

# ACUPUNTURA Y DOLOR

A.M.<sup>a</sup> CASAS ROS<sup>1</sup>  
M. LORENTE GASCÓN<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Médico acupuntor; Unidad de Salud Integrativa (USI), Consorci Sanitari de Terrassa (CST), Terrassa, Barcelona; <sup>2</sup>Unitat d'Integrative Health and Pain Management, Universitat Internacional de Catalunya, Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Clínica del Dolor Teknon, Instituto Aliaga, Barcelona

Se ha planteado esta sección dentro de la revista Dolor para ampliar el conocimiento de la acupuntura como una de las formas de tratamiento del dolor, manifestación clínica de múltiples enfermedades de base. Tal y como indica la Organización Mundial de la Salud, el dolor es una de las indicaciones principales del uso de la acupuntura como medio terapéutico, con multiplicidad de estudios clínicos que demuestran su eficacia. En esta sección se incluyen artículos que describen casos clínicos de la consulta de especialistas que utilizan la acupuntura para tratar enfermedades que cursan con dolor, tanto agudo como crónico, y que mejoran o se resuelven mediante esta técnica.

## Proyecto de tratamiento con acupuntura más *mindfulness* en pacientes no respondedores a terapia convencional. Estudio piloto

A. FAULÍ PRATS

### RESUMEN

Estudio piloto para mejorar la calidad de vida de los pacientes «no respondedores» a la terapia convencional de la Unidad del Dolor del Hospital Clínic de Barcelona mediante tratamiento combinado con acupuntura y *mindfulness*. Se han incluido siete pacientes con una calidad de vida muy disminuida debido al dolor crónico, los cuales habían sido tratados con múltiples terapias intervencionistas (quirúrgicas y no quirúrgicas), así como farmacológicas. Los resultados de este proyecto experiencial han sido espectaculares, mejorando extraordinariamente la calidad de vida de estas personas. A partir de este punto, deben generalizarse los estudios aleatorizados que sirvan de base científica para abrir las unidades del dolor a nuevos modelos de terapia para el dolor crónico.

**Palabras clave:** Dolor crónico. Acupuntura. Mindfulness. Proyecto experiencial.

### ABSTRACT

Pilot study to improve the quality of life in “not respondent” patients with conventional therapy in the Pain Unit of Hospital Clínic Barcelona by combining treatment with Acupuncture & Mindfulness. Seven patients, with very bad quality of life for chronic pain treated with multiple interventionism therapy (surgical and not surgical) and pharmacological ones, have been included. The outputs of this Experience Project have been fabulous with a high improve of the quality of life in that person. Since that point, random studies have to be generalized in order to build the scientific base to open Pain Units from other models of therapy in chronic pain. (DOLOR. 2017;32:111-24)

**Key words:** Chronic pain. Acupuncture. Mindfulness. Experience project.

**Corresponding author:** Adela Faulí Prats, [afauli@clinic.ub.es](mailto:afauli@clinic.ub.es); [adela.fauli@gmail.com](mailto:adela.fauli@gmail.com)

Anestesióloga consultora  
Unidad del Dolor  
Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor  
Hospital Clínic Barcelona  
Barcelona

**Dirección para correspondencia:**  
Adela Faulí Prats  
E-mails: [afauli@clinic.ub.es](mailto:afauli@clinic.ub.es)  
[adela.fauli@gmail.com](mailto:adela.fauli@gmail.com)

## BASE DEL PROYECTO

El tratamiento con acupuntura es una práctica médica milenaria difundida en todo el mundo. Diversos estudios han demostrado un efecto específico de estimulación del sistema nervioso periférico (SNP) y neuromodulación del sistema nervioso central (SNC) tras la inserción de las agujas de acupuntura. Por tanto, posee acción a nivel local, segmentario, suprasegmentario y general<sup>1-4</sup>.

La acupuntura posee evidencia probada en acción analgésica en diversas enfermedades dolorosas, como la cefalea, cervicalgia y lumbalgia<sup>5-9</sup>. En Occidente es ampliamente utilizada para el abordaje psicossomático y emocional en enfermedades crónicas. Existen también publicaciones indexadas<sup>10-14</sup> sobre su efecto no analgésico que muestran mejora en la cicatrización, efecto antiemético, rehabilitación tras infarto cerebral, modulación autonómica, efecto adyuvante en el tratamiento de la adicción y en inmunomodulación.

En nuestro medio, la práctica de la acupuntura está regulada como práctica médica. Actualmente, este tipo de tratamiento está en proceso de difusión en las diferentes unidades del dolor hospitalarias.

La Unidad del Dolor del Hospital Clínic de Barcelona es de referencia, a nivel regional, para el tratamiento de neuromodulación mediante neuroestimulación medular y, a nivel nacional, en el tratamiento de enfermedades neuroendocrinas asociadas a dolor crónico de muy difícil manejo, como la endometriosis, enfermedades autoinmunes, degenerativas neuromusculares, neurovasculares, etc.

En los últimos 10 años, se ha hecho un gran avance en el estudio del perfil genético, fenómenos de hipersensibilización del SNC y dolor, como mejores tratamientos y fármacos con una acción más selectiva para la modulación a nivel del SNC y SNP<sup>5,9</sup>.

En la cronificación del dolor intervienen diferentes factores como la edad, enfermedad asociada, historia de dolor previo, intervencionismo e historia psicossocial. Estamos asistiendo a un cambio de perfil en nuestros pacientes con un mayor componente psicossomático, como los pacientes oncológicos cuya mejora en el tratamiento ha permitido incluirlos en las unidades del dolor. Actualmente, todos los pacientes con nivel de ansiedad y depresión asociada a dolor en la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) > 10 son controlados por

psicología (disponemos en la unidad de dos psicólogos con una dedicación de 20 h/semana).

Desde hace ya más de 15 años, la introducción de fármacos opioides cada vez más potentes, fáciles de administrar y de acción más rápida o ultracorta ha facilitado el tratamiento del dolor a expensas del aumento exponencial en las conductas adictivas y adicción a fármacos de prescripción en la población<sup>15</sup>. Desde hace cuatro años, de forma coordinada con psiquiatría y psicología, hemos diseñado un circuito de actuación para la detección y tratamiento de los pacientes con perfil adictivo. En total, han requerido ingreso hospitalario nueve pacientes y todos los pacientes de la Unidad del Dolor se controlan con criterios de perfil adictivo, de forma ambulatoria, con sesiones individualizadas o grupales, según proceda, realizadas por el psicólogo de la Unidad de Psiquiatría de Adicciones. Y desde hace un año hemos extendido el control-detención del perfil adictivo en la visita preanestésica de los pacientes quirúrgicos.

Nos planteamos la introducción de la acupuntura en la Unidad del Dolor en aquellas enfermedades que presentan peor respuesta a los tratamientos habitualmente utilizados, así como en aquellos pacientes con riesgo adictivo medio o alto.

Iniciaremos dicha práctica en pacientes controlados en la Unidad del Dolor desde hace más de seis meses que han sido sometidos a terapias habituales de la Unidad del Dolor:

- Bloqueos nerviosos periféricos, axiales, tratamientos articulares e infiltraciones miofasciales.
- Radiofrecuencia (RDF) pulsada o térmica sobre terminaciones nerviosas, axiales peridurales y articulares.
- Terapia psicológica individual o en grupo (*mindfulness*, taller raquis).
- Rehabilitación coordinada, grupos de rehabilitación axial (escuela de columna), grandes articulaciones y suelo pélvico.

Todos los tratamientos realizados en la Unidad del Dolor están coordinados entre la propia unidad, otras áreas hospitalarias donde realizan tratamiento y la asistencia primaria de referencia (Fig. 1).

