No es necesario que los profesionales comprueben su eficacia inmediatamente después de la inserción, ya que se trata de puntos complementarios seleccionados para promover el flujo de Qi y la colocación de agujas en ellos no produce necesariamente un alivio inmediato del dolor ni una mejora de la amplitud de movimiento.

Opción cuatro: puntos etiológicos

El dolor MSK intenso en afecciones agudas y crónicas siempre está asociado con el estancamiento del Qi y la estasis de sangre, independientemente de su causa.

El dolor MSK sordo o la debilidad muscular observados en condiciones crónicas de deficiencia se deben a la falta de sustancias vitales que el Zang Fu debería producir.

Primer paso: puntos según patrones

Los puntos etiológicos son los acupuntos que contribuyen a eliminar el estancamiento local de Qi y la

estasis de sangre para tratar el dolor agudo y crónico de las condiciones de exceso.

Si el dolor causado por el estancamiento del Qi y la estasis de la sangre se debe a la invasión de los FPE —principalmente el viento, el frío y la humedad— en los tejidos MSK, los médicos deben seleccionar los puntos de acupuntura que permitan expulsarlos.

Si los Zang Fu no producen suficientes sustancias vitales para una nutrición tisular adecuada, debemos seleccionar aquellos acupuntos que estimulen la producción de Qi y sangre y promuevan su flujo en los canales que discurren por el lugar doloroso. Este es el caso en estados crónicos de deficiencia con dolor sordo, debilidad o entumecimiento o en las fases de resolución del dolor.

Segundo paso: puntos generales

Los puntos generales son aquellos acupuntos que pertenecen a las categorías de los puntos tradicionales, como los puntos Hui de los tendones, los huesos, el Qi y la sangre. En general, afectan a las estructuras anatómicas y a las sustancias vitales implicadas en el dolor MSK. Entre ellos, los puntos Back-Shu, los puntos Front-Mu y los puntos Hui del Zang Fu contribuyen a reequilibrar el Zang Fu alterado cuando se combinan con puntos específicos de transporte de Shu seleccionados en función del patrón a tratar, ya sea por exceso o deficiencia.

Opción cinco: microsistemas

En medicina china, algunos microsistemas pueden ser muy eficaces en el tratamiento del dolor MSK. Recomendamos utilizar la AMT y la acupuntura de oreja, ya que no solo son eficaces, sino también sencillos y fáciles de aplicar.

Primer paso: acupuntura de muñeca y tobillo

Se basa en la selección de seis puntos en la muñeca y otros seis puntos en el tobillo. Estos puntos se emplean para tratar afecciones localizadas en seis regiones longitudinales y simétricas del cuerpo. Los seis puntos de la muñeca y el tobillo se utilizan para tratar trastornos que afectan a las extremidades superiores e inferiores, respectivamente. Los practicantes pueden elegir uno o varios puntos correspondientes a las zonas superficiales y profundas del cuerpo que deseen tratar.

La AMT se caracteriza por la colocación de la aguja, que se inserta tangencialmente a la piel y se sujeta con un esparadrapo. Por lo general, utilizamos este microsistema al final de la sesión o después de la opción dos, si no estamos satisfechos con el resultado obtenido.

Si el paciente no puede localizar exactamente el lugar más doloroso o si esta zona es bastante amplia

y, por consiguiente, afecta a más canales, la AMT puede ser muy útil para aliviar el dolor secundario y destacar el dolor principal en un solo canal. En este caso concreto, es preferible utilizarla al principio de la sesión, es decir, la opción uno. En el [Apéndice 1](#) se ofrecen más detalles.

Segundo paso: acupuntura de la oreja

Se estimulan puntos específicos de la oreja para promover la curación de las correspondientes zonas dolorosas, sistemas y órganos internos implicados desde las perspectivas tanto de la medicina china como de la occidental. Por ejemplo, cuando se trata el dolor de hombro, se utiliza al menos un punto específico de la oreja que corresponde a la zona donde se encuentra el punto o puntos Ah Shi (el hombro), el sistema implicado (subcorteza) y el órgano interno implicado (el hígado). Para más detalles, véase el [Apéndice 2](#).

Generalmente utilizamos este microsistema al final de la sesión o después de la opción dos, si el resultado obtenido hasta el momento no es satisfactorio.

Las cinco opciones en detalle

Opción uno: puntos distales

Primer paso: puntos Jing-Well

Activar el canal muscular implicado utilizando el punto Jing-Well del lado afectado. Poco después de aplicar la aguja o la sangría, se evalúa la mejoría del dolor y del ROM.

En nuestra práctica clínica, cuando se trata de dolores musculares intensos, el tratamiento suele comenzar con la activación del canal muscular que recorre la zona dolorida.

Esta técnica, muy sencilla, se basa exclusivamente en el uso del punto Jing-Well en el lado afectado; es muy eficaz y pueden observarse mejoras notables en términos de reducción del dolor y aumento del ROM pocos segundos después de la punción.

Al ser menos doloroso, el sangrado del punto Jing-Well es preferible a la inserción de agujas. Además, y esta es la razón más importante para elegir la sangría del punto Jing-Well, el dolor MSK intenso y bien localizado de la articulación esquelética, tanto agudo como crónico, es consecuencia de la estasis de sangre y, por lo tanto, la sangría es el tratamiento más adecuado.

Optamos por la aplicación de agujas del punto Jing-Well cuando:

- Predomina el estancamiento del Qi con dolor menos intenso y más generalizado que irradia a lo largo del canal muscular.
- La estasis de sangre, el dolor y el ROM no muestran una mejoría significativa e inmediata tras la sangría.

Además, la técnica de la sangría también puede utilizarse en caso de dolor bilateral, ya que no impide los movimientos del paciente ni lo incomoda.

La falange distal del dedo de la mano o del pie debe mantenerse suavemente firme incluso cuando se aplica la aguja en el punto Jing-Well: empleamos una aguja de $0,25 \times 25$ mm o una aguja de $0,20 \times 15$ mm.

La técnica de sangrado se explica detalladamente en el **Apéndice 3**.

Tras el sangrado o la colocación de agujas, una vez que se ha conseguido el resultado esperado en términos de reducción del dolor a la palpación y un ROM más amplio, los profesionales pueden proceder a los siguientes pasos de la opción uno para mejorar aún más los resultados.

Nos gustaría reiterar que el sangrado del punto Jing-Well es nuestra primera opción en el tratamiento del dolor MSK intenso en condiciones de exceso agudo y crónico, especialmente si se asocia con inflamación (signo de calor) o hinchazón local (signo de calor o humedad). La razón es que la técnica de sangrado no solo elimina la estasis de sangre, sino que también despeja el calor y resuelve la humedad. Además, hacer sangrar el Jing-Well es muy eficaz y, por lo tanto, muy recomendable, incluso si el dolor se debe a una lesión más grave de los tejidos musculares o tendinosos, como distensiones y esguinces.

Segundo paso: puntos Luo

Activar el canal conector utilizando el punto Luo del lado no afectado. Poco después de aplicar la aguja, evaluar la mejoría del dolor y del ROM.

Notas clínicas

- Identificar el canal o los canales musculares que atraviesan la zona dolorida.
- Hacer sangrar o aplicar la aguja en el punto Jing-Well de la zona aquejada en afecciones agudas y crónicas de exceso con dolor intenso por estasis de sangre o estancamiento de Qi.
- Se pueden emplear más puntos Jing-Well si la afección compromete a más canales musculares.
- En caso de mejoría significativa del dolor y del ROM, pasar a los siguientes pasos y opciones teniendo en cuenta que se puede reducir el número de puntos a utilizar.
- Si no se obtiene ningún resultado significativo tras el sangrado o la colocación de aguja, se retira la aguja insertada en el punto Jing-Well, se vuelve a evaluar la correspondencia entre el canal muscular seleccionado y la zona dolorida, y se intenta con otro punto Jing-Well.
- Si no se obtiene ningún resultado significativo, se retira la nueva aguja y se procede con el segundo paso de la opción uno.

En nuestra práctica clínica, estamos acostumbrados a continuar el tratamiento activando los canales conectores que cubren la zona dolorida cuando tratamos dolores MSK intensos, ya sean agudos o crónicos, derivados de afecciones por exceso.

El punto Luo elimina el estancamiento local de Qi y la estasis de sangre. La técnica es sencilla, ya que solo implica el uso del punto Luo. Nuestro método preferido es aplicar la aguja en el punto Luo en el lado no afectado.

La colocación de la aguja en el lado no afectado se explica por la anatomía y la fisiología de los canales conectores (véase la sección: LOCALIZACIÓN DEL DOLOR, Los canales, Canales conectores).

La inserción de la aguja en el punto Luo contralateral no es obligatoria. De hecho, puede hacerse en el mismo lado o en el lado opuesto; sin embargo, preferimos esta última opción para equilibrar inmediatamente los lados derecho e izquierdo.

Al igual que el punto anterior, el punto Luo también es muy eficaz, y su manipulación puede producir una mejora significativa del dolor y del ROM al cabo de unos segundos.

Técnica para aplicar la aguja

Se aplica la aguja en el punto Luo del lado no afectado o, alternativamente, en el lado más sensible a la palpación.

No hay contraindicación para el cambio de lado; si insertamos la aguja en el lado no afectado y no estamos satisfechos con el resultado, podemos retirar la aguja e insertarla en el lado afectado, y viceversa.

Cuando tratamos extremidades en estados crónicos de deficiencia con dolor sordo, debilidad o entumecimiento, o las fases de resolución del dolor, utilizamos la conocida combinación de puntos Luo-Yuan: primero, como punto principal, aplicamos la aguja en el punto Yuan del lado afectado y luego, como punto secundario, el punto Luo del canal relacionado interno-externo del lado opuesto.

Tercer paso: puntos empíricos

Tanto la tradición como la práctica diaria sugieren utilizar estos puntos. Son acupuntos o extrapuntos que han demostrado su eficacia en el tratamiento de los síntomas de los pacientes. Preferimos aplicar las agujas en el lado no afectado. Inmediatamente después de colocar la aguja, se evalúa el alivio del dolor a la palpación y con el movimiento y el ROM.

Empleamos esta técnica para tratar el dolor agudo o crónico de afecciones exceso.

Existen varias categorías de puntos empíricos transmitidos por la tradición y otros, más recientes, que pueden incluirse en las nuevas opciones terapéuticas.

Notas clínicas

- Identificar los canales conectores que cubren la zona dolorida.
- Utilizar el punto Luo del lado no afectado para tratar el dolor agudo y crónico por exceso.
- Usar el punto Yuan del canal principal que atraviesa la zona dolorida como punto principal para tratar las afecciones crónicas por deficiencia con dolor sordo, debilidad o entumecimiento, o en las fases de resolución del dolor; como punto secundario, utilizar el punto Luo del canal relacionado interno-externo del lado opuesto.
- Pueden emplearse más puntos Luo si la zona afectada abarca más canales conectores.
- Aunque se observe una mejora significativa del dolor y del ROM, el tratamiento debe continuar como se indica en los siguientes pasos y opciones, aunque es necesario reducir el número de puntos a seleccionar.
- Si no se obtiene ningún resultado significativo, se retira la aguja del punto Luo y se vuelve a evaluar la correspondencia entre los canales conectores y la zona dolorida, y se intenta con otro punto Luo.
- Si no se obtiene ningún resultado significativo, se retira la nueva aguja y se procede al tercer paso de la opción uno.

