

**ACUPUNTURA PREOPERATORIA PARA PREVENCIÓN DE
NAUSEAS Y VÓMITO POSTOPERATORIO EN MUJERES DE
CIRUGÍA ABDOMINOPELVICA**

ORLANDO ALBERTO ESCAMILLA ANGULO

Código 597982

Director

JAVIER ESLAVA SCHMALBACH

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE MEDICINA

MAESTRIA MEDICINA TRADICIONAL CHINA Y ACUPUNTURA

BOGOTÁ, d.C.

2009

TABLA DE CONTENIDO

1. PROBLEMA	3
2. JUSTIFICACION	5
3. OBJETIVOS	9
3.1 Objetivos Generales	9
3.2 Objetivos Específicos	9
4. MARCO TEORICO	11
4.1 Fundamentos	11
4.2. Anestesia cirugía y NVPO	15
4.3. Factores de riesgo y tratamiento	18
4.4 Receptores y Manejo farmacológico	21
4.5 Costo.....	25
4.6. Acupuntura y NVPO	26
5. HIPOTESIS.....	38
5.1 Hipótesis Nula.....	38
5.2 Hipótesis Alterna	38
6. DISEÑO METODOLOGICO PRELIMINAR.....	38
7. CONSIDERACIONES ÈTICAS	42
8. DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES.....	44
8.1 Variables Desenlace	44
8.2 Variables Independientes	44
9. TAMAÑO DE LA MUESTRA	46
10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	48
11. PRESUPUESTO.....	49
12. GLOSARIO.....	50
BIBLIOGRAFIA.....	51
ANEXO 1	58
ANEXO No 2	59
ANEXO No 3	61
ANEXO No 4	64

1. PROBLEMA

El aumento de la cirugía programada para diferentes situaciones patológicas es un hecho común, así mismo lo es la presentación de situaciones adversas concomitantes que van desde las inocuas hasta las que complican la natural evolución del postoperatorio. Entre dichas complicaciones está la aparición de náusea y vómito postoperatorio (NVPO), situación esta que se vive a diario en el ejercicio profesional, y que ha sido descrita ampliamente por muchos investigadores. (1, 2, 3, 4).

Con la presentación de eventos adversos, específicamente de NVPO y situaciones por ellas facilitadas (dehiscencia o aumento de tensión sobre la sutura, dolor incisional, evisceración, broncoaspiración, formación de hematoma, ruptura esofágica, neumotórax bilateral) se altera, no solo la situación clínica de los pacientes sino que además representan un aumento en los gastos de atención por los medicamentos empleados en su manejo, mayor permanencia en recuperación, discomfort del paciente.

Por otra parte, la acupuntura es una disciplina que ha ayudado a resolver con efectividad muchos problemas en la práctica clínica y es de gran ayuda en el manejo de la náusea y el vómito. (1,2 5).

Se realizó búsqueda por internet, en la base de datos PUBMED empleando como palabras clave ACUPUNCTURE AND PONV (náusea y vómito postoperatorio por sus siglas en inglés), encontrando que se han publicado 124 artículos asociando la acupuntura al manejo del NVPO. (5, 6, 7). Se incluyeron los que por fecha reciente de su publicación o disponibilidad electrónica o física eran accesibles. Sin embargo se encuentran tópicos que debilitan los estudios como el bajo número de pacientes reclutado en algunos de ellos, no cumplir con los principios en los que se basa la acupuntura china,

y el empleo casi exclusivamente de un punto (Neiguan, PC 6) en la casi totalidad de los mismos. La repetición de la búsqueda orienta a los mismos artículos que se mencionarán en el transcurso de este estudio.

A medida que la medicina china y en especial la acupuntura han ido permeando occidente, se ha venido evaluando su efectividad desde el método científico. Se propone teniendo esto en cuenta, evaluar la efectividad de la acupuntura en el manejo de NVPO en pacientes adultas llevadas a cirugía abdominopélvica programada, bajo anestesia general o regional, no obstétrica, empleando puntos diferentes a Neiguan (Pericardio 6, PC 6) o incluyéndolo de ser necesario, siguiendo los parámetros de individualización del paciente y no como un punto general. Lo anterior teniendo en cuenta que para hacer una adecuada acupuntura al igual que en la medicina convencional, se debe hacer interrogatorio, examen físico, observar la lengua, tomar los pulsos y emitir un diagnóstico sindromático, eligiendo unos puntos que debido a su acción particular están indicados para la situación vivencial específica del paciente, en forma preoperatoria. Se hará la comparación con el manejo convencional (corticoides, fenotiazinas, antagonistas 5-HT₃) en pacientes de un tercer nivel de atención.