Los pacientes incluidos en este estudio, tras haberles realizado el tratamiento farmacológico e intervencionista específico para el abordaje nociceptivo y neuropático, motivo de consulta a nuestra unidad, estarán controlados previamente a la inclusión en el

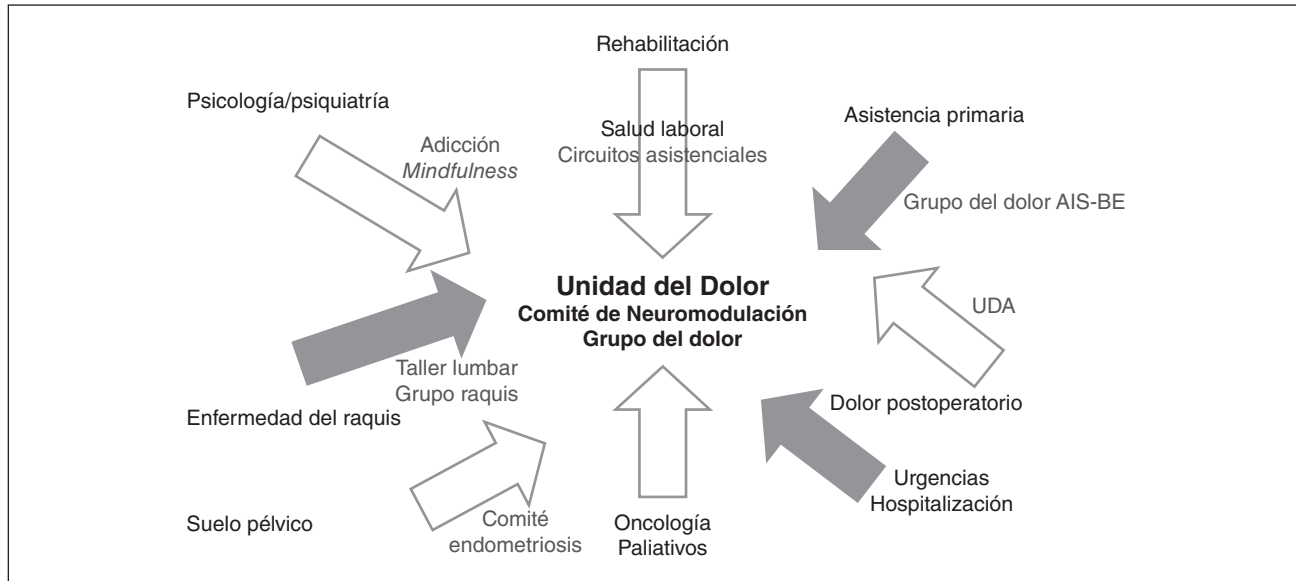


Figura 1. Organización integrada para el tratamiento del dolor crónico.

estudio piloto por psicología-psiquiatría (criterios de la escala HAD de ansiedad y depresión > 10). El objetivo de añadir la acupuntura estará vinculado a la mejora del componente emocional y conductual del dolor crónico (Fig. 2).

Todos los pacientes tratados con acupuntura de este estudio también realizarán un programa individualizado de *mindfulness based stress reduction* (MBSR) por un terapeuta especialmente entrenado<sup>16-18</sup>.

## PACIENTE 1

Mujer de 48 años afecta de obesidad mórbida (110 kg) e incapacitada para trabajar (auxiliar de clínica), en litigio con el Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM) porque no dispone de la incapacidad. Hipersensibilidad farmacológica a antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y opioides. Solo tolera tramadol a bajas dosis, duloxetine,

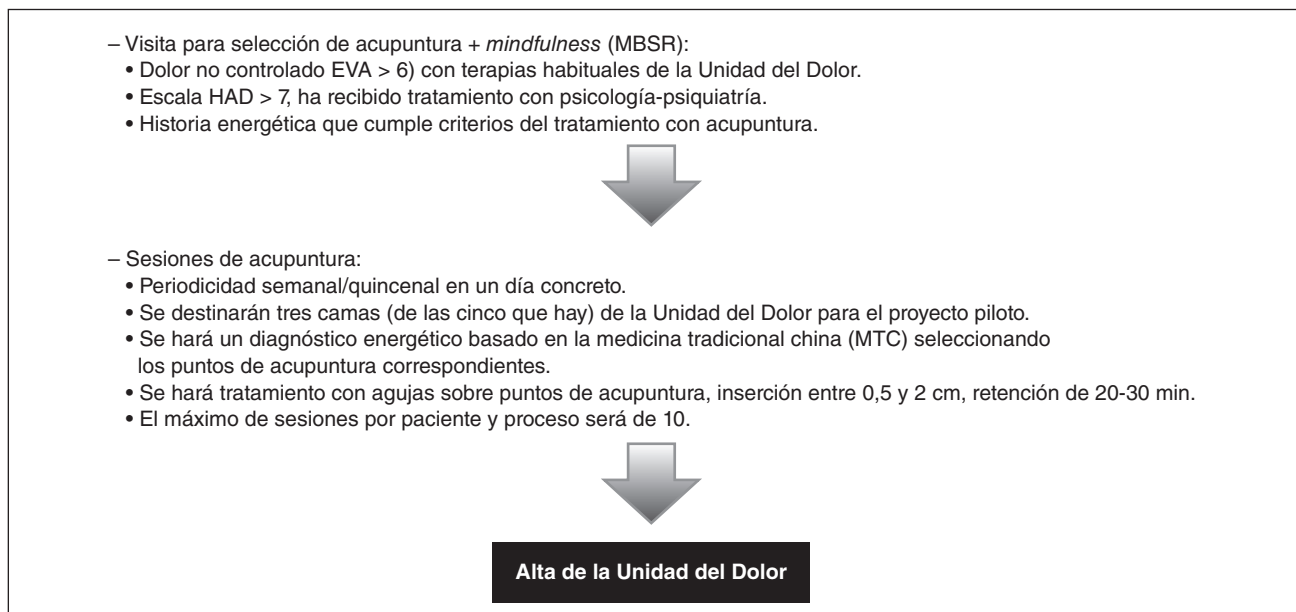


Figura 2. Organigrama del tratamiento con acupuntura y *mindfulness* en la Unidad del Dolor.

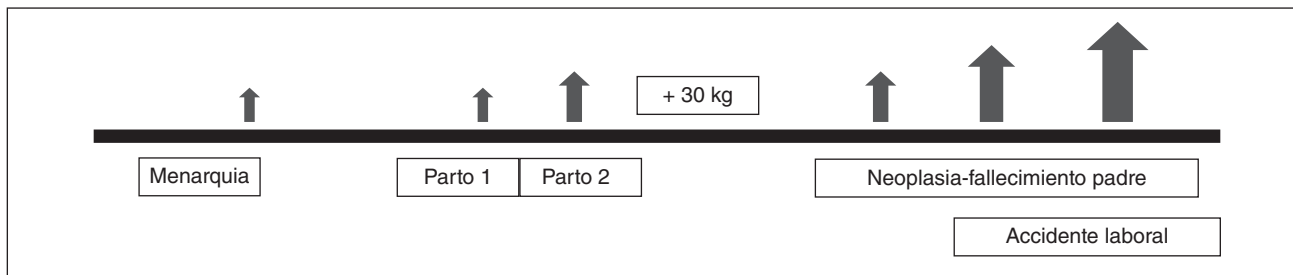


Figura 3.

corticoides y anestésicos locales tipo amida. Escala HAD 17/11. Eritema facial y escote frecuente desencadenado por ingesta, fármacos, calor, etc.

Tratada en la Unidad del Dolor por dolor lumbosacro irradiado a extremidad inferior derecha (EID) desde hace ocho meses tras accidente laboral con contusión sacrocoxígea. Resonancia magnética (RM) compatible con coxartrosis, espondiloartrosis de L4 a S1 sin estenosis de canal ni foraminal.

En tratamiento consiste en duloxetine 60 mg, hidroferol y eventual uso de lidocaína al 5% en parche transdérmico. Se ha realizado, durante seis meses, tratamiento intervencionista con bloqueo epidural, facetario lumbar y sacroilíaco, con alivio discreto del dolor (reducción de la escala visual analógica [EVA], dolor y mejora funcional < 50%, < 1 mes). Ha realizado tratamiento grupal de *mindfulness*-suelo pélvico (cuatro sesiones) bajo supervisión de la psicóloga de la unidad.

### Se le plantea acupuntura asociada con *mindfulness* individual, dirigida a mejorar los hábitos, respiración, dieta, a realizar en la Unidad de Día del Dolor.

#### Historia energética (Fig. 3)

Dolor profundo de predominio en pierna y cadera derecha, constante, que empeora con el movimiento y la obliga a parar a los 25-30 pasos. No mejora con calor. Sensación de frío interno.

Astenia y cansancio que empeora a lo largo del día y con el esfuerzo. Tendencia al estreñimiento.

Menarquia a los 13 años, reglas de cuatro días, ciclos 28 días, roja, presencia de síndrome premenstrual. Mialgias, parestesias, tensión generalizada. Pelo fino que cae fácilmente. Insomnio, sueño ligero, se despierta muchas veces. Sensación de pérdida de memoria, irritabilidad

frecuente. Varices, elefantiasis de predominio derecho, erupciones cutáneas frecuentes.

Sequedad de predominio en boca y labios. Edemas, anasarca, hipersomnia, boca pastosa, sensación dulce, apetencia extrema al dulce, acidez, halitosis (estancamiento de los alimentos), pesadez en piernas, dolor articular, piel edematosa, sobre todo en los tobillos.