Nuestra experiencia nos lleva a utilizar tanto acupuntos como extrapuntos situados a lo largo o fuera del recorrido de un canal principal, siguiendo las pautas contenidas en los textos clásicos y las indicaciones de nuestros maestros.

Técnica para aplicar la aguja. Los puntos empíricos pertenecen a la opción uno; por lo tanto, tras la aplicación de las agujas, debe observarse inmediatamente un alivio del dolor a la palpación y al movimiento, así como una mejora del ROM. La manipulación con agujas debe ser más intensa y prolongada que con los demás puntos. El paciente tiene que mover activamente la zona afectada: si el dolor intenso se lo impide, el profesional o el asistente médico deben ayudarlo a inducir el movimiento restringido de forma pasiva y repetitiva. Es necesario repetir esta estimulación dos o tres veces durante la sesión.

En los casos de afecciones de exceso agudo y crónico, la aguja se inserta en el lado no afectado.

Cuarto paso: puntos de la extremidad opuesta (superior/inferior)

El(los) punto(s) utilizado(s) corresponde(n) a la zona dolorosa, pero está(n) situado(s) en el lado no afectado. El punto o puntos deben buscarse en la articulación correspondiente (Figura 1.4) de la extremidad inferior si el foco do-

Notas clínicas

- Utilizar punto(s) empírico(s) en el lado opuesto de la zona afectada solo en condiciones de exceso agudo y crónico. Alternativamente, se introduce la aguja en el lado más sensible a la palpación y, si el resultado no es satisfactorio, se retira la aguja y se prueba en el otro lado.
- Aunque se observe una mejora significativa del dolor y del ROM, el tratamiento debe continuar como se indica en los siguientes pasos y opciones.
- Si no se obtuviera un resultado significativo, se retira la aguja del punto o puntos empíricos y se procede con el cuarto paso de la opción uno.

loroso se encuentra en la extremidad superior, y viceversa. El punto o puntos se localizan en el canal emparejado según las seis etapas. El punto correspondiente puede ser o no un acupunto o un punto sensible. Tras la inserción, debe evaluarse la mejoría inmediata del dolor y del ROM.

Utilizamos esta técnica para tratar el dolor agudo o crónico. La técnica consiste en aplicar agujas en la extremidad opuesta, de arriba hacia abajo y viceversa, en el lado no afectado. La aplicación de agujas en el lado opuesto no es obligatoria; la aplicación en el mismo lado puede ser tan eficaz como en el lado opuesto, pero preferimos esta última para equilibrar antes los lados derecho e izquierdo. Alternativamente, se pueden aplicar las agujas en el lado más sensible a la palpación.

No hay contraindicación para el cambio de lado: si aplicamos la aguja en el lado opuesto (no afectado) y no estamos satisfechos con el resultado, podemos retirar la aguja e insertarla en el mismo lado (afectado), y viceversa.

Algunos autores recomiendan el tratamiento en el lado afectado en caso de estados crónicos de deficiencia con dolor sordo, debilidad o entumecimiento, o en las fases de resolución del dolor.

Los pasos uno y dos han demostrado que lo primero que hay que hacer es elegir los puntos del canal o canales que atraviesan la zona afectada, tanto en el mismo lado como en el lado opuesto.

Ahora bien, nos referimos a puntos situados en canales que no atraviesan la zona afectada, pero que están estrictamente relacionados con los demás, ya que son canales emparejados según las seis etapas.

Esta técnica ha demostrado ser más eficaz para los canales Yang debido a la “continuidad anatómica” de su recorrido en términos de flujo energético cuando

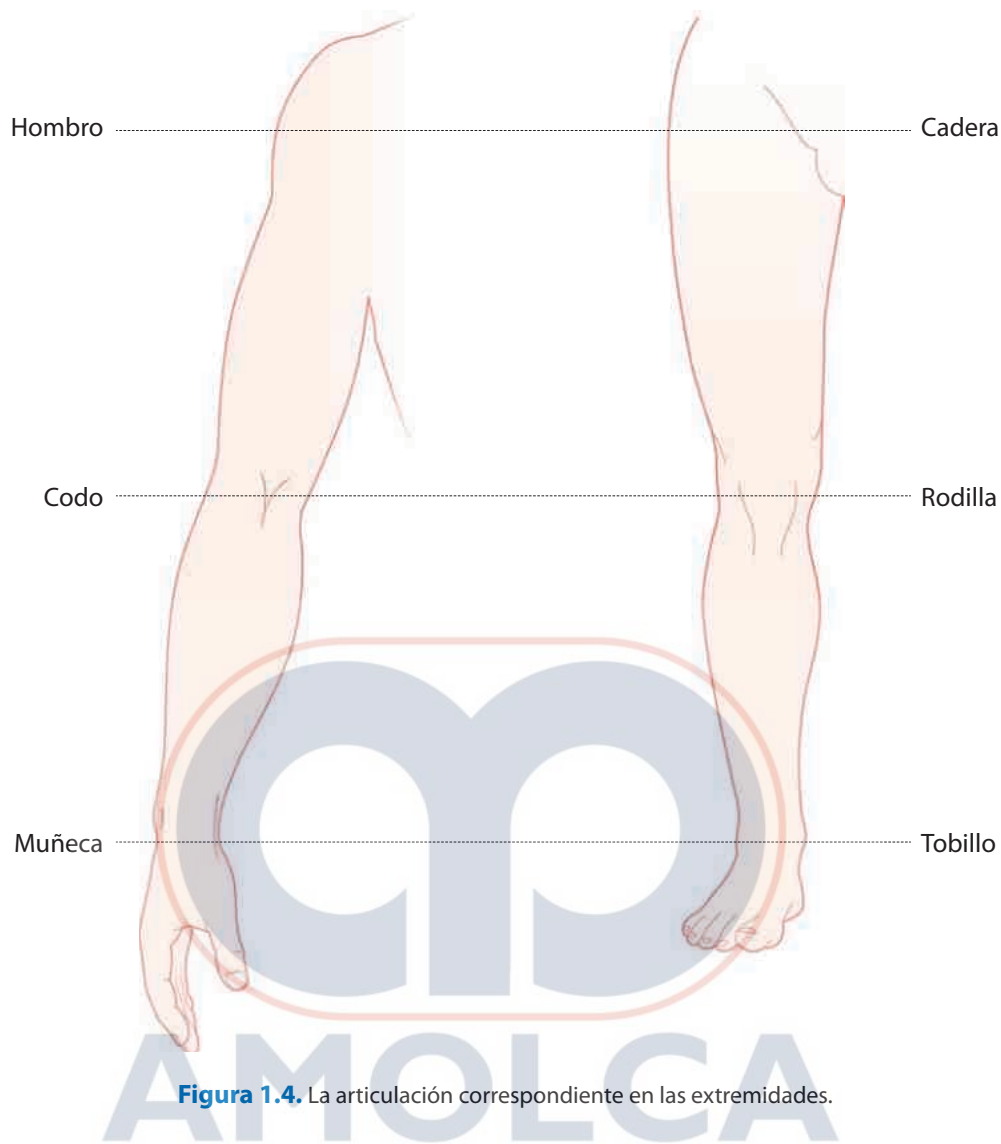


Figura 1.4. La articulación correspondiente en las extremidades.

llegan a la cabeza. Además, también la utilizamos cuando están implicados los canales Yin debido a su interconexión indirecta en el tronco y en profundidad.

La selección también debe hacerse teniendo en cuenta que cada extremidad se compone de tres articulaciones principales: hombro, codo y muñeca (extremidad superior) y cadera, rodilla y tobillo (extremidad inferior). Según el concepto de espejo, los puntos se eligen en el lado opuesto porque existe una correspondencia entre hombro y cadera, codo y rodilla, y muñeca y tobillo. Por eso seleccionamos puntos de acupuntura situados en o cerca de las correspondientes articulaciones en espejo de la extremidad superior para la extremidad inferior, y viceversa. La técnica es fácil y puede ampliarse para elegir el punto sensible de la zona articular, aunque no sea un acupunto. Además, el *concepto de espejo*

puede aplicarse al dolor muscular, por ejemplo, el dolor del deltoides en la vía del canal del intestino grueso puede tratarse con aplicación de agujas en el punto doloroso del extremo proximal del cuádriceps en la vía del canal del estómago, y viceversa (**Recuadro 1.1**).

Una última consideración relativa al espejo anatómico se refiere a la elección del punto, que debe hacerse teniendo en cuenta no solo su pertenencia al canal emparejado según las seis etapas, sino también su correspondencia anatómica, aunque se trate de una situación poco frecuente. Por ejemplo, en presencia de un dolor anterior en el tobillo a lo largo de la vía del canal del estómago, los médicos deben aplicar aguja también en un punto en el dorso de la muñeca, aproximadamente a lo largo de la vía del triple quemador, lo que significa que el punto no se encuentra en la etapa Yangming acoplado al canal

RECUADRO 1.1. PUNTOS DE LOS CANALES YANG EMPAREJADOS SEGÚN LAS SEIS ETAPAS: CORRESPONDENCIA ENTRE LAS ARTICULACIONES DE LOS MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES

Articulación	Seis etapas	Brazo	Pierna
Hombro	Yangming	LI15	ST31
	Shaoyang	TE14	GB30
	Taiyang	SI10	BL54
Codo	Yangming	LI11	ST35, ST36
	Shaoyang	TE10	GB34
	Taiyang	SI8	BL40
Muñeca	Yangming	LI5	ST41
	Shaoyang	TE4	GB40
	Taiyang	SI5	BL60

Notas clínicas

- Localizar un punto, correspondiente a la articulación afectada, en el canal emparejado según las seis etapas.
- Este punto puede ser o no un acupunto o un punto sensible.
- La elección del punto también puede hacerse teniendo en cuenta no solo su posición en el canal emparejado según las seis etapas, sino también su reflejo anatómico.
- Utilizar estos puntos —en general, uno o dos— en el lado y la extremidad opuestos de la zona aquejada en afecciones de exceso agudo y crónico con dolor intenso.
- Los puntos situados a lo largo del recorrido de los canales Yang son más eficaces que los situados en los canales Yin.

del estómago, pero sí en la etapa Shaoyang acoplado al canal de la vesícula biliar. Este punto puede o no ser un acupunto o un punto sensible.

Técnica para aplicar la aguja. El uso de puntos en el lado y la extremidad opuestos en el canal emparejado según las seis etapas, o de modo simple en el lado anatómicamente reflejado, pertenece a la opción uno; por lo tanto, la aplicación de agujas debería producir un alivio inmediato del dolor a la palpación y al movimiento. En consecuencia, tras la inserción, se realiza una manipulación suave para evaluar la mejoría en términos de dolor y ROM activo. Si el dolor intenso se lo impide al paciente, el profesional o el asistente médico deben ayudarlo a inducir el movimiento restringido de forma pasiva y repetitiva.