El objetivo central del presente trabajo de investigación es determinar si haciendo un diagnóstico sindromático desde el punto de vista de la MTC (Medicina Tradicional China), y empleando los puntos principales recomendados para cada situación particular, preoperatoriamente, se modifica la presentación de casos de náuseas y vómitos postoperatorios en mujeres llevadas a cirugía abdominopélvica. Esto, partiendo del punto que un síntoma es causado por muy diversas patologías y la estimulación de los mismos puntos en todas las circunstancias clínicas no dará el resultado clínico esperado en todos los casos.

2. JUSTIFICACION

La presencia de náusea y vómito postoperatorio pueden presentarse en forma constante (20 – 30%) (1, 6, 8) llegando a 70 - 80% en pacientes de alto riesgo. Se ubica entre las primeras ocho causas de preocupación en pacientes llevados cirugía superados por el dolor postoperatorio y temor al despertar transoperatorio. (9).

La acupuntura aporta una mayor visión para la comprensión de las causas y el manejo de NVPO ya que se brinda una explicación a partir del contexto energético global desde donde aprecia al individuo como un todo, y en donde situaciones locales que a primera vista no se relaciona con las manifestaciones clínicas, dan otras luces al manejo.

Para el manejo de NVPO, se han empleado un sinnúmero de medicamentos, con diferente índice de mejoría e incluso variado rango de satisfacción de la misma medicación según el estudio realizado. Lo cierto es que no hay ningún medicamento en el momento que sea efectivo en la totalidad de los pacientes para la prevención de NVPO. En una aproximación multimodal para el manejo de NVPO en pacientes llevadas a laparoscopia ambulatoria con un algoritmo consistente en anestesia total intravenosa con remifentanil y propofol, no uso de óxido nitroso, no uso de bloqueadores neuromusculares, hidratación intravenosa agresiva (25 ml/kg), triple profilaxis antiemética (ondansetron 1 mg, droperidol 0,625 mg y dexametasona 10 mg) y ketorolaco 30 mg donde el grupo control incluía anestesia balanceada estándar con o sin profilaxis con ondansetron 4 mg, obteniéndose una tasa de respuesta de no NVPO ni rescate antiemético en el grupo de manejo multimodal en 98% de los casos antes de la salida, comparado con un 7% en el grupo de ondansetron y con un 22 % en el grupo placebo. (10).

La implementación de esquemas semejantes de manejo resultaría costoso para la mayoría de las instituciones de salud en el país, por lo que la acupuntura ofrece un

manejo más económico al emplear agujas desechables con un costo ínfimo, debiéndose tener únicamente personal capacitado en acupuntura para su ejecución.

El mismo autor encontró que en pacientes de bajo riesgo para NVPO, los que recibieron profilaxis (ondansetron 4 mg) tenían más bajos escores de satisfacción, con mayor incapacidad para realizar las actividades diarias que los pacientes sintomáticos tratados para NVPO por lo que se aconseja la profilaxis solo en paciente con alto riesgo de NVPO. (11).

El hecho del mayor contacto personal, preguntar por situaciones que convencionalmente no se da importancia en la medicina convencional, el mayor rapport que se logra, la dedicación de mayor tiempo entre otros son factores que aumentan el grado de satisfacción de los pacientes cuando se emplea la acupuntura y otras medicinas complementarias.

Otro punto para tener en cuenta es que entre los efectos adversos de la NVPO están: La deshidratación, aumento de la tensión en las suturas, aumento del riesgo de broncoaspiración, de la presión intraabdominal, alteraciones electrolíticas, disminución del retorno venoso, aumento del dolor postoperatorio, aumento de los costos por reentrada o aplazamiento de la salida (12). La práctica inocuidad que se tiene con la acupuntura permite aplicarla en una amplia gama de escenarios clínicos. Es así que puede emplearse en situaciones como la prevención de NVPO en forma única o adicionalmente a paciente manejados farmacológicamente cuando los mismos han fallado.