Tendencia a la tristeza. No puede hacer las cosas que debiera según ella. Llanto fácil, se amontona. En proceso de duelo por la muerte de padre, al que estaba muy ligada. Murió hace dos años tras neoplasia de colon, con un progresivo y largo deterioro. Los últimos ocho años cada vez se despedía de él con más llanto, relacionado con el deterioro que veía en su persona; precisaba bastones y al final se desplazaba en silla de ruedas: «Él, que era la alegría de la casa y se ocupaba de los hijos, con tanta dedicación y siempre tan alegre». Su madre, en cambio, era la estricta. Empezó a trabajar fuera de casa a los 45 años (auxiliar de clínica). Siempre ha tenido peor relación con ella y ahora también con sus hermanos a raíz de la herencia: cinco hermanos, dos varones; ella es la segunda. Tiene mejor relación con la hermana pequeña, «a la que cuidó como si fuera la madre...». Ha abordado el «tema de la herencia» renunciando a ella. Manifiesta buena relación con el marido, «pero no es como su padre». Sus dos hijas son muy estudiosas, pasea con ellas, pero no la esperan. A veces se enfada por poca cosa y se vuelve a enfadar.

Exploración de la lengua: pastosa, capa lingual (CL) seca, grande, ancha con movimiento, húmeda...

Orientación diagnóstica (OD) según la MTC: deficiencia de Yang Qi, estancamiento-flemas, deficiencia corazón-riñón, bazo/estómago, pulmón/riñón, desequilibrio Hun/Po, deficiencia Xue, calor en Xue.

#### Tratamiento con acupuntura (Fig. 4)

Tras dos meses de tratamiento con acupuntura, la paciente ha mejorado del dolor en la cadera, reducción EVA > 50%, ha disminuido 10 kg de peso, confiesa que

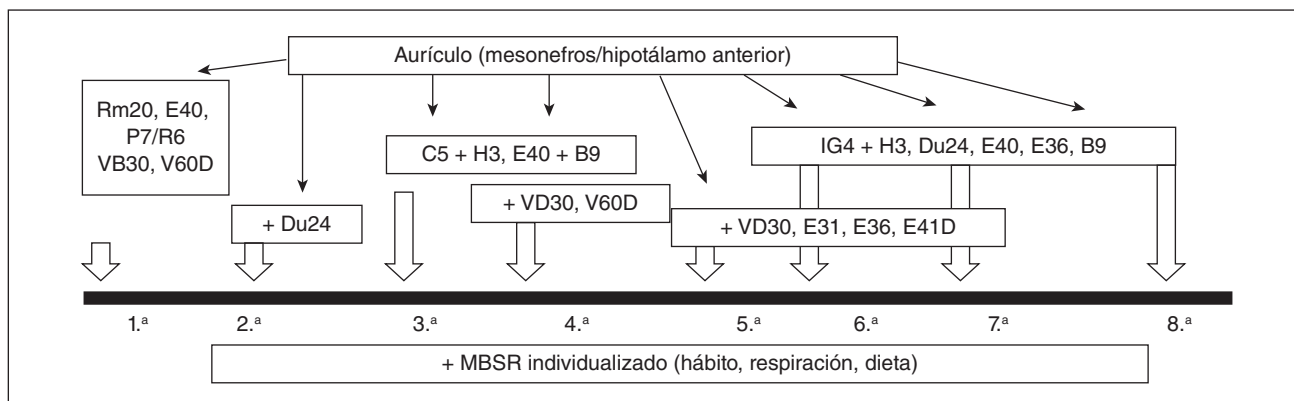


Figura 4.

ha mejorado su dieta y ya no necesita tanto del dulce. El linfedema en extremidades inferiores es menor, lo cual le ha permitido mejorar su movilidad. Deambula más de 1 h sin bastón. Aunque aún está en proceso de litigio, está menos ansiosa (HAD actual 7/5) de asumir un nuevo juicio para valorar su incapacidad.

Actualmente aún no se ha resuelto el litigio con el ICAM. Pendiente de valoración de tratamiento para cirugía bariátrica para su obesidad mórbida, cumple todos los criterios clínicos.

## PACIENTE 2

Mujer de 82 años remitida a la Unidad del Dolor por dolor en región coxígea y perianal de muy difícil control que empeora a lo largo del día, en sedestación y tras defecación, y mejora en decúbito. Dolor de más de 20 años de evolución. Se han realizado diferentes abordajes terapéuticos:

- Intervenciones: resección de coxis, varias dilataciones anales.
- Bloqueos ganglio impar, peridurales, RDF térmica y pulsada.
- Tratamiento con acupuntura.
- Tratamiento con opioides mayores a largo plazo, altas dosis (200 µg/h/72 h de fentanilo transdérmico), motivo de derivación a nuestra unidad. Presencia de efectos secundarios a opioides mayores: sudoración generalizada.

Hace 50 años sufrió desgarro vaginal en su segundo parto. Hace más de 25 años fue intervenida de mioma (histerectomía + anexectomía). Tras ello, inicia clínica de dolor a nivel sacrocoxígeo, siendo intervenida de

resección de coxis. Desde entonces el dolor empeora y sigue circuito de tratamiento intervencionista (cirugías), tratamientos en unidades del dolor y tratamientos farmacológicos varios (anticolicos, antidepresivos, otros e introducción de opioides mayores). Probó acupuntura para tratamiento de herida dolorosa en un centro privado hace > 5 años.

Es remitida a nuestra unidad tras fracaso de todos los tratamientos y efectos secundarios, con diagnóstico de dependencia a opioides mayores.

Controlada en la Unidad del Dolor del Hospital Clínic desde hace más de dos años, se ha realizado tratamiento ambulatorio de deshabituación de opioides, bloqueo y RDF pulsada de los nervios pudendos, RDF pulsada/térmica del ganglio impar y tratamiento psicológico individualizado conductual, sin mejoría alguna de la clínica de dolor.

**La paciente manifiesta estar cansada de probar todo tipo de tratamientos a lo largo de tantos años sin ninguna respuesta y con muchos efectos secundarios, por lo que desea ser incluida en el piloto de tratamiento con acupuntura asociado a *mindfulness* individualizado.**

### Historia energética (Fig. 5)

La paciente define el dolor como escozor y profundo, que empeora con la maniobra de defecación hasta hacerlo insoportable; empeora también en sedestación y a lo largo del día, aunque mejora en decúbito, con sensación de peso. A veces incontinencia fecal.

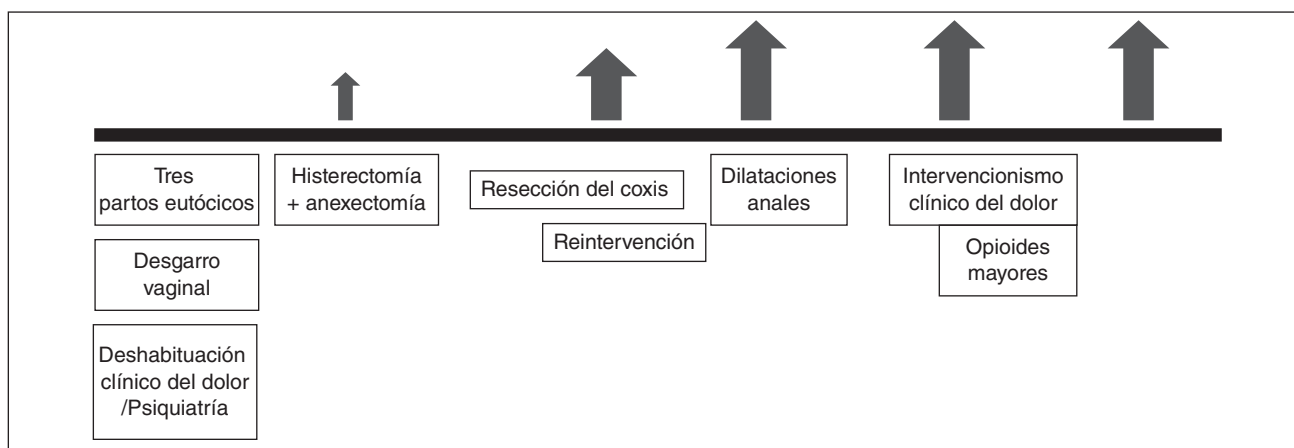


Figura 5.

En la exploración no existe hipersensibilidad en herida cutánea ni cambios tróficos en la piel.

Diagnóstico de fibromialgia (dolor miofascial generalizado desde hace años). Intervenida de varices en extremidades inferiores (EEII) en dos ocasiones. Intervenida de *hallux valgus* (varias intervenciones con secuelas en pie derecho). Marido traumatólogo, viuda desde hace 30 años. Intentaba solucionarle los problemas a la esposa con intervenciones. Estado de ánimo depresivo.