Como ya se ha mencionado, al describir los demás pasos de la opción uno, esperamos una mejoría inmediata en los parámetros de nuestro interés y, si es así, se dejan las agujas *in situ* y se pasa al siguiente paso. Si no se obtiene ningún resultado significativo, se retiran las agujas y se pasa a la opción dos, ya que los pasos siguientes de la opción uno no pueden proporcionar resultados inmediatos.

Quinto paso: categorías de puntos tradicionales

Los puntos utilizados son los cinco puntos de transporte Shu o algunos puntos de las categorías específicas. Se seleccionan en función de sus funciones fisiológicas e indicaciones terapéuticas. Son posibles varias combinaciones diferentes, que se dejan a la elección de cada practicante.

La eficacia inmediata tras la aplicación de agujas solo puede evaluarse cuando se emplean los puntos Jing-Well, Luo y Shu-Stream, ya que los demás acupuntos específicos no tienen una eficacia tan inmediata. Sin embargo, son igualmente útiles porque completan el tratamiento según los patrones, Zang Fu y tejidos implicados.

Los cinco puntos de transporte Shu

Puntos Jing-Well

Son los primeros de los cinco puntos de transporte Shu y, como ya se ha dicho (véase la sección: Las cinco opciones en detalle, Opción uno: puntos distales, Primer paso: puntos Jing-Well), son nuestra primera opción cuando tratamos trastornos MSK agudos y crónicos con dolor intenso en condiciones de exceso.

Puntos Ying-Spring

Son el segundo de los cinco puntos de transporte Shu. Según la teoría de los cinco elementos, los puntos Jing-River son puntos de “agua” en los canales Yang, mientras que son puntos de “fuego” en los canales Yin. Por consiguiente, ambos tienen una fuerte acción y se utilizan para eliminar el calor en condiciones caracterizadas por la inflamación o hinchazón de los tejidos.

Puntos Shu-Stream

Son el tercero de los cinco puntos de transporte Shu y son extremadamente importantes en el tratamiento de condiciones de exceso agudas y crónicas. En estos puntos:

- Los FPE pueden moverse internamente y penetrar con mayor profundidad en los canales principales.
- El Wei Qi se acumula.

En consecuencia, se utilizan para tratar el dolor, impedir que los FPE lleguen al interior o para expulsarlos si ya han alcanzado este nivel. Esta es la razón por la que se aplican agujas para tratar el síndrome de obstrucción dolorosa (síndrome Bi), especialmente por viento y humedad. Cabe señalar que los situados en los canales Yang tienen un efecto más dinámico que los ubicados en los canales Yin.

Según la teoría de los cinco elementos, los puntos Shu-Stream son puntos “madera” de los canales Yang y, por tanto, se emplean para expulsar el viento externo; al ser puntos “tierra” de los canales Yin, se utilizan para resolver la humedad interna y externa. Por último, se usan sobre todo para tratar los órganos Yin, ya que corresponden a los puntos Yuan de los canales Yin, por lo que también podrían utilizarse en estados de deficiencia crónica, como veremos más adelante.

Puede aplicarse la aguja en el punto o los puntos Shu-Stream solos debido a las características fisiológicas y las indicaciones clínicas expuestas anteriormente. En presencia de dolores musculoesqueléticos, nuestro enfoque combina dos puntos Shu-Stream en el canal emparejado según las seis etapas, seleccionados en función de la zona afectada.

Técnica para aplicar agujas

El primer punto en el que se aplica la aguja es el punto Shu-Stream del canal implicado en el lado afectado y, a continuación, como punto secundario, en el punto Shu-Stream del canal acoplado según las seis etapas en el lado opuesto.

Estos puntos pertenecen a la opción uno y, en consecuencia, inmediatamente después de la inserción debe observarse tanto un alivio del dolor a la palpación como al movimiento y una mejora del ROM. Por lo tanto, después de la inserción, es necesario realizar una manipulación suave, tras la cual debe evaluarse la mejoría del dolor y del ROM (**Recuadro 1.2**).

Puntos Jing-River

Son el cuarto de los cinco puntos de transporte Shu.

Desde estos puntos los FPE se desvían hacia las articulaciones, los huesos y los tendones, donde se asientan y pueden permanecer durante mucho tiempo.

Nota clínica

- A diferencia de lo que hemos venido haciendo hasta ahora con los puntos de la opción uno, si no estamos satisfechos con los resultados en términos de mejoría del dolor y del ROM, preferimos dejar las agujas in situ teniendo en cuenta las funciones fisiológicas específicas y las indicaciones clínicas de estos puntos.

RECUADRO 1.2. RESUMEN DE LAS COMBINACIONES DE PUNTOS SHU-FLUJO

Canales	Lado afectado	Lado opuesto
Pulmones	LU9	SP3
Intestino grueso	LI3	ST43
Estómago	ST43	LI3
Bazo	SP3	LU9
Corazón	HT7	KI3
Intestino delgado	SI3	BL65
Vejiga	BL65	SI3
Riñones	KI3	HT7
Pericardio	PC7	LR3
Triple quemador	TE3	GB41
Vesícula biliar	GB41	TE3
Hígado	LR3	PC7

po sin penetrar más profundamente y afectar a los órganos internos, dando lugar así a dolor e inflamación locales. Por eso se utilizan para expulsar los FPE de articulaciones, huesos y tendones y evitar que lleguen al interior. Otra característica importante es que la aplicación de agujas en ellos previene la exacerbación por cambios estacionales o exposición a FPE. Cabe señalar que normalmente solo se utilizan los puntos situados en los canales Yang, ya que son más eficaces que los situados en los canales Yin. Por último, según la teoría de los cinco elementos, los puntos Jing-River de los canales Yang son puntos de “fuego” que pueden eliminar el calor interno y externo. Por consiguiente, son útiles en el tratamiento de las afecciones que cursan con inflamación o hinchazón de los tejidos.

Puntos He-Sea

Son el quinto de los cinco puntos de transporte Shu y donde el Qi del canal entra lentamente en un nivel más profundo para unirse a la circulación de la energía en el cuerpo. Los puntos He-Sea son menos dinámicos y su acción se desarrolla gradualmente. Por lo general, se utilizan para tratar estados crónicos de deficiencia con dolor sordo.

Categorías específicas de puntos

Los puntos Luo

En casos de dolor agudo y crónico por estados de exceso, son el segundo paso para completar la opción uno, ya que cada punto Luo activa sus canales conectores Luo correspondientes. Los puntos Luo y su uso en el tratamiento de estados crónicos de deficiencia ya se han tratado en detalle anteriormente (véase la sección: Las cinco opciones en detalle, Opción uno: puntos distales, Segundo paso: puntos Luo).

RECUADRO 1.3. RESUMEN DE LA COMBINACIÓN DE PUNTOS LUO-YUAN

Canales	Yuan	Luo
Pulmones	LU9	LI6
Intestino grueso	LI4	LU7
Estómago	ST42	SP4
Bazo	SP3	ST40
Corazón	HE7	SI7
Intestino delgado	SI4	HE5
Vejiga	BL64	KI4
Riñones	KI3	BL58
Pericardio	PC7	TE5
Triple quemador	TE4	PC6
Vesícula biliar	GB40	LR5
Hígado	LR3	GB37

Los puntos Yuan-Source

Recomendamos utilizar los puntos Yuan-Source en estados crónicos de deficiencia con dolor sordo, debilidad o entumecimiento, o en las fases de resolución del dolor, para tonificar el Qi y la sangre del canal que atraviesa el lugar doloroso.

Técnica para aplicar la aguja

La aplicación de agujas debe realizarse en el lado afectado. En este caso, podemos asociar el punto Yuan con el punto Luo, es decir, la conocida combinación de puntos Luo-Yuan. Primero, como punto principal, aplicamos la aguja en el punto Yuan en el lado afectado y luego, como punto secundario, en el punto Luo en el canal relacionado interno-externo del lado opuesto (**Recuadro 1.3**).

Los puntos Xi-Cleft o de acumulación

Estos puntos son donde se acumula y profundiza el Qi del canal. Se utilizan sobre todo para el tratamiento del dolor agudo debido a la estasis de sangre, en particular en los canales Yin. Los de los canales Yang se emplean menos porque son menos eficaces.

Técnica para aplicar la aguja

Los Xi-Cleft son puntos profundos, por lo que se utilizan agujas más largas, en general de 0,30 × 40 mm, para alcanzar la mejor localización anatómica.

Los puntos Back-Shu y Front-Mu

Estos puntos tratan tanto los Zang Fu asociados como los tejidos correspondientes según la teoría de los cinco elementos. Los detalles completos se pueden encontrar en el segundo paso de la opción cuatro (véase la sección: Las cinco opciones en detalle, Opción cuatro: puntos etiológicos, Segundo paso: puntos generales).

Los puntos Hui de reunión

De manera tradicional, son los puntos asociados a estructuras anatómicas o sustancias vitales sobre las que actúan positivamente. Se tratarán en detalle en el segundo paso de la opción cuatro (véase la sección: Las cinco opciones en detalle, Opción cuatro: puntos etiológicos, Segundo paso: puntos generales).

Sexto paso: puntos de apertura de los vasos extraordinarios

Se aplica la aguja en el punto de apertura del vaso extraordinario afectado junto con el punto de apertura del vaso extraordinario acoplado identificado según los síntomas y el lugar de las afecciones dolorosas.

Los vasos extraordinarios desempeñan un papel clave en la regulación del flujo de Qi y sangre en el cuerpo. Por lo tanto, se utilizan para reforzar la acción de nuestro tratamiento, o para dirigir sus efectos hacia una zona específica con el objetivo principal de eliminar el estancamiento del Qi y la estasis de sangre. Sin embargo, no se emplean con frecuencia en el tratamiento de los trastornos MSK de las extremidades, ya que se trata más a menudo de Du Mai, Yang y Yin Qiao Mai. Una indicación específica para el uso de los vasos extraordinarios es cuando la zona dolorosa es amplia y abarca más canales. En este caso, la aplicación de agujas en ellos primero permite reducir la localización del dolor para identificar mejor el canal principal afectado.

Du Mai

La vía del Du Mai, también conocida como vaso rector, es compleja. Según algunos autores, puede dividirse en un canal principal y dos ramas, una anterior y otra interna. Para nuestros fines didácticos, se describirá únicamente su principal posterior.

El Du Mai se origina en la parte media de la pelvis, entre los riñones, y emerge a la superficie del cuerpo en GV1. Se dirige hacia arriba, a lo largo de la línea media del cuerpo, por la espalda, hasta la nuca y la cabeza, donde llega a la parte delantera. Luego, entra en la cara interna del labio superior en GV28. GV14 es el punto de encuentro de todos los canales Yang. Una rama procedente de GV16 penetra en el cerebro y llega a GV20.