La acupuntura se ha venido empleando en el manejo de esta complicación del paciente en el postoperatorio. Se han realizado estudios empleando principal y casi exclusivamente el punto denominado Neiguan, (PC 6) obteniendo con ello, buenos resultados sin los efectos secundarios de los medicamentos empleados en la actualidad. En algunos

contextos clínicos sus resultados son paradójicos, por ejemplo se ha encontrado que es efectivo solo para reducir las náuseas pero no el vómito en pacientes llevados a laparoscopia. (13).

Otros estudios (14) muestran que se disminuye NVPO de 64% a 24% en pacientes después de corrección de estrabismo usando los puntos Tianzhu (V 10), Dazhu (V 11), Yanglingquan (VB 34), fallando PC 6 para prevenir NVPO posterior a cirugía de estrabismo. (15). Los puntos mencionados según la acupuntura china, influyen sobre el área ocular teniendo la capacidad de disminuir la intensidad de los impulsos neurológicos parasimpáticos originados en dicha área y que desencadenarían NVPO. Así mismo el canal de pericardio no tiene representación topográfica a dicho nivel por lo cual no influiría la manipulación del mismo en la presentación de NVPO en cirugía ocular.

La anterior investigación explicaría en parte porque la acupuntura puede fallar en su aplicación cuando no se siguen criterios de fondo para su uso, requiriéndose personal capacitado para el abordaje correcto del paciente. Se amplía la frontera investigativa por la necesidad de buscar las combinaciones más adecuadas de puntos (se manejaría el desequilibrio energético previo? Será mejor tonificar al órgano afectado o manipulado? Es mejor tratar el área topográfica a ser intervenida?). Preguntas ante las cuales y por el desarrollo de nuevos paradigmas la acupuntura aun no tiene una posición definida.

De criticar en estos estudios es el empleo de solo un par de puntos de acupuntura (PC 6) en circunstancias donde hay movilización de vísceras, corte, ligadura, tracción peritoneal, empleo de medicamentos proemetizantes, y un gran número de situaciones muy complejas para la fisiología, amén del estado mórbido previo del paciente. No se emplean asimismo puntos acupunturales relacionados para la patología a manejar, ni que tengan influencia sobre el área quirúrgica a intervenir, perdiéndose así la oportunidad de aplicar los principios de la visión que la MTC brinda al paciente.

Aunque no se conoce exactamente cómo actúa la acupuntura, uno de los mecanismos propuestos para la reducción de NVPO, sería vía liberación endógena de beta endorfina en el líquido cefalorraquídeo por un cambio en la vía de activación transmisión de la serotonina de fibras serotoninérgicas y noradrenérgicas (16).

Con la implementación de leyes que facilitan la inclusión de medicinas alternativas en el Sistema de Salud, este tipo de trabajos abre la posibilidad de que los pacientes conozcan la existencia de las mismas, tengan la posibilidad de utilizarlas, las desmitifican, comparan sus riesgos y beneficios, en fin ayudan al paciente a empoderarse de su salud.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos Generales

Evaluar la efectividad de la terapia acupuntural preoperatoria empleando puntos locales y distales, en la prevención de NVPO en pacientes llevadas a cirugía abdominopélvica programada comparada con la terapia convencional.

3.2 Objetivos Específicos

1. Describir las características principales de las pacientes incluidas en ambos grupos.
2. Describir la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de NVPO en las pacientes de ambos grupos.
3. Describir los tipos de cirugía y variables del manejo intraoperatorio en las pacientes de ambos grupos.
4. Evaluar la incidencia de náusea y vómito postoperatorio en pacientes llevados a cirugía intraperitoneal en ambos grupos.
5. Describir la presentación de eventos adversos en las pacientes de ambos grupos.
6. Describir el nivel de satisfacción con la recuperación de la anestesia en las pacientes de ambos grupos.
7. Describir los costos totales de los insumos de anestesia y recuperación en las pacientes de ambos grupos.
8. Comparar la intensidad del dolor entre ambos grupos.
9. Comparar la efectividad de la prevención de NVPO en ambos grupos, ajustando por posibles factores de confusión.