Actualmente no realiza ningún tratamiento farmacológico pautado. Uso de laxantes diario.

OD según la MTC: disminución de Yin y Yang riñón, fuego de corazón, deficiencia Xue hígado/corazón, alteración shuxie hígado, calor corazón/intestino delgado, deficiencia de Jin Ye con estancamiento hígado, herida interferencial aparentemente tratada con anterioridad con acupuntura.

### Tratamiento con acupuntura (Fig. 6)

Tras tratamiento con acupuntura, la paciente ha presentado mejoría del 70% de la clínica de insomnio de inducción y mantenimiento, mejoría > 50% del dolor miofascial generalizado (EVA < 4) y actividad funcional, que le permite realizar las actividades cotidianas con mejor movilidad. No sofocos ni sudoración. Ha mejorado de la inestabilidad cervical y mareos (hemos añadido tratamiento de continuación con *transcutaneous electrical nerve stimulation* (TENS) en las últimas sesiones). El dolor basal a nivel coxígeo ha logrado controlarse, aunque continúa con dolor al defecar y en sedestación prolongada. EVA de 5-7 (mejoría del 30% respecto al dolor previo al tratamiento con acupuntura).

Mucho mejor en cuanto a ánimo (HAD 3/5). Aborda los temas con menor ansiedad, está más tranquila en las actividades cotidianas y en la relación con el entorno familiar, pero reconoce que le cuesta mucho realizar la práctica de relajación *mindfulness*, aunque insistimos en ello. El psiquiatra le ha dado el alta durante el proceso de tratamiento con acupuntura.

En el control al mes del tratamiento con acupuntura, la paciente manifiesta continuar muy bien de ánimo, afronta los problemas del día a día con menor ansiedad; está preocupada por sus hijos, de los cuales dos actualmente están en el paro, aunque no dependen de ella. Continúa con dolor autolimitado a la defecación con EVA 5-7, incontinencia fecal esporádica, en tratamiento *biofeedback* indicado por proctología. No indicado seguimiento actual en la Clínica del Dolor (CLD).

Se trata de una paciente de 82 años con muy buen estado general, envejecimiento mal asumido, que ha ido a lo largo de la vida abordando con tendencia a la tristeza, aplicando soluciones intervencionistas y dejándose llevar. Su dolor coxígeo y anal de larga evolución no ha sido resuelto con ninguna intervención a la que ha sido sometida en todos estos años y, además, ha sido motivo de adicción a opioides con francos efectos secundarios. Era algo reacia al tratamiento con acupuntura, pero reconoce que le ha permitido mejorar su movilidad, su dolor generalizado, su dolor axial, abordar con asertividad los problemas del día a día y la sudoración ha desaparecido, aspecto que ya no recordaba. Sigue con dolor que se exacerba al defecar pero de menor intensidad, reducción de la EVA < 50%. No ha abandonado los lácteos ni los laxantes, aunque insistimos en que lo pruebe. Problemas de incontinencia fecal, iniciando *biofeedback*.

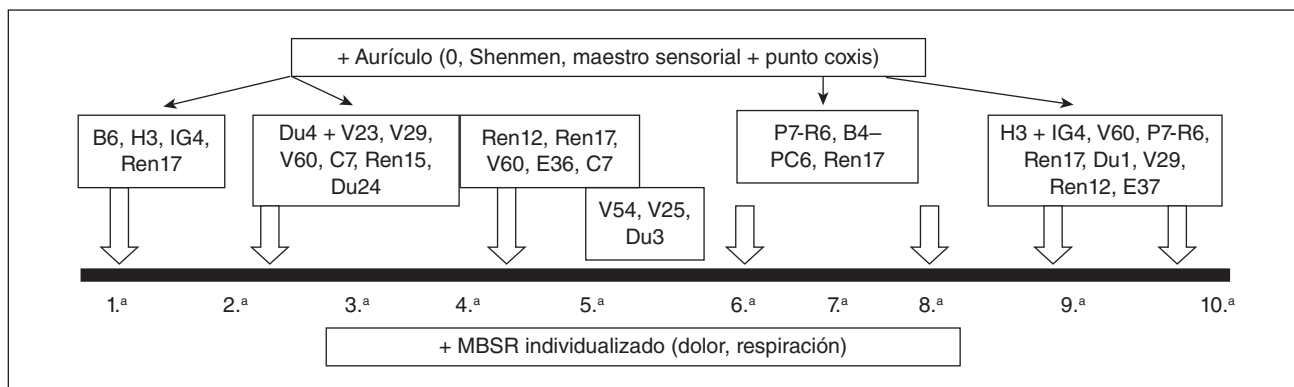


Figura 6.

### PACIENTE 3

Mujer de 42 años, fumadora, controlada desde hace cuatro años en la Unidad del Dolor por síndrome poslaminectomía (*failed back surgery syndrom* [FBSS]) lumbar compatible con lesión moderada-grave de raíz L5 derecha (electromiograma [EMG] de 2012) tras intervención por hernia discal traumática (accidente laboral) en 2010, y reintervención en 2011 con artrodesis L5-S1.

Diagnosticada de fibromialgia y síndrome femoropatelar bilateral. Reacia a intervencionismo.

Contexto de trastorno límite de la personalidad con crisis de ansiedad frecuentes, en tratamiento a largo plazo con benzodiacepina (BZD). Destaca como antecedentes el abandono de la pareja cuando estaba embarazada de cinco meses y muy dependiente de la madre. Problemas actuales con su hija de 18 años, también diagnosticada de trastorno de ansiedad.

Alérgica a voltaren, nolotil, fentanilo en parche y pregabalina. Hermana diagnosticada de hipersensibilidad química múltiple.

Escala HAD de 18/21 en la exploración inicial en la Unidad del Dolor.

Tratamiento actual: tramadol 75 mg/12 h, gabapentina 600 mg/8 h, duloxetina 30 mg/24 h, diazepam 5 mg 1-1-1 y lorazepam 1 mg/noche. Ha suspendido targín y oxicontin (oxicodona) prescrito por reumatólogo.

Múltiples visitas a urgencias para especialistas y médico de cabecera. No ha acudido a la visita a la Unidad de Adicciones; visita de psicología y psiquiatría. En las notas de psicología destaca incumplimiento del seguimiento de la terapia de grupo *mindfulness*, con cierta tendencia a la manipulación.

**Acepta iniciar tratamiento con acupuntura junto con *mindfulness* individual encaminado a disminuir la ansiedad. Insistimos en el cumplimiento: acudir a las visitas concertadas de tratamiento y seguimiento de la terapia psicológica en domicilio.**

### Historia energética (Fig. 7)

Difícil interrogatorio. La paciente se muestra muy nerviosa y angustiada en la primera visita, pues tiene miedo a las agujas. No ha querido que le realicemos nunca ningún bloqueo en la Unidad del Dolor.

Astenia, dolor, mialgias generalizadas, sensación de opresión-peso en cuello, pecho y subcostal derecho, parestesias en piernas, sensación de pérdida de fuerza con miedo a caída, palpitaciones frecuentes...

Lengua: destaca movilidad, roja, con poca capa, seca, puntos fuego y punta roja, improntas dentales.

Pulsos: disminuidos algo en raíz, ligeros en cuerda izquierdo; resto, anodino.

OD según la MTC: estancamiento Qi hígado junto con calor-fuego-flema corazón.

### Tratamiento con acupuntura (Fig. 8)

La paciente ha sido sometida a tratamiento durante dos meses con sesiones cada 15 días de acupuntura y refuerzo con sesiones de *mindfulness* individualizadas (ya conocía esta técnica por su participación en las sesiones de grupo). Se ha desestimado la punción de otros puntos

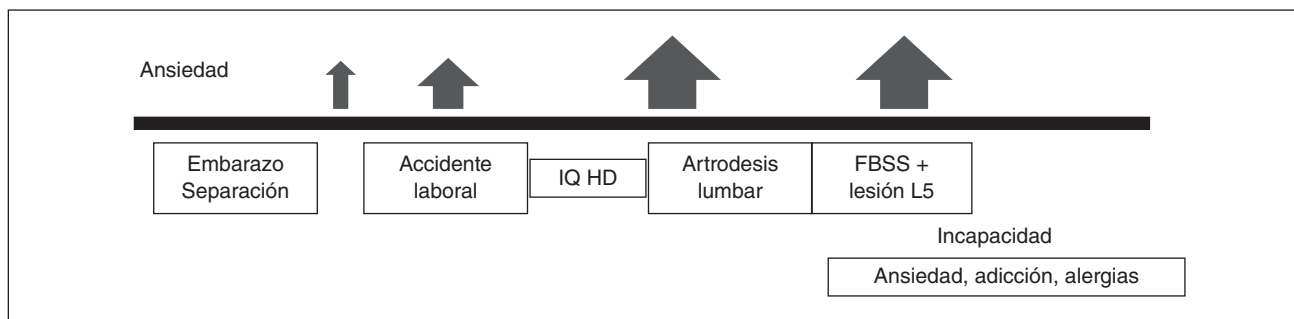


Figura 7.