Su canal conector “propio” se origina en GV1 y asciende por la región paravertebral en dos ramas paralelas. A continuación, se divide y conecta bilateralmente con el *Hua Tuo Jia Ji* lumbar y dorsal, el “Jia Ji” cervical y el canal principal de la vejiga.

Se utiliza de forma clásica para tratar el dolor de espalda, pero en nuestra práctica, también lo empleamos para tratar la epicondilitis y el dolor de hombro.

Yang Qiao Mai

Se origina en BL62, por fuera del talón, asciende por la cara lateral de la extremidad inferior, la parte baja de la espalda, el tronco y la cabeza para terminar en el canto interno del ojo en BL1. Una de sus ramas llega hasta el hombro y va de SI10 a LI15.

En estados de exceso, los músculos de la cara lateral de la pierna y el muslo están tensos, mientras que los de la cara medial de la pierna y el muslo están flácidos, y viceversa en estados de deficiencia.

Se utiliza principalmente en estados de exceso con espasmos, tirantez y dolores musculares que afectan a la cara lateral de la pierna y el muslo. También puede ser útil para tratar el exceso de dolor en el hombro y cuando el dolor afecta a todo un lado del cuerpo, es decir, hombro, columna toracolumbar lateral y extremidad inferior. Por último, puede ser útil en el tratamiento del desequilibrio postural con pronación del pie.

Yin Qiao Mai

Se origina en KI2, en el interior del talón, y asciende por la cara medial de la extremidad inferior, la región inguinal y la cara anterior del cuerpo hasta alcanzar la cabeza en BL1.

En estados de exceso, los músculos de la cara medial de la pierna y el muslo están tensos, mientras que los de la cara lateral de la pierna y el muslo están flácidos, y viceversa en estados de deficiencia.

Se utiliza principalmente en estados de exceso con espasmos, tirantez y dolores musculares que afectan a la cara medial de la pierna y el muslo, y a la región inguinal. También puede ser útil en el tratamiento del desequilibrio postural con supinación del pie (**Recuadro 1.4**).

Técnica para aplicar la aguja. Cuando se trata de un vaso extraordinario, preferimos activarlo con agujas antes que todos los demás puntos, si es posible. En primer lugar, aplicamos la aguja en el punto de apertura del vaso extraordinario implicado y, a continuación, el punto de apertura del vaso extraordinario acoplado. También recomendamos utilizar los puntos de apertura y los acoplados monolateralmente: el punto de apertura en el lado afectado y el punto acoplado en el lado no afectado. Por ejemplo, si el dolor lateral se irradia a lo largo de la extremidad inferior derecha en el Yang Qiao Mai, primero aplicaremos la aguja en el punto de apertura BL62 a la derecha y luego en el punto acoplado SI3 a la izquierda. Los puntos de apertura y acoplado también pueden utilizarse bilateralmente (**Recuadros 1.5 y 1.6**).

RECUADRO 1.4. EL USO DE VASOS EXTRAORDINARIOS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

Vasos extraordinarios	Condiciones de exceso
Du Mai	Rigidez y dolor cervical
Yang Qiao Mai	- Espasmos, rigidez y dolor muscular en la cara lateral de la pierna y el muslo - El dolor afecta a todo un lado del cuerpo
Yin Qiao Mai	- Espasmos, tensión y dolor muscular en la cara medial de la pierna y el muslo. - Dolor en la región inguinal

RECUADRO 1.5. PUNTOS DE APERTURA Y ACOPLAMIENTO DE LOS VASOS EXTRAORDINARIOS PARA TRATAR TRASTORNOS DE LAS EXTREMIDADES

Vaso extraordinario	Punto de apertura	Punto acoplado
Du Mai	SI3	BL62
Yang Qiao Mai	BL62	SI3
Yin Qiao Mai	KI6	LU7

RECUADRO 1.6. PUNTOS DE LOS VASOS EXTRAORDINARIOS PARA TRATAR TRASTORNOS DE LAS EXTREMIDADES

Vaso extraordinario	Puntos
Du Mai	GV14 Jia Ji cervical
Yang Qiao Mai	BL62 BL61 BL59 GB29 SI10 LI15 LI16
Yin Qiao Mai	KI2 KI6 KI8

Opción dos: puntos locales

Primer paso: punto(s) doloroso(s) (Ah Shi)

El tratamiento del (de los) punto(s) o lugar(es) doloroso(s) es un paso fundamental para controlar el dolor y tiene como objetivo eliminar el estancamiento del Qi y la estasis de sangre, así como expulsar los FPE, si los hubiera.

Notas clínicas

- Identificar el vaso extraordinario que atraviesa el lugar doloroso y que está tradicionalmente indicado para el tratamiento de los síntomas del paciente.
- Utilizar el vaso extraordinario cuando la zona dolorosa es amplia y afecta a más canales.
- Emplear el punto de apertura en el mismo lado del dolor y el punto acoplado en el sitio opuesto, aunque algunos colegas prefieren la aplicación de agujas bilateral en ambos puntos.
- Para activar el vaso extraordinario, se aplica la aguja primero, si es posible.
- No utilice más de dos vasos extraordinarios.

Poco después de la aplicación de agujas o la sangría, debe observarse un alivio inmediato del dolor y una mejora del ROM.

El tratamiento local comienza con la identificación precisa del punto o puntos dolorosos y la evaluación de los canales implicados. El fundamento del tratamiento es sencillo y consiste en eliminar el estancamiento del Qi y la estasis de sangre de los canales y regular la función de los tejidos afectados, como músculos, tendones, ligamentos y articulaciones, donde a menudo se localiza el proceso inflamatorio.

Como ya se ha visto, esperamos una reducción significativa del dolor tras utilizar los puntos distales; sin embargo, si el resultado no es satisfactorio, el tratamiento de los puntos locales casi siempre contribuye a una notable mejoría. Los puntos locales se pueden hacer sangrar o aplicarse agujas en ellos para tratar el dolor agudo y crónico provocado por condiciones de exceso o limitación del ROM. Su eficacia puede evaluarse inmediatamente. Los puntos locales dolorosos a la palpación se denominan puntos Ah Shi, o puntos sensibles y gatillo en la medicina occidental.

Los puntos gatillo son puntos de sensibilidad local que irradian dolor a una zona amplia y bien definida, alejada del propio punto gatillo. Por lo tanto, el profesional puede verse inducido a localizar erróneamente el lugar donde surge el dolor y, en consecuencia, la zona a tratar.

Los puntos Ah Shi no siempre se corresponden con los acupuntos, pero cuando se determinan mediante la palpación algunos puntos que provocan sensibilidad local en el lugar doloroso, se puede aplicar agujas en estos también además de en los acupuntos comunes.

Nuestro primer objetivo es determinar por palpación el punto o puntos dolorosos, los llamados “pun-

tos Ah Shi”, que corresponden al estancamiento del Qi y a la estasis de la sangre en músculos, tendones, ligamentos y articulaciones.

Un dolor muy intenso y bien localizado es un signo de estasis de sangre: en ese caso, se recomienda hacer sangrar el punto para eliminar la estasis de sangre.

La técnica de sangría permite evaluar inmediatamente la eficacia del tratamiento a la palpación y al movimiento. Un dolor menos intenso, generalizado o irradiado a lo largo del recorrido del canal, es un signo de estancamiento del Qi. En este caso, se recomienda aplicar agujas en los puntos para eliminar el estancamiento del Qi. Sin embargo, esta técnica puede impedir la comprobación de la eficacia de nuestro tratamiento de manera inmediata, debido a la aparición de dolor por la inserción de la aguja a causa del tipo de tejido o zona implicados, por ejemplo, una articulación que debe movilizarse para evaluar el ROM.

En las afecciones crónicas por deficiencia de Qi y sangre, el dolor no es intenso ni está bien localizado. En su lugar, observamos un dolor sordo, debilidad o entumecimiento. El objetivo de la aplicación de las agujas es dirigir el Qi y el flujo sanguíneo a las zonas afectadas para nutrir los tejidos. Las agujas deben insertarse más superficialmente que en caso de estancamiento de Qi y estasis de sangre. Para tonificar el Qi y la sangre en los tejidos afectados, puede ser más eficaz utilizar una varilla de moxa para calentar la zona o los acupuntos. Alternativamente, puede aplicarse una moxa en la aguja, cuando sea posible, para combinar la acción terapéutica del calor, es decir, dirigir el flujo de Qi y sangre, con el efecto “propio” de la aplicación de agujas.

Técnica para aplicar la aguja. La técnica de la sangría es fácil de aplicar: el punto o puntos Ah Shi, o menos a menudo el acupunto, se pinchan rápida y superficialmente con una lanceta estéril. Se utiliza una lanceta si el dolor es punzante o está localizado en una zona pequeña, mientras que empleamos una aguja de flor de ciruelo si la zona dolorida es más amplia. Si la zona del cuerpo a tratar es apta para la aplicación de ventosas, se debe asociar esta terapia para favorecer aún más el flujo de sangre; de lo contrario, se deben pellizcar suavemente los tejidos con los dedos pulgar e índice para provocar la salida de gotas de sangre. Para más detalles, véase el [Apéndice 3](#).

En cuanto al número de gotas a provocar, preferimos seguir la regla clásica, es decir, hacer sangrar hasta que la sangre pase del rojo oscuro, signo de estasis de sangre, al rojo vivo, signo de eliminación definitiva de la estasis de sangre.

La técnica de la sangría también puede utilizarse en caso de dolor bilateral, ya que no impide los movimientos del paciente ni provoca dolor.

En los pocos casos en los que no se observa el resultado inmediato esperado en cuanto a la mejora de la estasis de sangre y, por consiguiente, del dolor y el ROM, se puede aplicar la aguja en el punto o puntos Ah Shi o acupuntos locales. En general, la aguja se inserta perpendicularmente a la profundidad necesaria para alcanzar el lugar de estancamiento del Qi y de estasis de sangre, por ejemplo, un ligamento o una unión osteotendinosa.

Cuando aplicamos la aguja en el punto o puntos, generalmente utilizamos agujas de 0,25 × 25 mm o 0,30 × 40 mm según la zona afectada.

Si se obtiene el resultado esperado en términos de alivio del dolor a la palpación y al movimiento y un ROM más amplio tras la sangría o la aplicación de la aguja, pasamos a la opción tres. Alternativamente, si no estamos satisfechos con el resultado, procedemos al segundo paso de la opción dos.

Nos gustaría destacar la importancia de la técnica de sangría según nuestra experiencia. De hecho, es necesario hacer sangrar el punto o puntos Ah Shi locales para tratar el dolor MSK intenso, tanto agudo como crónico, así como el estancamiento Qi y la estasis de sangre. Esto es particularmente cierto cuando el dolor se asocia con inflamación, que revela la presencia de calor, o hinchazón local, que manifiesta la presencia de calor o humedad.

En efecto, la técnica de la sangría está indicada, entre otras cosas, para eliminar el calor y resolver la humedad. Nuestra experiencia nos enseña que es específicamente eficaz y útil también en caso de lesión musculotendinosa, como una rotura muscular o de ligamentos.