10. Analizar la presentación en forma comparativa de las complicaciones que puedan presentarse en ambos grupos.

4. MARCO TEORICO

4.1 Fundamentos

Las áreas del vómito en el sistema nervioso central incluyen el centro emético, el núcleo del tracto solitario, área postrema y zona gatillo quimiorreceptora. Fisiopatológicamente las náuseas y vómito se originan cuando uno o varios estímulos de diversas características (psicológicas, visuales, térmicas, quirúrgicas), llega al centro del vómito, localizado en el bulbo raquídeo. Otra fuente de estímulos aferentes es la zona quimiorreceptora en el área postrema adyacente al piso del cuarto ventrículo, la cual está bien vascularizada y sin barrera hematoencefálica, siendo estimulada directamente de forma química por el líquido cefalorraquídeo o sangre y enviando las señales de activación al centro del vómito. El bloqueo de los receptores en esta zona es la estrategia más importante en el desarrollo de antieméticos. Otra vía incluye señal cerebral cortical (vómito aprendido).

La secuencia del vómito inicia con una inspiración profunda, movimientos antiperistálticos y aumento de la salivación; cierre de glotis para evitar broncoaspiración y relajación del cardias. Continúa con contracción de la musculatura del tórax y pared abdominal con presentación del vómito. Se puede clasificar la respuesta en dos tipos:

Mediada por el sistema autonómico, desarrollándose reacciones vagales que acompañan las náuseas y el vómito

Mediada por nervios somáticos que van a músculos estriados de la respiración y pared abdominal.

Hay alrededor de 40 neurotransmisores asociados al vómito pero los receptores principales son los serotoninérgicos, muscarinico, dopaminérgicos, opioides, histaminérgicos sobre los cuales actúan los medicamentos antieméticos

Las causas posibles incluyen:

Digestivas: Esofagitis, enfermedad ácido péptica, colelitiasis, colecistitis, obstrucción parcial o total del tracto digestivo, irritación y distensión peritoneal, retardo en el vaciamiento gástrico.

Neurológicas: Patología vestibular como laberintitis, síndrome de Ménière, cinetosis. Otras como patología expansiva intracraneal, migraña, crisis hipertensiva.

Endocrino: Metabólicas como uremia, cetosis, diabetes.

Medicamentosa: Opioides, aines, óxido nítrico.

Quimioterapia y radioterapia.

Asociada a otros cuadros clínicos: Peritonitis, cardiopatías, trauma, cólico renal.

Postoperatorio.

Dentro de la concepción de la Medicina Tradicional China la energía se mantiene en movimiento en el cuerpo, gracias a la función de los órganos internos. En el caso específico del proceso digestivo, los órganos directamente relacionados con los movimientos de la energía son el estómago y el hígado.

El estómago hace descender y de esta forma asegura que los alimentos pasen a los intestinos para continuar con la digestión. El hígado a su vez cumple con la función de asegurar el flujo libre y armónico de la energía en todo el cuerpo, esta función cuando se cumple de forma adecuada se manifiesta:

En lo emocional: La persona está emocionalmente equilibrada.

En la digestión: Ayudando a que el estómago cumpla su función de descenso.

Se considera que la principal causa de Qi rebelde es el estancamiento de Qi de hígado, entre otras causas se encuentran la deficiencia en el Qi del estómago.

Las principales causas de estancamiento de Qi de hígado son los problemas emocionales y tal vez sea la única. La frustración, cólera reprimida o el resentimiento bloquean la circulación, el qi no circula uniformemente, se bloquea y estanca a nivel hepático.

Los principales síntomas y signos de estancamiento de Qi de hígado van desde síntomas físicos con sensación de distensión que predomina sobre el dolor a nivel de los hipocondrios, suspiros e hipo hasta manifestaciones emocionales fluctuantes como depresión, melancolía, humor inestable o cambios del estado emocional. Síntomas de ataque del hígado al estómago evidenciado por náuseas, vómito, dolor, pérdida del apetito, eructos; también puede haber ataque al bazo con diarrea y borborismos que corresponde a estancamiento del qi de hígado en los intestinos. Un signo típico es la sensación de tener un hueso de ciruela en la garganta que aparece y desaparece a través del tiempo según el estado emocional de la persona, sensación de no poder tragar o de nudo en la garganta. Por último alteraciones en el útero con menstruaciones irregulares, dolorosas, con tensión premenstrual y distensión en los senos.

Las principales causas de deficiencia de Qi de estómago son la alimentación deficiente por dietas estrictas o cualitativamente malas; también puede ser causada por una enfermedad crónica que debilita el qi en general.

Los principales síntomas de deficiencia de Qi de estómago son: Molestias a nivel epigástrico, falta de apetito, pérdida de gusto, heces blandas, fatiga especialmente matinal, debilidad de extremidades, pulso vacío en la posición de estómago.