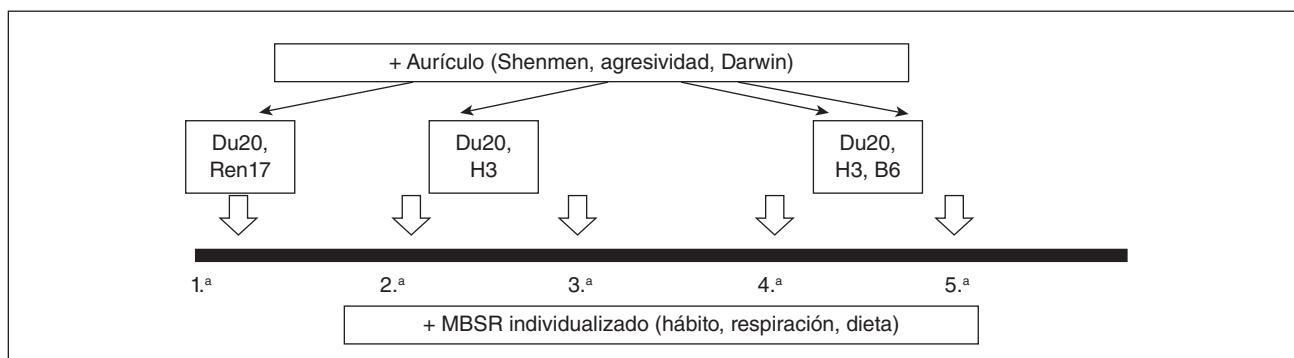


Figura 8.

(Ren17 y Ren20) que le provocaban durante el tratamiento «sensación de bolo en el pecho que se trasladaba a cuello y palpitaciones», clínica que precede, en su caso, a las crisis de ansiedad que padece la paciente.

Ha mejorado en autoestima y asertividad. Se separa por primera vez en su vida de relaciones tóxicas.

Autocontrol de las crisis de ansiedad con el tratamiento de acupuntura combinado con *mindfulness*. La acupuntura le ha permitido seguir el programa de *mindfulness*, tiene control de la respiración en las crisis de ansiedad y actualmente ya no precisa de las BZD. Esto no había sido posible en la terapia de grupo de *mindfulness* anterior.

Escala actual HAD 7/5. En seguimiento actual con *mindfulness* encaminado también a mejorar el hábito alimentario para controlar el sobrepeso.

## PACIENTE 4

Mujer de 47 años, controlada en CLD desde hace más de cinco años, con dependencia a opioides (fentanilo transmucoso) y cannabis (consumo actual).

Intervenida en 2012 de hernia discal lumbar con fijación vertebral L4-L5, FBSS, radiculopatía derecha ocasional, coxartrosis derecha evolucionada y pendiente de intervención este año.

Ha sido tratada en estos años mediante diversos tratamientos orales, intervencionistas (peridurales con corticoides mensuales, bloqueos facetarios lumbares, peridurales dirigidos con catéter Racz, RDF, bloqueos articulares coxofemorales...).

Perfil adictivo presente, en control por psiquiatría y psicología, que precisó hace dos años ingreso hospitalario para deshabitación. Uso habitual del cannabis para controlar el dolor, pero también refiere que lo utiliza «para evadirse de todo y alejarse de su vida actual».

Actualmente activa a nivel laboral, trabaja en un centro para disminuidos físicos 12 h/día, cinco días semana.

Sobrepeso, aunque ha disminuido 7 kg desde la última visita hace tres meses.

Tratamiento farmacológico actual: Ala-on, pregabalina 150 mg/día, topiramato 100 mg/día, metamizol, paracetamol, meloxicam 15 mg/día, quetiapina 100 mg/día y trazodona 100 mg/día.

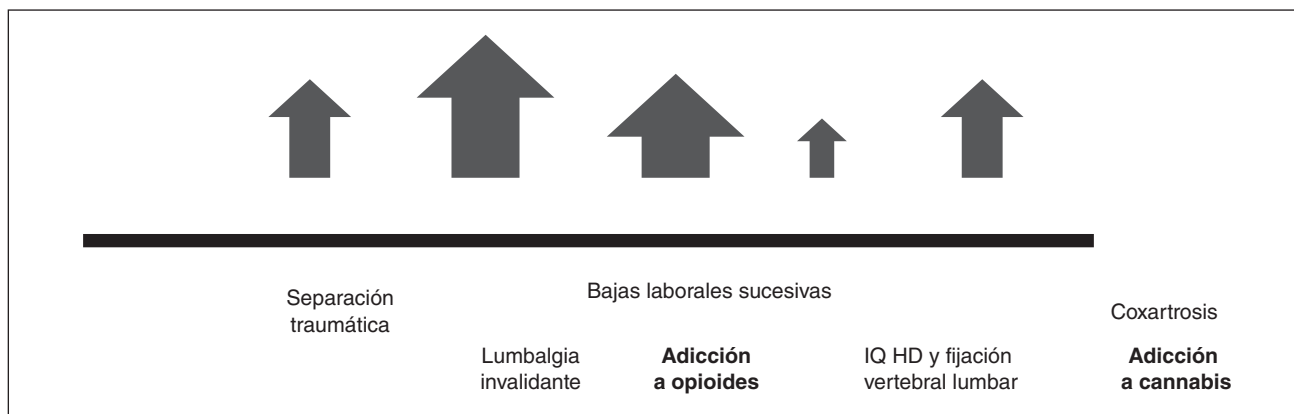


Figura 9.

### Acepta iniciar tratamiento con acupuntura junto con *mindfulness* individual para deshabituación del cannabis actual.

#### Historia energética (Fig. 9)

Infancia con puntos tristes, que ahora analiza; «cree que cada siete años existe ciclo vital. Este año está en un cambio». Muchas expectativas en la intervención de cadera. Separación traumática de pareja a los 30 años, quedando su hija de un año a su cargo. Inició como autónoma un negocio de peluquería canina, que fracasó pese al esfuerzo y tuvo que cerrar. Seguidamente pasó a trabajar en un centro de disminuidos físicos, sin preparación. Ha hecho de todo, con gran energía, y ahora ocupa un cargo de educadora auxiliar. Ha realizado periodos largos de baja laboral por diversas intervenciones. Refiere que no le han reconocido la minusvalía en los juicios en el ICAM pese a llevar una fijación vertebral, coxartrosis secundaria, poseer limitaciones en la actividad para carga pesos y estar de pie, actividades totalmente necesarias para su actual puesto de trabajo... No sabe decir que no, y siempre se ha rodeado de relaciones tóxicas, tanto fuera como dentro del entorno familiar. Tiene problemas con su hija, pareja, trabajo, madre enferma de alzhéimer, etc. «Se define como sobrepasada, pero sigue; su momento de evasión es el cannabis».

Dolor mecánico que empeora a lo largo del día, del cual reconoce tres tipos: generalizado, en cadera y radiculopatía, que diferencia. Si ha de escoger, el peor es el de la cadera, del cual ve solución con la

intervención (gran expectativa). El dolor mejora con calor y reposo.

Menarquia a los 12 años, síndrome premenstrual 10 días antes de la regla que se manifiesta con lumbalgia similar a la de antes de las intervenciones a nivel axial.

OD según MTC: estancamiento Qi hígado de larga evolución, flemas-fuego de hígado, deficiencia de Xue, consumo Jing riñón.

#### Tratamiento con acupuntura (Fig. 10)

El tratamiento de acupuntura y *mindfulness* individualizado se ha realizado en sesiones de periodicidad quincenal durante dos meses, dada la dificultad de asistencia a la Unidad del Dolor por parte de la paciente por estar actualmente activa a nivel laboral. Refiere haber ganado en asertividad, poseer mayor energía, sigue todas las actividades de Escuela de Columna para la mejora miofascial, realizando los ejercicios en casa. Ha disminuido el consumo de tabaco, 1-3 cigarrillo/día. Ya no precisa cannabis para dormir. Solo consume comida sana, baja en calorías; se ha adelgazado otros 5 kg, lo que ha contribuido a aumentar su autoestima. Reconoce que su sentimiento principal es la rabia y refiere que ahora la controla. Aunque los problemas del entorno familiar siguen siendo importantes, ha sustituido el consumo de cannabis por la práctica de *mindfulness* y ahora es capaz del volverlos a afrontar, en vez de evadirse.