En el caso del síndrome de obstrucción del dolor (síndrome Bi), en el que la invasión de los FPE ha provocado el estancamiento del Qi y la estasis de sangre causando dolor MSK, se pueden utilizar técnicas auxiliares a nivel local para promover la eliminación de la estasis y el estancamiento con el fin de mejorar el resultado terapéutico. Lo más frecuente es que se observen invasiones de viento, frío y humedad, y menos a menudo de calor.

Se recomiendan las siguientes opciones de tratamiento:

- Viento: terapia de ventosas o ventosas con aguja.
- Frío: varilla de moxa o moxa en la aguja.
- Humedad: sangría, moxa y ventosas.
- Calor: sangrado y aguja de flor de ciruelo.

Notas clínicas

- Localizar el(los) punto(s) Ah Shi que pueden o no ser acupuntos.
- El primer tratamiento es la sangría en caso de estasis de sangre y la aplicación de agujas en caso de estancamiento del Qi.
- En primer lugar, utilizar el punto o puntos Ah Shi en la zona afectada para tratar el dolor agudo y crónico de las afecciones por exceso.
- También se pueden hacer sangrar más puntos alrededor del punto más doloroso.
- Se pueden insertar agujas adicionales alrededor de la aguja insertada perpendicularmente al punto más doloroso.
- En caso de que la aplicación de agujas en el punto o puntos dolorosos aumente el dolor, lo cual es bastante infrecuente, se retira la aguja local y se procede al paso dos de la opción dos.
- La moxa puede utilizarse para expulsar y calentar el frío, así como para resolver la humedad, y la sangría para eliminar el calor y secar la humedad.
- Hay que tener en cuenta que una vez insertadas las agujas, ya no se puede comprobar su eficacia en términos de dolor y ROM.

Las técnicas auxiliares se tratan en detalle en los **Apéndices 3-5**.

Segundo paso: punto(s) anatómicamente reflejado(s)

Utilizar los puntos del lado no afectado que se correspondan de modo exacto con los puntos Ah Shi del lado anatómicamente reflejado de la zona afectada. Se puede aplicar la aguja en el punto o puntos en afecciones agudas y crónicas de exceso con dolor intenso. El punto o puntos a seleccionar pueden ser o no un acupunto o un punto sensible a la palpación. Poco después de la inserción, debe evaluarse la mejoría inmediata del dolor y del ROM.

Esta opción terapéutica se utiliza si los resultados obtenidos con el tratamiento del punto o puntos dolorosos (Ah Shi) no son satisfactorios. Además, se recomienda emplearla únicamente para tratar el dolor agudo y crónico de las afecciones de exceso.

Si el punto o puntos anatómicamente reflejados no son sensibles a la palpación, sugerimos alejarse un poco del punto anatómicamente reflejado para localizar otro punto, razonablemente cercano y sensible.

En situaciones clínicas específicas, pueden identificarse varios puntos sensibles en el lado opuesto anatómicamente reflejado y seleccionarse para el tratamiento.

Técnica para aplicar la aguja. La técnica para aplicar agujas es sencilla; el punto o puntos donde se aplican las agujas son el espejo anatómico del punto o puntos Ah Shi y están situados en el lado no afectado.

La aguja suele introducirse perpendicularmente a la piel y se aplica la estimulación de picoteo y rotación, aunque resulte más dolorosa e incómoda. La profundidad de inserción de la aguja en el tejido diana se tiene que establecer con anterioridad y no debe sobrepasarse.

Es necesario aplicar una estimulación en el punto de moderada a fuerte que dure de 10 a 20 segundos hasta que se obtenga el Deqi. A continuación, se pide al paciente que mueva activamente la zona afectada para evaluar la mejoría del dolor y del ROM. Si el dolor intenso se lo impide, es necesario que el profesional o el asistente médico le ayuden a inducir el movimiento restringido de forma pasiva y repetitiva. Si el resultado satisface las expectativas, la aguja puede dejarse dentro o retirarse y el tratamiento puede continuar siguiendo la opción tres.

Por el contrario, si no se produce una mejoría significativa e inmediata del dolor y del ROM, tiene que retirarse la aguja y elegirse otro punto anatómicamente similar, hasta un máximo de dos puntos. Una vez más, si se obtiene el resultado esperado en términos de dolor y ROM, la aguja puede dejarse dentro o retirarse y continuar el tratamiento de acuerdo con la opción tres; de lo contrario, la aguja se debe retirar en última instancia y continuar el tratamiento siguiendo la opción tres.

Cuando se utiliza esta técnica, la aguja puede retirarse después de la estimulación; por consiguiente, es posible emplear este tipo de tratamiento también en caso de dolor bilateral, ya que no impide los movimientos del paciente ni les produce incomodidad.

En general, utilizamos agujas de 0,25 × 25 mm o 0,30 × 40 mm según la zona anatómica afectada.

Notas clínicas

- Localizar el punto o puntos exactos del lado no afectado que sean el espejo anatómico del punto o puntos Ah Shi del lado afectado.
- El punto puede o no ser sensible a la palpación o ser un acupunto.
- Se requiere una localización y profundidad de aguja precisas.
- Utilizar un máximo de dos puntos correspondientes en el lado opuesto no afectado.
- Si no se obtiene el resultado esperado, se retira la aguja y se pasa a la opción tres.

Opción tres: puntos adyacentes

Los puntos adyacentes están situados cerca del punto o puntos dolorosos y, por sus características, actúan sobre la zona afectada, por lo que son complementarios de los puntos utilizados hasta ahora.

No es necesario evaluar la mejoría inmediata del dolor y del ROM tras la aplicación de agujas, ya que la eficacia no es inmediata, a diferencia de los puntos distales y locales.

Los puntos adyacentes se seleccionan en función de los distintos principios terapéuticos:

- El movimiento “horizontal” del Qi.
- Puntos de inserción de los canales musculares.
- Zona diana.
- Pruebas ortopédicas.
- Acciones energéticas de los puntos.

El movimiento “horizontal” del Qi

Estimular el movimiento “horizontal” del Qi significa favorecer el flujo del Qi entre los tres canales Yang y los tres canales Yin de la zona afectada (el movimiento “longitudinal” del Qi es el que transcurre a lo largo de un canal); esto dará lugar a una mayor potencia de los puntos distales y locales para eliminar las obstrucciones debidas al estancamiento del Qi y a la estasis de sangre del canal afectado.

Por ejemplo, si estamos tratando un dolor de hombro en TE14, utilizaremos tanto SI10 como LI15. Aunque este principio se aplica mejor al movimiento entre canales con la misma polaridad Yang o Yin, también lo empleamos cuando un punto adyacente a un punto Ah Shi de un canal Yang se encuentra en un canal Yin, y viceversa. Por ejemplo, si el dolor se localiza en la muñeca en LI5, utilizaremos tanto TE4 como LU9.

Los puntos de inserción de los canales musculares

Estimulan el movimiento “longitudinal” del Qi a lo largo de los canales.

Elegimos los puntos de inserción que rodean al dolor cuando este se irradia hacia arriba y hacia abajo a lo largo del recorrido del canal muscular afectado por el dolor MSK. Por ejemplo, si el dolor del deltoides se localiza en el canal muscular del intestino grueso en LI14 e irradia hacia arriba hasta el hombro y hacia abajo hasta el codo, podemos utilizar LI15 en el hombro y LI11 en el codo. Estos puntos ayudan al flujo de Qi hacia arriba y hacia abajo, asegurando así la circulación libre y fluida en las articulaciones y favoreciendo la expulsión de los FPE, si los hay.

Zona objetivo

Un acupunto afecta a una zona bien definida según las indicaciones clásicas. Por ejemplo, cuando tratamos el dolor de hombro en el SI10, pueden utilizarse

tanto el SI11 como el SI13 que controlan la escápula y el hombro.

Pruebas ortopédicas

El diagnóstico occidental permite identificar los músculos, tendones, ligamentos y articulaciones afectados por el dolor MSK que se va a tratar. Para alcanzar este objetivo, los médicos pueden utilizar puntos situados en las estructuras lesionadas. Por ejemplo, LI16 corresponde a la unión musculotendinosa del músculo supraespinoso, mientras que SI12 corresponde a su vientre.

Acciones energéticas de los puntos

Hay que tener en cuenta que se trata de puntos complementarios seleccionados para favorecer el flujo del Qi en la zona afectada.

Por ejemplo, TE5 es útil para el dolor de muñeca, mientras que LI4 lo es para los dedos, y ambos promueven el flujo de Qi.

Técnica para aplicar la aguja

Se aplica una estimulación suave en la profundidad de inserción previamente establecida. Pueden elegirse más puntos en función de los principios terapéuticos seleccionados, la extensión de la zona dolorida y la irradiación del dolor hacia arriba o hacia abajo.

Si el dolor es irradiado, solemos aplicar la aguja en el punto alcanzado por el dolor o aquellos puntos situados en la vía de irradiación del dolor. En este último caso, sería más correcto a efectos didácticos llamar a estos como puntos locales en lugar de puntos adyacentes. La inserción de la aguja es perpendicular a la zona afectada, u oblicua, y generalmente utilizamos 0,25 × 25 mm o 0,30 × 40 mm en función de la zona afectada.

Notas clínicas

- Seleccionar los puntos que rodean la zona dolorosa según los principios terapéuticos más adecuados.
- Recomendamos elegir los puntos que correspondan a más principios terapéuticos.
- Pueden utilizarse más puntos, pero no más de cuatro.

Opción cuatro: puntos etiológicos

El tratamiento consiste en aplicar agujas en aquellos puntos acupunturales que, si están asociados a puntos distales y locales, contribuyen a eliminar el estancamiento del Qi y la estasis de sangre o a tonificar el Qi y la sangre en afecciones agudas y crónicas.

No es necesario evaluar la mejoría inmediata del dolor y del ROM tras la inserción de agujas, ya que la eficacia no es inmediata, a diferencia de los puntos distales y locales.

El estancamiento del Qi y la estasis de la sangre se deben a menudo a traumatismos, microtraumatismos repetitivos, uso excesivo o invasión de los FPE. Con menor frecuencia, resultan de un desequilibrio interno causado por los FPI que se acumulan tras un desequilibrio de los Zang Fu.

En caso de dolor intenso, los puntos etiológicos son aquellos acupuntos que ayudan a eliminar el estancamiento de Qi y la estasis de sangre debidos a condiciones de exceso.

En caso de dolor sordo, debilidad o entumecimiento, se recomienda utilizar aquellos acupuntos que estimulan la producción de Qi y sangre por el Zang Fu, cuya falta impide una nutrición adecuada de los tejidos.

Cabe recordar que la falta de sustancias vitales en los tejidos MSK puede predisponer a torceduras y esguinces, y favorecer la invasión de FPE.

En conclusión, podemos afirmar que el tratamiento del desequilibrio de Zang Fu es a menudo útil en el manejo del dolor MSK en condiciones de exceso y deficiencia.