De acuerdo a esto, el flujo de Qi en sentido contrario a su normal dirección se denomina Qi rebelde y es el responsable de aparición de síntomas tales como la náusea y el vómito, y son el producto de una disfunción del estómago y el hígado.

Clínicamente puede presentarse vómito inmediato ante cualquier tipo de ingesta o vómitos ácidos fáciles, dispepsia o aversión a la comida, eructos de olor alimentario, dolor epigástrico que desaparece después del vómito, pirosis, temor al frío, meteorismo, anorexia, hipersialorrea, pulso resbaladizo, lengua con saburra gruesa y viscosa.

En términos generales los vómitos son la manifestación de un qi rebelde de estomago o en contracorriente, pudiéndose clasificar así:

Vómito de alimentos sin gusto ácido ni sabor nauseabundo: frío de estómago.

Vómito de alimentos con gusto ácido y olor nauseabundo: estancamiento de alimento en el estómago.

Vómito de líquido claro y fluido, a veces espumoso: frío

Vómito de bilis con gusto amargo: calor patógeno o humedad-calor del hígado y vesícula biliar.

Vómito de líquido claro acompañado de sequedad de la boca sin deseo de beber y opresión del pecho: tan yin, el bazo pierde sus funciones de transporte y transformación, las flemas se acumulan en el estómago

Hematemesis: Calor que daña los vasos del estómago o fuego de hígado que ataca estómago.

Hematemesis: De sangre púrpura u oscura: estasis de sangre, la sangre no puede continuar circulando por los vasos.

Vómito de pus y de sangre: Absceso de estómago

Los medicamentos empleados en anestesia, por los efectos que producen, se interpretan desde la MTC como causantes de desarmonías en el mecanismo de circulación del Qi, afectando los zang – fu.

El punto central en aparición de NVPO sería la incompetencia para lograr que la energía circule en la dirección adecuada y en últimas hacia dónde va la energía, va la materia. Se busca con la manipulación energética, llevar esa energía a su cauce normal, eliminar alguna obstrucción al normal flujo, aumentarla o disminuirla.

En el fondo ya sea en forma farmacéutica o acupuntural tal vez el objetivo en ambos tipos de enfoques sería mejorar el peristaltismo, la función impulsora o parasimpática del tracto digestivo con un tono esfinteriano adecuado para llevar el contenido intraluminal en una dirección preestablecida y evitar así los movimientos antiperistálticos que en últimas se entiende como qi rebelde o en contra corriente.

4.2. Anestesia cirugía y NVPO

En el ámbito perioperatorio encontramos que una causa frecuente de NVPO es la hipotensión, la cual desencadena hipoxia del tallo estimulando así el centro del vómito. El tejido intestinal es metabólicamente activo con pobre tolerancia a periodos cortos de hipoxia e isquemia la cual dispara la liberación de serotonina que es un emetizante potente (17).

Otros posibles desencadenantes de NVPO incluyen: Ansiedad, hipovolemia, estimulación vagal, dolor, hipoxemia, uso de ciertos fármacos proemetizantes (Los opioides y la neostigmina aumentan la salivación, disminuyen el tono del esfínter esofagogástrico y retarda el vaciamiento gástrico).

No todos estos factores mencionados actúan coordinadamente, en forma secuencial a través del tiempo ni utilizan la misma vía neurológica para lograr su cometido con la consecuente incapacidad de los antieméticos para bloquear dichos estímulos en su totalidad.

La NVPO constituye una complicación frecuente. Su tasa de incidencia varía entre 20 - 30 % en algunos artículos (12) al 80% en pacientes de alto riesgo en otros estudios (1, 9, 12). Es un fenómeno transitorio constituyéndose ocasionalmente en el fenómeno desagradable más memorable, a veces mayor que el dolor. La gravedad del mismo es variable dependiendo de un sinnúmero de factores y es causa de hasta un 2% de reingresos. Se describirá sucintamente los factores que influyen de manera general y particular en el contexto de la aparición de náuseas y vómito postoperatorio.

Entre los factores dependientes del paciente que favorecen la presentación de NVPO están:

Patologías previas: Al parecer una historia de migraña y el tipo de cirugía solo influyen sobre la náusea (26). La fase del ciclo menstrual en el que halla la paciente a pesar de la importancia que se le dio en otros tiempos, fue desvirtuado. (24).