El uso de la acupuntura para la regulación psicósomática, asociada a la práctica de MBSR para disminuir el estrés, ha permitido a esta paciente controlar la adicción al cannabis, sin precisar un nuevo ingreso hospitalario.

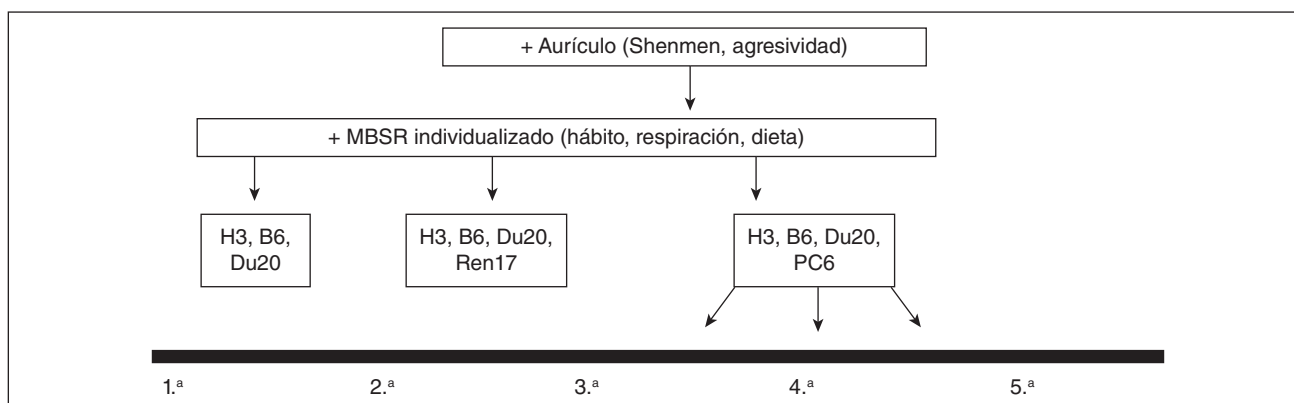


Figura 10.

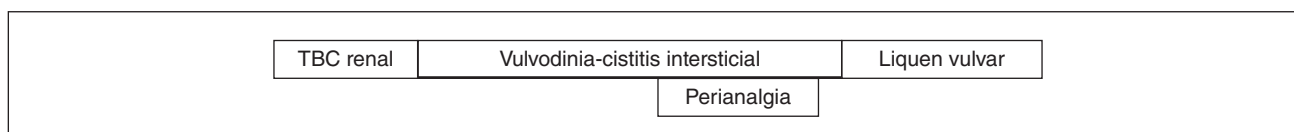


Figura 11.

## PACIENTE 5

Mujer de 67 años controlada en la Unidad del Dolor desde hace 10 años por perianalgia-vulvodinia. Durante su evolución ha recibido múltiples tratamientos que incluyen, gabapentina, lamotrigina, amitriptilina, escitalopram, tetrazepam (BZD). También se le han realizado diversos bloqueos diagnósticos-terapéuticos, que incluyen bloqueo ganglio impar, peridurales, etc., bloqueos de nervios periféricos nervio pudiendo bilateral (mejor tratamiento intervencionista), hasta un total de 10.

Antecedentes de cistitis-vestibulitis de larga evolución, desencadenada tras tuberculosis (TBC) renal, en tratamiento con BZD, tramadol en bajas dosis desde hace 13 años. La CLD (quemazón, escozor) debutó durante el tratamiento TBC renal, que se prolongó durante más de un año, tras periplo previo diagnóstico-terapéutico de más de dos años. Ha presentado en estos años crisis recurrentes de cistitis asépticas/cistitis intersticial periódicas, que agravan la clínica. Dos años asintomática, hace cuatro; es el máximo periodo intercrisis, que coincidió con la solución parcial de problemas en el entorno y el nacimiento de su único nieto. Tendencia a la rumiación; pensamientos parásitos que le alteran el sueño. Escala HAD 17/10.

En cuanto a fármacos, reconoce mejor tratamiento con gabapentina, retirada por su médico de cabecera,

y en cuanto a las BZD, confiesa no puede abandonarlas (lorazepam, diazepam, clonazepam). Hemos reintroducido la gabapentina como objetivo para retirar las BZD. Preocupada actualmente por probable diagnóstico de liquen escleroatrófico; pendiente de biopsia.

### Acepta iniciar tratamiento con acupuntura junto con *mindfulness* individual encaminado a disminuir el tratamiento con BZD.

#### Historia energética (Fig. 11)

Dolor a nivel vulvar, vaginal y anal que describe como quemazón, escozor en vulva y vagina y a veces en ano (asociado a alimentación, medicación).

OD según la MTC: síndrome complejo, se inició probablemente con constricción de Hun y estancamiento de Qi hígado, falta de estima, con factor estresante persistente que no se ha decidido a abandonar > 50 años, > 20 años sin relaciones sexuales. Tras menopausia (poca sintomatología) y con tendencia a calor humedad en Jiao inferior (litiasis renal y VB), aparece clínica de cistitis intersticial, periplo de dos años para diagnóstico, empieza a tratar con BZD, mejora hace dos años cuando nace el nieto y con bloqueos de nervio pudiendo que inerva vulva, vagina y región anal en periodos de corto plazo.

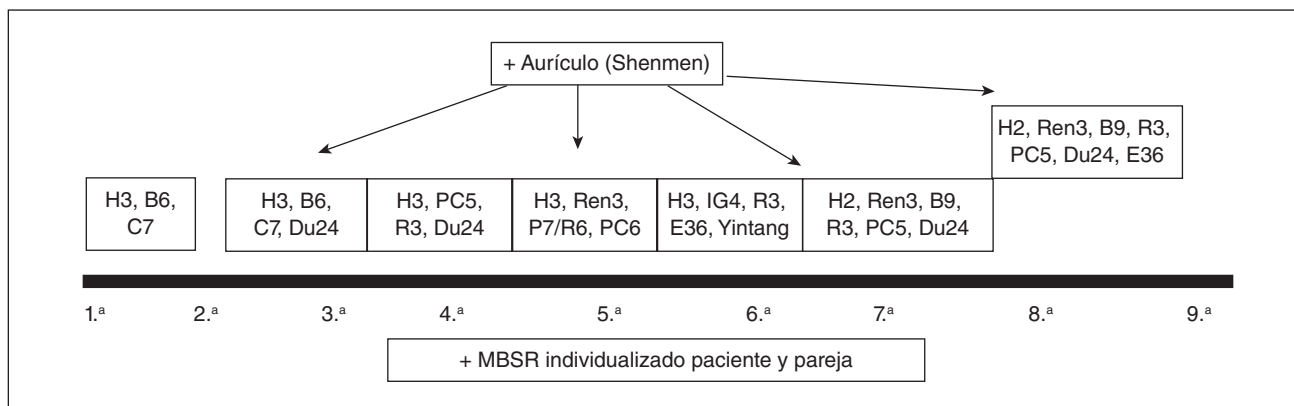


Figura 12.

Actualmente presenta deficiencia de Qi-Xue-líquidos en general, estancamiento de Qi hígado, fuego hígado, deficiencia secundaria de bazo, deficiencia Jing riñón, Yin/Yang riñón, deficiencia Xue y JinYe, calor por deficiencia/exceso en Jiao inferior, alteración secundaria relación hígado/corazón con dificultad a anclar el Shen.

### Tratamiento con acupuntura (Fig. 12)

La paciente ha sido sometida durante un periodo de dos meses a tratamiento con acupuntura y práctica de *mindfulness*, que actualmente practica con la pareja. Sigue presente estrés, probable diagnóstico de liquen vulvar, pendiente de realizar biopsia. Ha mejorado su nivel de dolor en cuanto a intensidad y área de dolor (EVA 5-6), descenso superior al 30% previo al tratamiento. Durante las tres últimas sesiones, refiere descenso del grado y área de dolor, que define como un «círculo que se reduce, coincidiendo con la punción de B9 derecho». Tras tratamientos con acupuntura, experimenta un estado de bienestar que no recuerda en años, y que tras cada sesión se ha hecho mayor. El escozor se ha trasladado a nivel perianal y lo reconoce como más tolerable. La clínica de sequedad no solo ha mejorado a nivel vaginal, sino también a todos niveles: bucal, ojos, nariz, piel...

En cuanto al insomnio, manifiesta que le ha costado reducir el tratamiento con BZD, aunque este era el pacto para iniciar la acupuntura. Está muy contenta; ahora solo precisa de una de ellas para dormir.