Primer paso: puntos según patrones

Los puntos etiológicos según patrones son los acupuntos que contribuyen a eliminar el estancamiento de Qi y la estasis local de sangre, cualquiera que sea su causa, FPE y FPI incluidos. Además, contribuyen a tonificar el Qi y la sangre.

En caso de dolor intenso, agudo o crónico por condiciones de exceso, los puntos etiológicos suelen pertenecer a los cinco puntos de transporte Shu o a las categorías específicas de puntos. Esto significa que carecen de las actividades fisiológicas y los efectos dinámicos, pertenecientes a los puntos Jing-Well, Luo y Shu-Stream, necesarios para la eliminación inmediata del estancamiento de Qi y la estasis de sangre, o la expulsión de FPI y FPE. Por lo tanto, una vez colocadas las agujas en ellos, no es necesario comprobar su eficacia en términos de mejora del dolor y del ROM (**Recuadro 1.7**).

En caso de dolor sordo, debilidad o entumecimiento por estados crónicos de deficiencia, los puntos etiológicos son aquellos acupuntos que potencian la producción de Qi y sangre por los Zang Fu para nutrir los tejidos. En estas circunstancias, nos parece más eficaz estimular el hígado, ya que controla el correcto flujo de sangre en el tejido musculotendinoso, y trata

RECUADRO 1.7. PUNTOS PARA CONDICIONES DE EXCESO

Estancamiento Qi	LI4, LR3, GB34
Estasis de sangre	BL17, LI11, PC6, SP6, SP10
Flema	ST40, SP9, CV12, CV 9, BL20
Frío	GV14, Du4, BL23, CV6, CV4, ST36, todos con moxa
Humedad	BL20, SP6, SP9, ST36, GB34
Viento	BL12 con ventosas, BL17, BL18, GV14 con ventosas, GB31, GB39
Calor	LI4, LI11, ST43, GV14 con ventosas de sangría

RECUADRO 1.8. PUNTOS PARA ESTADOS CARENCIALES

Deficiencia de Qi/sangre	ST36, SP6, CV4, CV6, CV12, LR8
Deficiencia de hígado, bazo y riñón	LR8, SP6, ST36, KI3, GB34, BL18, BL20, BL23, CV4

y previene el dolor y los trastornos de músculos, tendones, ligamentos y articulaciones (**Recuadro 1.8**).

Segundo paso: puntos generales

Los puntos generales suelen pertenecer a las categorías específicas de puntos y contribuyen a expulsar los FPE y los FPI. Además, actúan sobre las estructuras anatómicas, las sustancias vitales y el Zang Fu implicados en el dolor MSK y ayudan a reequilibrar las actividades fisiológicas alteradas en condiciones de exceso y deficiencia.

Los puntos Back-Shu y Front-Mu. Estos puntos actúan sobre los Zang Fu relacionados y sobre los tejidos correspondientes según los cinco elementos.

Los puntos Back-Shu son útiles para reforzar la eficacia del tratamiento para reequilibrar Zang Fu en condiciones de exceso y deficiencia; se combinan con los cinco puntos Shu de transporte, especialmente los puntos Shu-Stream que representan la combinación clásica.

Según la tradición, los puntos Back-Shu se utilizan en estados crónicos de deficiencia para tonificar las sustancias vitales, y en estados agudos y principalmente crónicos de exceso para expulsar los FPI. Los puntos Front-Mu se seleccionan primordialmente para tratar estados agudos, pero de manera casi exclusiva en el tratamiento de enfermedades internas para expulsar los FPI. La única excepción digna de mención aquí es el punto Front-Mu del estómago CV12, que se selecciona para mejorar la producción de Qi y sangre en estados crónicos de deficiencia.

RECUADRO 1.9. ÓRGANOS INTERNOS Y SU CORRESPONDIENTE ACCIÓN SOBRE EL QI Y LA SANGRE

Zang	Acciones correspondientes sobre el Qi y la sangre
Hígado	Armoniza el libre flujo de Qi y sangre, almacena la sangre
Bazo	Produce y controla la sangre
Riñones	Mantienen el Qi
Pulmones	Contribuyen a la producción y distribución del Qi por todo el cuerpo
Corazón	Contribuye a la producción y distribución de la sangre por todo el cuerpo y controla los vasos sanguíneos

Los puntos Back-Shu que utilizamos con más frecuencia son el BL18 correspondiente al hígado, el BL20 al bazo y el BL23 a los riñones; estos puntos controlan y actúan sobre los tendones, los músculos y los huesos, respectivamente.

Hay que recordar que los puntos Back-Shu y Front-Mu también tratan las alteraciones del Qi y de la sangre a lo largo de sus canales correspondientes.

No debe cometerse el error *a priori* de suponer que existe una relación directa entre el dolor en un canal y una disfunción orgánica con patrón asociado. Del mismo modo, el dolor recurrente o los traumatismos repetidos en la misma región anatómica atravesada por un canal no deben atribuirse necesariamente a un patrón Zang Fu específico.

En nuestra experiencia clínica, no es frecuente la implicación directa ni indirecta de Zang Fu en el dolor MSK. A pesar de ello, si el historial médico del paciente pone de manifiesto uno o más patrones del Zang Fu, aunque no estén relacionados con la aparición del dolor, preferimos utilizar algunos puntos etiológicos para el reequilibrio general del paciente. Para alcanzar este objetivo, los puntos Back-Shu y Front-Mu se encuentran entre los más útiles. Valga decir que el punto más adecuado puede combinarse con un acupunto seleccionado entre los cinco puntos Shu de transporte o las categorías específicas de puntos (**Recuadros 1.9 y 1.10**).

Técnica para aplicar la aguja. En lo que respecta a los puntos Back-Shu, existen diferentes formas de colocar agujas en ellos según distintos principios anatómicos y terapéuticos y en función de las enfermedades a tratar.

La aguja se introduce en un ángulo de oblicuo a transversal y hacia abajo, siguiendo el recorrido del

RECUADRO 1.10. PUNTOS BACK-SHU, ÓRGANOS INTERNOS Y TEJIDOS CORRESPONDIENTES, SEGÚN SUS CINCO ELEMENTOS

Punto Back-Shu	Zang Fu	Tejido
BL13	Pulmones	Piel
BL15	Corazón	Vasos
BL18	Hígado	Tendones
BL20	Bazo	Músculos
BL23	Riñones	Huesos

canal de la vejiga. De este modo, se mejora el flujo de Qi en todo el cuerpo, de manera concreta en el Zang Fu objetivo. Esta opción es especialmente adecuada para los puntos Back-Shu de la parte superior de la espalda, donde la masa muscular es reducida y, en consecuencia, los puntos son más superficiales. La practicidad es otra razón para elegir esta técnica: el dolor MSK de las extremidades suele requerir la inserción de agujas con el paciente en decúbito supino durante unos 25 a 30 minutos. Este método permite a los profesionales insertar agujas en los puntos Back-Shu y luego dejarlas *in situ* con el paciente tumbado sobre ellas.

Se recomienda utilizar agujas de 0,25 × 25 mm o 0,30 × 40 mm en función de la zona anatómica afectada. En los puntos Back-Shu se aplica una leve estimulación rotatoria. A diferencia de los demás puntos acupunturales, en los que las agujas suelen dejarse dentro entre 25 y 30 minutos, las agujas pueden dejarse en los puntos Back-Shu durante menos tiempo, entre 10 y 15 minutos. La razón de tal diferencia radica en el tipo de estimulación: al aplicar agujas en estos puntos, se estimulan casi directamente las estructuras nerviosas del canal vertebral debido a su proximidad. Por lo tanto, su acción es tanto directa como indirecta sobre el sistema nervioso autónomo y periférico.

Los puntos Hui de reunión

Tradicionalmente, son los puntos asociados a las estructuras anatómicas, sustancias vitales y Zang Fu, sobre las que actúan para regular sus funciones alteradas. Por ello, algunos de ellos, como los puntos Hui de reunión de tendones, huesos, Qi y sangre, pueden ayudar a tratar el dolor MSK. Con mayor frecuencia, utilizamos el GB34; no solo es el punto de reunión de los tendones y, en general, trata los tendones y, por lo tanto, puede emplearse como punto secundario para la tendinitis, sino que las indicaciones clásicas también sugieren que favorece el flujo suave del Qi de hígado. Debido a su acción, es un

RECUADRO 1.11. PUNTOS HUI DE REUNIÓN, SUS TEJIDOS CORRESPONDIENTES, SUSTANCIAS VITALES Y ZANG FU

Puntos Hui de reunión	Tejido, Qi, sangre y Zang Fu
GB34	Tendones
BL11	Huesos
GB39	Médula Ósea
LU9	Vasos
CV17	Qi
BL17	Sangre
LR13	Zang
CV12	Fu

punto importante para relajar los tendones siempre que haya contracciones de los músculos, calambres o espasmos, y para mover el estancamiento de Qi y eliminar la estasis de sangre. Por estas razones, GB34 es un punto importante en el tratamiento del síndrome de obstrucción dolorosa (síndrome Bi).

Por último, debe tenerse en cuenta que los puntos Hui de reunión del Zang Fu pueden utilizarse como puntos generales, ya que contribuyen a reforzar la eficacia del tratamiento del dolor MSK y a reequilibrar el Zang Fu, tanto en condiciones de exceso como de deficiencia (**Recuadro 1.11**).

Opción cinco: microsistemas

Recomendamos asociar la AMT y la acupuntura de la oreja a los acupuntos mencionados, ya que estas técnicas potencian los efectos de los acupuntos, además de ser eficaces y sencillas de aplicar. En los Apéndices 1 y 2 se ofrecen más detalles sobre ambas técnicas.

Fundamentos de la osteopatía para el dolor musculoesquelético en las extremidades

Según la Organización Mundial de la Salud, la osteopatía se basa en el contacto manual para el diagnóstico y el tratamiento. Se hace especial hincapié en la integridad estructural y funcional del cuerpo, considerado como un todo integrado y un mecanismo de autocuración.

La osteopatía es una terapia manual que pretende influir en todos los sistemas del cuerpo, incluidos los músculos, los huesos y el sistema nervioso, así como en las funciones circulatoria e inmunitaria, para fomentar la buena salud.

Notas clínicas

- Utilizar los puntos etiológicos ya que ayudan a:
 - Reducir en condiciones de exceso con estancamiento de Qi y estasis de sangre o en presencia de FPI y FPE.
 - Tonificar en estados carenciales con deficiencia de Qi y de sangre.
- No debe darse por sentada una relación directa o indirecta entre el desequilibrio de Zang Fu y la aparición o recurrencia del dolor MSK.
- Sin embargo, si el historial médico del paciente pone de manifiesto una deficiencia notable de Zang Fu, recomendamos utilizar uno o dos puntos para reequilibrar.
- Además, se requiere una combinación de puntos Back-Shu y Hui de reunión de los tejidos y sustancias vitales implicados en el dolor MSK por exceso o deficiencia.
- El tratamiento de Zang Fu y sustancias vitales implica seleccionar entre un gran número de opciones diagnósticas y terapéuticas, y cada practicante hace su elección basándose en su experiencia. Por eso no existe un protocolo estándar a seguir.
- Los puntos de los canales de la vejiga y situados en la parte superior de la espalda deben utilizarse con sumo cuidado; cuando las agujas se insertan perpendicularmente y con el paciente en decúbito prono, existe un alto riesgo de punción pleural. Por lo tanto, recomendamos la orientación oblicua a transversal de las agujas.