Edad: Se presenta frecuentemente en menores de edad, con un pico entre los 11 y 14 años, ocurriendo del 13 al 42% de todos los pacientes pediátricos llevados a cirugía (18), es más frecuente después de cirugía de amígdalas (deglución de sangre), estrabismo (especialmente si es bilateral), cirugía de oído (estimulación laberíntica, ótica, vestibular). Es de dos a tres veces menor en hombres que en mujeres, no se observa diferencias en mayores de 70 años (19).

Estado emocional: Se presenta más en pacientes ansiosos, posiblemente por mayor aerofagia. (19).

Tono autonómico: La gastroparesia (alteraciones musculares, esclerodermia, insuficiencia renal, hipotiroidismo, embarazo, íleo, estenosis pilórica, DM 2) aumenta la probabilidad de presentación de NVPO (20).

Es de anotar que el índice de masa corporal aumentado no influye en su presentación (20), y el tabaquismo disminuye la frecuencia de aparición de NVPO hasta 3 veces en los fumadores (19, 21).

Entre los factores dependientes de la cirugía encontramos:

Tipo de cirugía: En adultos se describe que la cirugía intraabdominal (70%) predispone más que la laparoscopia ginecológica (53%).

Edad: En niños donde la causa más frecuente de náuseas y vómito postoperatorio es el estrabismo (55 – 97%) comparada con la orquidopexia (50%) (19, 22, 23).

Manipulación: La incidencia en cirugía periférica y superficial es muy pequeña (10%) (19, 22, 23).

Entre los factores dependientes de la anestesia:

Estado hídrico: La incidencia de NVPO no es afectada por el volumen de líquidos intravenosos. La aspiración gástrica pre operatoria a través de tubo oro gástrico aumenta la presentación de NVPO. (25).

Tipo de anestesia y medicamentos: Es mayor con la anestesia general o balanceada comparada con la anestesia regional o anestesia intravenosa total (TIVA) (22, 23). Igualmente es mayor con el uso intraoperatorio de isoflurano, fentanyl, glucopirrolato, morfina .(1). Bien conocido es el efecto proemético del óxido nitroso debido a la distensión que produce en la luz de las vísceras y otras estructuras con la consiguiente estimulación vagal (19, 23). Influye también del uso de ciertos medicamentos: siendo mayor cuando se emplea opioides y neostigmina (mayor de 2,5 mg) y menor con el uso de propofol, benzodiacepinas o con el consumo previo de antieméticos, el propofol es de las drogas más efectivas en la prevención de NVPO precoz (1, 22).

Experiencia: Determina el mejor empleo de medicamentos y por lo tanto en la presentación de náuseas y vómito (19, 23).

Tiempo anestésico: Procedimientos largos incrementan el riesgo de NVPO al 60% cada 30 minutos por lo que un riesgo basal del 10% aumentaría al 16% pasados 30 minutos (22).

Uno de los principales estudios de referencia en NVPO es el de APFEL Cols, (27) donde los factores determinantes para NVPO fueron género femenino, historia de náuseas asociado a movimiento o NVPO, no fumadores y uso de opioides para el control del dolor postoperatorio fue de 10, 21, 39, 61 y 79 % cuando no estaban presente, había uno, dos, tres o cuatro factores de riesgo presente.

APFEL y cols no encontraron que el tipo de cirugía sea un factor de riesgo independiente para NVPO y más bien está relacionado con pacientes de alto riesgo (6). El mismo autor encontró que la ventilación con mascarilla facial durante la inducción anestésica y el uso profiláctico de una sonda nasogástrica para aspiración gástrica peroperatoria, no afectan la incidencia de NVPO (28). El mismo autor encontró además que el uso de remifentanil no disminuía la aparición de NVPO y si aumentaba la presentación de hipotensión que requería el uso de agentes vasoactivos (29).

4.3. Factores de riesgo y tratamiento

La guía de actuación empleada actualmente para el manejo de la NVPO se divide en:

- Estratificación del riesgo de sufrir NVPO.
- Reducción de los factores de riesgo basal para sufrir NVPO.
- Profilaxis sólo en pacientes de alto riesgo para NVPO y considerarla en riesgo moderado.
- Conducta terapéutica a seguir en pacientes con NVPO que no han recibido profilaxis o en los que ésta no ha sido efectiva.

Estratificación del riesgo.

La clasificación de APFEL et al (6) es la empleada más frecuentemente, tiene cuatro factores de riesgo determinantes para NVPO:

Género femenino.

Historia de náuseas asociado a movimiento o de NVPO previas.