A nivel emocional, destaca la mejora de su autoestima, ya no tiene ideación de muerte. HAD actual 7/6. Ha mejorado la relación con la pareja, aunque

siguen «heridas abiertas», y así lo manifiesta. Insistimos en continuar la práctica de *mindfulness*. Manifiesta estar muy satisfecha con el tratamiento, «menos centrada ya en los diagnósticos», que hasta hace poco tiempo eran su motivo existencial. Reconoce que ha mejorado a nivel personal, está más segura de sí misma, más alegre, y disfruta otra vez de casi todo.

Actualmente en tratamiento farmacológico con tramadol 75 mg/12 h y gabapentina 300 mg/8 h. Retiradas las otras BZD, excepto clonazepam 0,5 mg/noche.

### PACIENTE 6

Mujer de 32 años, intervenida en 17 ocasiones por malformación arteriovenosa (MAV) cerebral (válvula ventrículo-peritoneal [VPP], Coleman, higroma abdominal). Síndrome ansioso en control por psicología. Vómitos en escopetazo, cefalea y mareos, motivo de reintervenciones para desobstrucción de la válvula (16 en total).

Consulta a CLD por cefalea frontal y lateral, pulsátil, que empeora antes de las comidas, insomnio de mantenimiento, diarreas (diagnóstico de colon irritable), bronquitis alérgica en la infancia, alergias (pulmón/intestino grueso). Primera regla a los 16 años, duración de tres días, cada 28 días. Prematura octomesina. Dolores musculares, friolera +++++. Se enfada con arrebatos.

Taquipsíquica, muy acelerada previo tratamiento con acupuntura en primera sesión. Controlada por psicólogo el área de dolor previo al primer tratamiento, trastorno de ansiedad HAD 17/13.

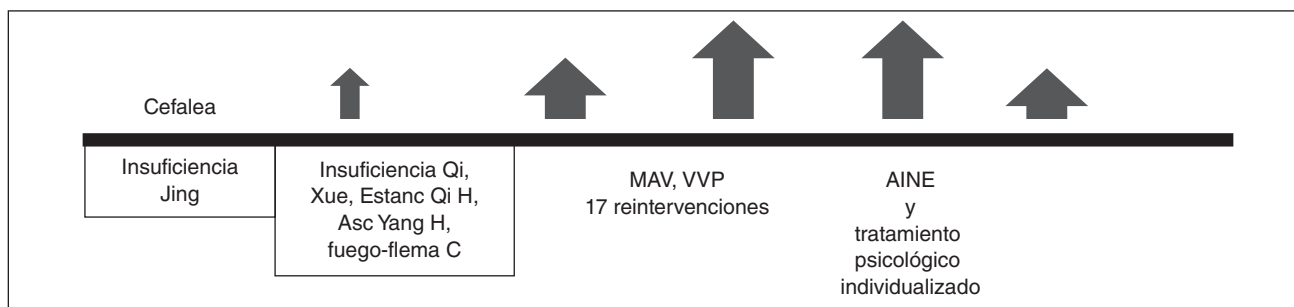


Figura 13.

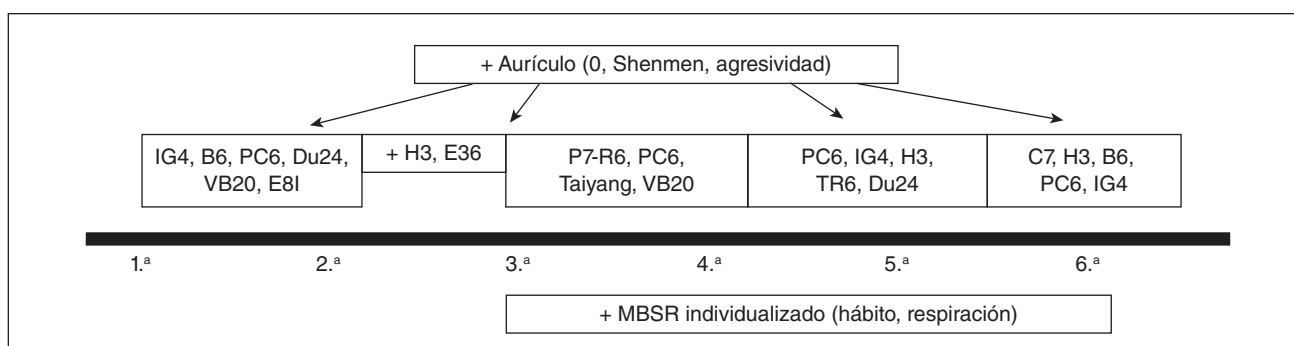


Figura 14.

## De entrada se indica tratamiento con acupuntura en la Unidad del Dolor.

### Historia energética (Fig. 13)

Destaca una cefalea frontal y en sien, pulsátil, que mejora con la presión y la ingesta, y empeora en decúbito, con insomnio de mantenimiento.

OD según la MTC: frío, vacío, insuficiencia Yin, insuficiencia de Qi bazo/estómago, ascenso Yang hígado, desequilibrio del Hun.

### Tratamiento con acupuntura (Fig. 14)

En esta paciente el tratamiento con acupuntura ha permitido la regulación de SNP con mejor control de la tensión arterial, ansiedad, control de las náuseas y vómitos secundarios; mejor ajuste circulatorio a través de la VPP. Se ha conseguido controlar las cefaleas con vómitos en escopetazo y crisis de cefalea con AINE y la práctica de *mindfulness*, iniciado en la tercera sesión de acupuntura. No ha requerido más intervenciones de desobstrucción de la VVP.

## PACIENTE 7

Mujer de 22 años, fumadora y estudiante de Magisterio.

Controlada en neurología y cirugía maxilofacial por episodios paroxísticos de dolor facial izquierdo lancinante, fasciculaciones e hipoestesia con recorrido trigeminal V2 y V3.

En tratamiento combinado con gabapentina 600 mg/8 h y oxcarbamazepina 200 mg/8 h, tramadol 50 mg/6 h.

Consulta en la Unidad del Dolor tras ingreso en urgencias por clínica de neurotoxicidad a anticomiciales. Se realiza ajuste de la medicación con rotación a pregabalina, amitriptilina, clonazepam, bloques periféricos extraorales V2, V3 y perfusiones endovenosas de lidocaína/ketamina. Evaluada por psiquiatría y psicología, se descarta enfermedad psiquiátrica.

Ingreso hospitalario a los seis meses del tratamiento por una nueva intoxicación medicamentosa. RM craneal normal; en la tomografía computarizada destaca granuloma periapical 37 endodonciado. EMG compatible con lesión trigeminal izquierda localizada a nivel del ganglio. Se descarta lesión autoinmune (negatividad antibodies antinuclear [ANA], extractable nuclear antigen [ENA], factor reumatoide

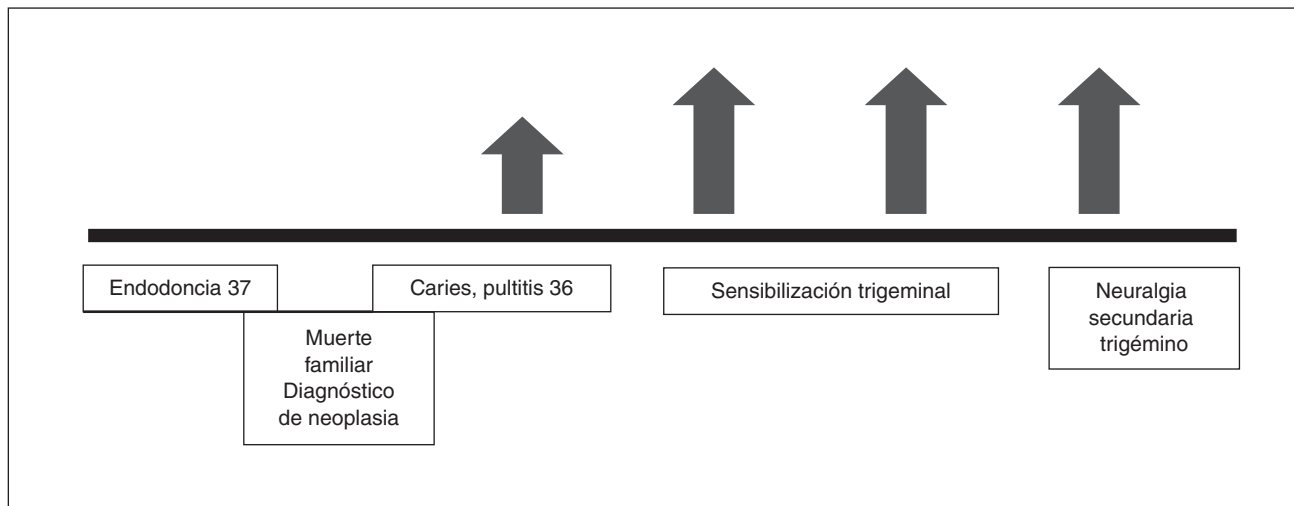


Figura 15.