Los tratamientos osteopáticos manipulativos (TOM) incluyen manipulaciones manuales de diferentes estructuras corporales para aumentar la homeostasis sistémica y el bienestar total del paciente.

A finales del siglo XIX, Andrew Taylor Still introdujo por primera vez el concepto de medicina osteopática y disfunción somática.

Nacido en 1828 en Virginia (Estados Unidos), tras adquirir formación médica empezó a cuestionar la medicina tradicional y, sobre todo, el abuso de fármacos. Creía que la medicina osteopática podía ofrecer más al paciente y por ello formuló sus principios de osteopatía. En 1892 fundó la Escuela Americana de Osteopatía y, dos años más tarde, el *Journal of Osteopathy*. Murió en 1917 a la edad de 89 años.

Fue William Garner Sutherland (1873-1954) quien presentó por primera vez el Concepto Craneal en 1929.

Fascinado por el estudio de los huesos craneales, observó que tenían un movimiento inherente a ellos y estaban estrictamente interconectados y, al mismo tiempo, conectados con el sacro a través de las meninges.

La movilidad craneosacra es uno de los rasgos peculiares que caracterizan a la osteopatía. Esta técnica se utiliza a menudo para tratar enfermedades de me-

dicina interna, pacientes pediátricos y trastornos de la columna vertebral.

Este manual solo trata del dolor MSK de las extremidades superiores e inferiores, con especial atención a las disfunciones osteopáticas del hombro, el codo, la muñeca, la cadera, la rodilla y el tobillo, es decir, las articulaciones más frecuentemente tratadas en la práctica clínica.

La única forma de diagnosticar una disfunción articular somática es evaluar los movimientos pasivos de sus dos extremos articulares en relación con la misma articulación del lado sano.

Cuando la cantidad y la calidad del movimiento recíproco de los dos extremos articulares están alteradas, existe una disfunción somática.

EL CONCEPTO DE BARRERA

La barrera es el límite del movimiento articular y puede ser fisiológica o patológica. Al definir las barreras, deben evaluarse la calidad y el ROM de la articulación implicada. En las siguientes secciones se tratarán las siguientes barreras:

- Barrera anatómica: límite del movimiento pasivo máximo impuesto por la estructura anatómica.
- Barrera fisiológica: límite del movimiento activo.
- Barrera elástica: el límite del movimiento pasivo.
- Barrera restrictiva: el límite disfuncional del movimiento.

El punto neutro de una articulación es un punto de equilibrio de la tensión miofascial que permite una movilidad activa y pasiva de poca amplitud.

El punto neutro es el punto teórico de referencia para evaluar el ROM activo y pasivo, tanto fisiológico como disfuncional, de los dos extremos articulares examinados.

DISFUNCIÓN SOMÁTICA

La disfunción somática es un trastorno osteoarticular que causa un deterioro o una alteración de la función de los componentes relacionados del sistema somático: estructuras esqueléticas, articulares y miofasciales, y elementos vasculares, linfáticos y neurales relacionados. La disfunción somática puede tratarse mediante TOM.

En concreto, es de vital importancia realizar las pruebas de forma correcta.

La presencia de una disfunción somática es un signo de limitación del movimiento, es decir, de restricción del ROM articular. La disfunción somática se compara a menudo con una articulación “bloquea-

da”. A menudo se cree que solo un traumatismo grave puede provocar una disfunción, por lo que se subestiman las malas posturas, los microtraumatismos debidos a movimientos repetitivos relacionados con el trabajo o el deporte, las características físicas, sociales y ambientales, así como el estrés emocional.

EL PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO

Para identificar los indicios de disfunción somática, se realizan pruebas específicas para evaluar el ROM de cada una de las articulaciones que forman la estructura anatomofuncional implicada y, a continuación, compararlo con la articulación contralateral correspondiente.

Por consiguiente, en esta fase no se evalúa la totalidad del movimiento de la estructura anatómica afectada (p. ej., flexión y extensión de la rodilla). Y puesto que dicho movimiento resulta de la suma de los movimientos de cada una de las articulaciones (patelofemoral, tibiofemoral y tibiofibular), cada articulación se evaluará individualmente.

Se evalúa el movimiento pasivo de los dos extremos articulares, distal frente a proximal, en busca de restricciones de movimiento y de parámetros disfuncionales.

Se denomina disfunción somática a la dirección en la que el movimiento del extremo articular es más libre. El movimiento estará más limitado, es decir, más restringido, en la dirección opuesta (barrera restrictiva).

A continuación, deben examinarse todas las articulaciones que intervienen funcionalmente en la *dinámica* de movimiento de la unidad anatómica afectada, aunque sean asintomáticas. Por ejemplo, cuando se trata un dolor de rodilla, es necesario evaluar tanto las articulaciones de la cadera como las del tobillo.

Por tanto, es evidente la importancia de que el profesional adquiera sensibilidad a la palpación para poder identificar aquellos parámetros disfuncionales que definen una disfunción somática.

TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO MANIPULATIVO

Las pruebas de movilidad evalúan los parámetros disfuncionales, es decir, la restricción del movimiento de un extremo articular en relación con el otro extremo. El objetivo del TOM es restablecer la movilidad articular normal (funcional). Las principales técnicas osteopáticas son las denominadas musculoesqueléticas, miofasciales, craneales y viscerales.

Este manual solo se ocupa de las técnicas musculoesqueléticas, entre las que se incluyen:

- Técnicas de alta velocidad-baja amplitud (AVBA) —“thrust” (empuje): el profesional aplica una fuerza final rápida de breve duración —el “thrust”— a lo largo de una distancia corta, para mover el extremo articular disfuncional en la dirección en la que no se movería (barrera restrictiva).
- Técnicas articulatorias: el profesional utiliza una fuerza de manipulación suave para mover el extremo articular disfuncional en la dirección en la que no se movería (movimiento restrictivo).
- Técnicas de energía muscular (MET): el extremo articular disfuncional es tirado o empujado por el paciente mientras el profesional introduce una fuerza contraria igual (contracción isométrica) en la dirección de una mejor movilidad.
- Técnica de los tejidos blandos: el objetivo es relajar y alargar un músculo.

Todas las disfunciones reveladas por las pruebas de las articulaciones deben tratarse, aunque no se observen signos de enfermedad. Por ejemplo, al tratar el dolor de rodilla, es necesario abordar tanto las disfunciones de la cadera como las del tobillo.

UN ENFOQUE PASO A PASO

El concepto de barrera

Una movilidad articular correcta revela el estado fisiológico de una articulación. La principal diferencia entre el ROM activo y el pasivo es el hecho de que el movimiento activo lo realizan los propios pacientes, mientras que el movimiento pasivo lo efectúa el profesional. Comprender esta diferencia es la clave para introducir el concepto de barrera.

La barrera anatómica

El rango de movimiento total de una articulación es el límite del movimiento pasivo máximo impuesto por las estructuras anatómicas. Está limitado por la integridad de las estructuras y componentes articulares, como huesos, ligamentos, músculos, cápsula articular y fascias. El límite del ROM total se denomina barrera anatómica.

Sobrepasar la barrera anatómica provoca fracturas, luxaciones o lesiones de los tejidos blandos, como desgarros de ligamentos.

Dentro del ROM total se encuentra el punto neutro (véase la **Figura 1.5**).



Figura 1.5. Barrera anatómica, ROM total y punto neutro.



Figura 1.6. Barrera fisiológica y rango de movimiento activo.

La barrera fisiológica

Dentro del ROM total, existe la amplitud de movimiento activo, que es el movimiento producido voluntariamente por el paciente.

El ROM activo está más limitado que el ROM pasivo, y su punto final se denomina barrera fisiológica (véase la **Figura 1.6**).

La barrera elástica

Dentro del ROM total, existe una amplitud de movimiento pasivo que se alcanza cuando el profesional aplica una fuerza sobre la articulación. El límite del ROM pasivo se denomina barrera elástica. El ROM pasivo incluye el espacio entre las barreras elásticas,



Figura 1.7. Amplitud del movimiento pasivo y barrera elástica.

lo que significa que también incluye la amplitud del movimiento activo y pasivo de la articulación.

El objetivo de la prueba osteopática es evaluar el rango y la calidad del movimiento de un extremo articular en relación con el otro extremo, que el médico mantiene inmóvil. El movimiento se compara entonces con el mismo movimiento articular en el lado opuesto (véase la **Figura 1.7**).

Según la literatura científica reciente, el *thrust* debe realizarse con seguridad dentro de la barrera elástica.

Espacio para fisiológico

El espacio para fisiológico (**Figura 1.8**) es un pequeño espacio potencial entre la barrera elástica y la barrera anatómica.

Disfunción somática

La disfunción somática es un término diagnóstico utilizado para definir la alteración del rango de movimiento de una articulación. Cuando se observa un deterioro o alteración de la función de una estructura articular, los primeros signos que aparecen son vasodilatación, edema, dolor y contractura muscular, que alteran las tensiones miofasciales.

La disfunción somática se asocia a la pérdida del ROM activo y pasivo en todas las direcciones, pero una de ellas estará más restringida.

En consecuencia, podemos decir que los movimientos activos y pasivos están todos restringidos, pero las barreras restrictivas más importantes del mo-

vimiento activo y pasivo se encontrarán en la dirección más restringida (véase la **Figura 1.9**).

La disfunción somática recibe el nombre de la dirección en la que el movimiento es más libre. Por ejemplo, al evaluar la articulación tibiofibular proximal, si la cabeza del peroné se mueve mejor hacia atrás, la disfunción se denomina *peroné posterior*.

Si la cabeza del peroné se mueve mejor hacia delante, la disfunción se denomina *peroné anterior*.

El protocolo de diagnóstico

El examen de la “disfunción somática” es el concepto central del proceso de diagnóstico. La posición de las manos varía en función de la prueba a realizar.

Para ver un ejemplo, veamos la prueba para evaluar la articulación tibiofibular proximal (**Figura 1.10**).

El paciente está en decúbito supino, con la rodilla flexionada a 90 grados y el pie apoyado en la cama. El profesional se sienta sobre el pie para estabilizar la pierna.

Para realizar la prueba correctamente, la colocación de las manos es primordial.

Antes de realizar cualquier movimiento, el profesional debe “palpar” las estructuras óseas del paciente. En primer lugar, se aplica una presión progresiva sobre los tejidos blandos hasta alcanzar el nivel óseo. Después, se evalúa el movimiento de un extremo articular en relación con el otro extremo empujando o tirando primero en una dirección y luego en la dirección opuesta.



Figura 1.8. Espacio parafisiológico.