[FR], anticuerpos anticardiolipina [aCL], proteinograma e inmunoglobulinas), esclerosis múltiple y síndrome de Engle (RM).

En tratamiento con opioides mayores de liberación rápida y lenta, lamotrigina, baclofeno y prednisona. Presenta lesiones orales compatibles con aftas/candidiasis.

Nueva consulta a la Unidad del Dolor. Se indica bloqueo diagnóstico ganglio de Gasser. Previa realización del procedimiento, la paciente presenta flemón en hemicara izquierda. Se realiza exodoncia 37 y legrado periapical, con diagnóstico de flemón odontogénico 36-37. Es dada de alta tras mes y medio de ingreso hospitalario.

**Tras ocho meses en tratamiento por la neuralgia del trigémino V2-V3, mal controlada con opioides mayores, un foco odontogénico aparentemente resuelto, sensibilización trigeminal presente, alta frecuentación de urgencias y presencia de comorbilidades a nivel odontológico y general, se indica una nueva evaluación en la Unidad del Dolor para el programa de acupuntura y *mindfulness*.**

### Historia energética (Fig. 15)

Continúa con dolor y descargas nerviosas en territorio trigeminal izquierdo V2 y V3, hipoestesia y cambios cutáneos tróficos en V2. Cinco o más episodios de dolor diarios de predominio vespertino nocturno. Astenia, pérdida de 10 kg de peso en un año, insomnio.

Antecedentes a los 16 años de tratamiento endodónico, no refiere clínica de pulpitis. Muerte súbita de familiar muy cercano, y probable diagnóstico de neoplasia en hermana, sucesos que se han desarrollado en el último año.

Lengua: sin CL, puntos rojos dispersos, cuerpo rojo.

OD según la MTC: insuficiencia de Yin con viento calor por deficiencia.

### Tratamiento con acupuntura (Fig. 16)

Evolución del tratamiento con acupuntura durante dos meses:

- Mejoría de la astenia, practica *running* a diario.
- Aumento ponderal de 5 kg de peso en un mes.
- Mejoría > 50% EVA, crisis menos frecuentes (1-2 mes).
- Ha pasado todos los exámenes, incluso con nota.
- Mejoría del sueño, duerme de un tirón.

En tratamiento actual odontológico (obturaciones, endodoncia 36, tratamiento peridontal), no motivo

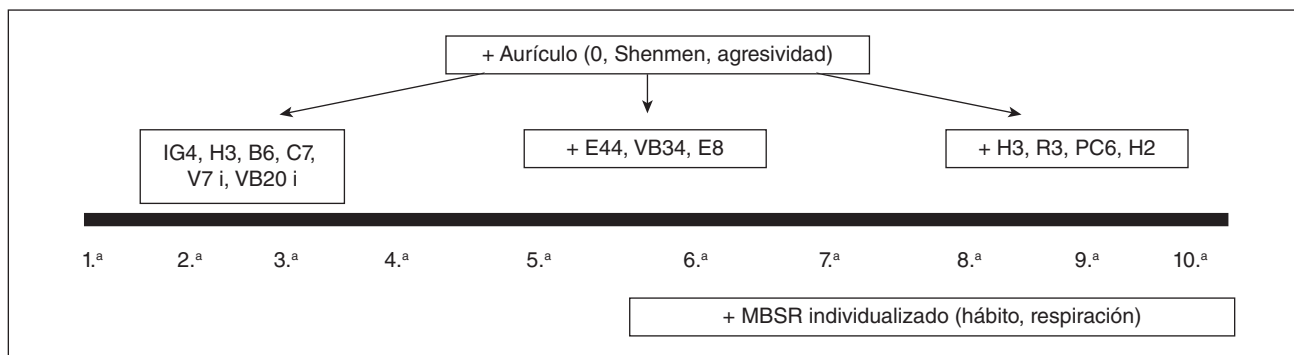


Figura 16.

desencadenante de crisis. Reconoce que las últimas crisis que ha tenido se relacionan con periodos estresantes durante los exámenes y alteración del ánimo.

Actualmente continúa la práctica del *mindfulness* por cuenta propia.

Dada de alta en la CLD.

## CONCLUSIONES PRELIMINARES

La asociación de tratamiento con acupuntura a la práctica individualizada del *mindfulness* ha resultado ser eficaz para el control a nivel psicosomático en pacientes con difícil manejo clínico del dolor: componente afectivo-emocional o trastorno ansioso-depresivo, escala HAD > 7, alteración entorno psicosocial, insomnio asociado, perfil adictivo presente.

Es por ello que creemos justificada la inclusión de ambos procedimientos para tratamiento individualizado en el organigrama de la Unidad del Dolor.

## AGRADECIMIENTOS

Al personal de la Unidad del Dolor, especialmente a Ana Ferrer, enfermera asistente terapeuta de *mindfulness*, por su colaboración en la programación, ejecución y seguimiento de los pacientes tratados.

A los pacientes, por su participación en el proyecto y la autorización de difusión de los datos aquí referidos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Melzack R, Stillwell DM, Fox EJ. Trigger points and acupuncture points for pain correlations and implications. *Pain*. 1877;3(1):3-23.
- Almeida RT, Duarte ID. Nitric-oxide/cGMP pathway mediates orofacial antinociception induced by electroacupuncture at the ST36 acupoint. *Brain Res*. 2008;1188:54-60.
- Harris RE, Zubieta JK, Scoot DJ, Napadow V, Gracely RH, Clauw DJ. Traditional Chinese acupuncture and placebo (sham) acupuncture are differentiated by their effects on mu-opioid receptors (MORs). *Neuroimage*. 2009;47(3):1077-85.
- Hammerschiag R, Zwickley H. Evidence-based complementary and alternative medicine: back to basics. *J Altern Complement Med*. 2006; 12:349-50.
- Lauche R, Cramer H, Häuser W, Dobos G, Langhorst J. A Systematic Overview of Reviews for Complementary and Alternative Therapies in the Treatment of the Fibromyalgia Syndrome. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015;2015:610615.
- Ritenbaugh C, Hammerschiag R, Dworkin SF, et al. Comparative effectiveness of traditional Chinese medicine and psychosocial care in the treatment of temporomandibular disorders associated chronic facial pain. *J Pain*. 2012;13(11):1075-89.
- Liu H, Li H, Xu M, Chung KF, Zhang SP. A systematic review on acupuncture for trigeminal neuralgia. *Altern Ther Health Med*. 2010; 16(6):30-5.
- Kim JJ, Lee MS, Lee D-H, Boddy K, Ernst E. Cupping for treating pain: a systematic review. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2011;467014.
- Collazo E, Muñoz-Reina MD, Aragonés MA, Gómez F. Estudio prospectivo aleatorizado para valorar procedimientos terapéuticos de la medicina tradicional china en el elivio del dolor y mejora de la calidad de vida. *Rev Int Acupuntura*. 2014;8(4):121-8.
- Sarsina PR, Alivia M, Guadagni P. Traditional, complementary and alternative medical systems and their contribution to personalization, prediction and prevention in medicine: person-centred medicine. *EPMA J*. 2012;3:15.
- González-González R, Davila-Hernández A, Santana-Portillo JA. Investigación clínica y básica de acupuntura en depresión en los últimos 5 años. *Rev Int Acupuntura*. 2015;9(4):107-18.
- Vereategui-Escolano. Eficacia de la acupuntura para el insomnio primario: ensayo clínico controlado aleatorio. *Rev Int Acupuntura*. 2015;9(2):73-5.
- Davila-Hernández A, González-González R, Linangxiao Ma, Xin Niu. Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión. *Rev Int Acupuntura*. 2016;10(1):9-15.
- Muñoz-Ortego J, Solans-Domènech M, Carrion C. Medical indications for acupuncture: Systematic review. *Med Clin (Barc)*. 2016;147(6):250-6.
- Carter K, Oishan-Perlmutter M. Impulsivity and Stillness; NADA, Pharmaceuticals and Psychotherapy in Substance Use and Other DMS 5 Disorders. *Behav Sci (Basel)*. 2015;26(4):537-46.
- Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based interventions for chronic pain: a systematic review of the evidence. *J Altern Complement Med*. 2011;17(1):83-93.
- Cramer H, Haller H, Lauche R, Dobos G. Mindfulness-based stress reduction for low back pain. A systematic review. *BMC Complement Altern Med*. 2012;12:162.
- Brotto LA, Krychman M, Jacobson P. Eastern approaches for enhancing women's sexuality: mindfulness, acupuncture and yoga (CME). *J Sex Med*. 2008;5(12):2741-8