Figura 1.9. Disfunción somática, barreras restrictivas activas y pasivas.

La dirección del extremo articular cambia según la biomecánica de cada articulación. El movimiento siempre partirá y volverá al punto neutro de esa articulación.

El otro paso crucial es mantener inmóvil ese extremo articular, que se considera la articulación de referencia. Por ejemplo, si se está probando el movimiento del peroné, la mano que no está sobre el peroné debe mantener quieta la tibia, ya que de lo contrario no sería posible apreciar el movimiento relativo del peroné. En el inicio, no siempre es fácil

apreciar los movimientos de los extremos articulares entre sí. Una posible explicación es que estamos acostumbrados a realizar pruebas ortopédicas, que nos han enseñado a valorar los macromovimientos. En cambio, las pruebas osteopáticas nos enseñarán a apreciar micromovimientos suaves con elasticidad limitada.

Una vez apreciados la amplitud y la calidad del movimiento y comparados con el lado contralateral, si el movimiento en una dirección está restringido, entonces existe una disfunción.



Figura 1.10. Prueba anteroposterior del peroné: posición inicial.



Figura 1.11. Tratamiento anterior del peroné: *thrust*.

Por último, se puede realizar el TOM para restablecer el movimiento fisiológico de la articulación.

En resumen, la exploración en busca de una “disfunción somática” es el concepto clave del proceso diagnóstico; la palpación de la zona afectada y de los componentes del sistema somático relacionados funcional y anatómicamente es la única forma de evaluarla.

En consecuencia, el enfoque diagnóstico osteopático del dolor MSK se basa en la identificación de todas las disfunciones somáticas de una articulación. Por ejemplo, al tratar un dolor de rodilla, no solo se evaluarán todas las articulaciones de la rodilla, sino también las de la cadera y el tobillo. Por lo tanto, independientemente de la afección que se vaya a tratar, ya sea rotura del menisco medial, distensión o rotura del ligamento colateral medial o cualquier otra, se deben realizar todas las pruebas recomendadas para identificar las disfunciones que se producen con mayor frecuencia.

Por lo tanto, es evidente que el diagnóstico osteopático se desarrolla de modo independiente de la afección a tratar.

Tratamiento osteopático manipulativo

El objetivo del TOM es restablecer el movimiento fisiológico de la articulación, lo que significa desplazar la barrera restrictiva en la dirección de la pérdida de movimiento tanto como sea posible, es decir, lo más cerca posible de las barreras fisiológicas y elásticas.

Técnicas de alta velocidad y baja amplitud: “thrust”

Esta técnica invierte la dirección de los parámetros disfuncionales del extremo articular afectado, con el objetivo de restaurar el movimiento fisiológico. En pocas palabras, consiste en mover el extremo articular afectado en la dirección en la que no se movería.

Procedimiento

El profesional coloca el extremo óseo afectado de forma que se enganche a la barrera restrictiva. Luego coloca el extremo del hueso afectado de forma que se enganche a la barrera restrictiva. A continuación, se aplica lentamente una presión firme e indolora sobre los tejidos blandos para llegar a las estructuras óseas.

Tras la decoaptación articular (separación suave de los extremos articulares) y el reequilibrio (búsqueda del punto en el que se equilibran las tensiones de músculos y ligamentos), se aplica una fuerza correctiva para mover el segmento disfuncional a través de la barrera restrictiva.

La fuerza final de breve duración debe aplicarse rápidamente (alta velocidad [AV]) y en una distancia corta (baja amplitud [BA]): esta técnica se denomina *thrust*.

La fuerza final se aplica hasta alcanzar la barrera elástica. La barrera elástica representa el espacio dentro del cual el profesional puede ejercer una fuerza para desplazar pasivamente un extremo articular en relación con el otro extremo sin dañar los tejidos articulares.

En función de la articulación de que se trate, la manipulación por *thrust* puede generar o no el característico chasquido.

Pongamos la teoría en práctica con un ejemplo de corrección del peroné anterior, lo que significa que el deslizamiento anterior de la tibia es mejor que el deslizamiento posterior.

El paciente está en decúbito supino con las rodillas extendidas. El profesional sujeta el tobillo de la pierna afectada con la mano derecha, mientras que la eminencia tenar izquierda está sobre la cabeza del peroné (**Figura 1.11**).

Tras la descoaptación y el reequilibrio articular, el *thrust* se realiza empujando verticalmente la cabeza del peroné hacia abajo con la mano izquierda.



Figura 1.12. Tensión del tratamiento de la membrana obturatriz.



Figura 1.13. Menisco medial anterior: posición de inicio.

Técnicas de los tejidos blandos

El objetivo es relajar y alargar los músculos y las membranas e implican movimientos de estiramiento a través o a lo largo de las fibras y membranas musculares. Estas técnicas pueden realizarse antes del *thrust* o como técnica independiente por su efecto mecánico.

Para ver un ejemplo, examinemos cómo tratar la tensión de la membrana del obturador.

El paciente permanece en decúbito supino. El profesional lleva la cadera afectada a flexión con ligera abducción (**Figura 1.12**). Con el pulgar de la mano derecha, el terapeuta palpa el punto sensible de la membrana obturatriz.

El terapeuta reduce progresivamente la abducción hasta que desaparece la sensibilidad y luego mantiene esta posición durante 90 segundos.

Técnicas articulatorias

Es la acción del profesional la que consigue la corrección. Este procedimiento es una prueba de movilidad ampliada con fines diagnósticos. Su objetivo es restablecer la función fisiológica de la articulación y la simetría del movimiento, así como resolver el dolor. También puede utilizarse como preparación para la técnica AVBA.

Para ver un ejemplo, se muestra el tratamiento del menisco medial anterior.

El paciente se sienta en la cama, con las piernas fuera del borde. El profesional se sienta sobre el pie del paciente y mantiene la pierna afectada en rotación interna. A continuación, el profesional agarra la articulación de la rodilla con ambas manos y coloca los pulgares en el cuerno anterior del menisco medial.

Mientras está de pie, el profesional extiende y rota externamente la pierna, manteniendo siempre los pulgares quietos sobre el cuerno anterior para forzar al menisco a moverse hacia atrás (véanse las **Figuras 1.13** y **1.14**).



Figura 1.14. Menisco medial anterior: posición final.

Técnicas de energía muscular (MET)

Se trata de una técnica activa en la que se pide al paciente que utilice activamente la energía propia del músculo. El movimiento parte de una posición específica y se desplaza en una dirección concreta, que varía en función de la articulación implicada. Al mismo tiempo, el profesional introduce una fuerza contraria equivalente.

El profesional coloca el extremo de la articulación afectada de forma que se enganche a la barrera restrictiva. A continuación, se pide al paciente que realice una contracción muscular en la dirección en la que hay más libertad de movimiento.

Examinemos cómo tratar la cabeza posterior del peroné. Recordemos que la disfunción posterior significa que el deslizamiento hacia atrás del peroné es mejor que el deslizamiento hacia delante.

El paciente está en decúbito supino cerca del borde de la cama con la rodilla flexionada a 90 grados y el pie plano sobre la cama.

El profesional se sienta sobre el pie para estabilizar la pierna y sujeta la tibia con la mano derecha mientras que el pulgar, el índice y el dedo medio de la mano izquierda agarran la cabeza del peroné.



Figura 1.15. Cabeza posterior del peroné: posición inicial.



Figura 1.16. Cabeza posterior del peroné: posición final.

Se pide al paciente que flexione la rodilla contra los dedos del profesional, mientras este ejerce una fuerza contraria igual. La posición se mantiene durante 3 segundos, seguidos de 3 segundos de relajación posisométrica. A continuación, el profesional tira de la cabeza del peroné hacia delante para crear una nueva barrera restrictiva. Seguidamente, se vuelve a pedir al paciente que flexione la rodilla contra los dedos del profesional. Esta secuencia debe repetirse tres veces (véanse las **Figuras 1.15** y **1.16**).

En conclusión, el punto clave del proceso terapéutico osteopático es el tratamiento no solo de las disfunciones somáticas de la articulación afectada, sino también de las que están relacionadas funcional y anatómicamente, aunque sean asintomáticas.

Por ejemplo, cuando se trata el dolor de rodilla, es necesario manejar tanto las disfunciones de la cadera como las del tobillo. En conclusión, independientemente de la afección que se aborde, todas las disfunciones identificadas deben tratarse.

Bibliografía

- Osteopatía Audouard M. *l'Arto Inferiore*. Editore Marrapese; 1989.
- Deadman P., Al-Khafaji M., Baker K., *Manuale di Agopuntura*, Ed. italiana a cura di Grazia Rotolo e Giulio Picozzi, CEA (Casa Editrice Ambrosiana), 2000
- Giusti R. *Glossary of Osteopathic Terminology*. 3rd ed. American Association of Colleges of Osteopathic Medicine; 2017.
- Greenman PE. *Principles of Manual Medicine*. 2nd ed. Williams & Wilkins; 1996.
- Guolo F. *Atlante di Tecniche di Energia Muscolare*. Piccin; 2014.
- Legge D. *Close to the Bone*. Sydney College Press; 2010.
- Maciocia G. *The Foundations of Chinese Medicine*. 2nd ed. Churchill Livingstone, Elsevier; 2005.
- Maciocia G. *The Channels of Acupuncture*. Churchill Livingstone, Elsevier; 2006.
- Maciocia G. *The Practice of Chinese Medicine*. 3rd ed. Elsevier; 2022.
- Nicholas AS, Nicholas EA. *Atlas of Osteopathic Techniques*. Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
- Qiao W. *Wrist and Ankle and Balance Acupuncture*. Italian Chinese School of Acupuncture-A.M.A.B (Association of Medical Acupuncturist of Bologna) Seminar; 2007.
- Reaves W, Bong C. *The Acupuncture Handbook of Sports Injuries & Pain*. third edition. Hidden Needle Press; 2013.
- Romoli M. *Auricular Acupuncture Diagnosis*. Churchill Livingstone Elsevier; 2009.
- Tan RT., Dr. Tan's Strategy of Twelve Magical Points. Edited by Besinger JW, San Diego, California, 2003
- Qi-cai Wang. *Secondary Channels and Collaterals*. People's Medical Publishing House; 2007.
- Yajuan Wang. *Micro-Acupuncture in Practice*. Churchill Livingstone Elsevier; 2009.
- Liansheng Wu, Qi Wu. *Yellow Emperor's Canon of Internal Medicine, Chinese-English Addition*. China Science and Technology Press; 2005.
- Tixa S. *Atlas d'Anatomie Palpatoire, tome 2, Membre Inferior*. 3rd ed. Elsevier Masson; 2005.
- Tixa S, Ebenegger B. *Atlas de Techniques articulaires ostéopathiques, tome 3, Les Membres*. 2nd ed. Elsevier Masson; 2016.
- Yi-ling W. *Collateral Disease Theory in Practice*. People's Medical Publishing House; 2008.
- Qinghui Z, Changquan L, Xinshu Z. *Wrist-Ankle Acupuncture*. Publishing House of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine; 2002.