Tabaquismo: No fumadores.

Uso de opioides para el control del dolor postoperatorio.

Esta escala surgió de una previa dada por Koivuranta et al (6) quien proponía iguales factores de riesgo pero no tenía en cuenta el antecedente de cinetosis, pero si considera como factor predisponente una duración de cirugía mayor de 6 horas.

Se da un punto ante la presencia de alguno de ellos, los cuales condicionaban un riesgo de 10, 21, 39, 61 y 79 % para la presentación de NVPO si se estaba ante una situación basal a la presencia de uno a cuatro factores de riesgo, haciéndose la aproximación a 10, 20, 40, 60 y 80% respectivamente. Se estratifica al paciente según el riesgo de presentación de NVPO de la siguiente manera:

Riesgo basal	0 puntos	10%
Riesgo bajo	1 punto	20%
Riesgo moderado	2 puntos	40%
Riesgo alto	3 puntos	60%
	4 puntos	80%

Reducción de los factores de riesgo basal para NVPO.

Se estudió la incidencia de NVPO ante la presencia del riesgo cuando se realiza intervención (Acciones antieméticas: Dexametasona, ondansetron, droperidol, anestesia intravenosa total (AIVT)), hallando que se da una disminución relativa del riesgo del 26 % (29). La politerapia sólo está indicada en pacientes con alto riesgo de sufrir NVPO.

Incidencia estimada de NVPO (intervenciones)

Riesgo Basal	1	2	3	4
10%	7%	5%	4%	3%
20%	15%	11%	8%	6%
40%	29%	22%	16%	12%
60%	44%	33%	24%	18%
80%	59%	44%	32%	24%

Las estrategias para disminuir el riesgo basal son:

Uso de anestesia regional (IVA).

Evitar estímulos emetizantes:

Óxido nitroso (IIA).

Anestésicos inhalatorios (IA).

Etomidato y Ketamina (V).

Minimizar:

Uso de opioides intraoperatorios (IIA) y postoperatorios (IVA).

Uso de neostigmina (IIA). No usar >2,5 mg en adultos (V).

Considerar:

Anestesia endovenosa total con propofol (IA).

Hidratación adecuada (IIIA), sobre todo con coloides (IIIA).

Uso de oxígeno suplementario en intraoperatorio (FiO₂=0,8) (IIIB).

Ansiolisis con benzodiazepinas (IIIB).

Técnicas no farmacológicas p. ej: acupuntura (IIA)

Agonistas alfa 2 adrenérgicos p. ej: clonidina (IIIA) (6)

Recomendación para profilaxis

No se da profilaxis farmacológica si el riesgo es bajo.

Se valora su administración si el riesgo es moderado con uno o dos medicamentos.

Se hará profilaxis siempre que el riesgo sea alto con dos o tres medicamentos.

Ondansetron, dexametasona y droperidol disminuyen cada uno por separado el riesgo relativo de presentar NVPO en un 26 % (6)

Conducta terapéutica a seguir en pacientes con NVPO que no han recibido profilaxis o en los que ésta no ha sido efectiva.

Terapia inicial	Tratamiento de rescate	Nivel de evidencia
No profilaxis o dexametasona	Ondansetron 1 – 4 mg	IIA
	Dexametasona 2 -4 mg	V
Ondansetron + Dexametasona	Antiemético de clase diferente	IVB
Ondansetron + otros dos agentes	No repetir terapia inicial	IA
Cuando NVPO <6 h POP	Usar antiemético diferente	IVB
Ondansetron + otros dos agentes	Propofol 20 mg	IIIA

4.4 Receptores y Manejo farmacológico

Hay por lo menos cuatro grupos de sistemas receptores involucrados en la etiología del NVPO y consecuentemente cuatro grupos principales de medicamentos antieméticos (6, 27).

Anticolinérgicos (muscarínico): Atropina, hioscina, escopolamina.

Es el grupo más antiguo empleado para el manejo de NVPO, la escopolamina es más potente y efectiva en mareos por movimiento, enfermedad del oído medio, contrarrestando la acción de los opioides, posterior a cirugía de fosa posterior. Los efectos secundarios incluyen retención urinaria, visión borrosa, sequedad de mucosas, sedación. Contraindicado en glaucoma de ángulo estrecho.

Dopaminérgicos (D2 antagonista): Benzamidas, Fenotiazinas, Butirofenonas, Domperidona.

Benzamidas: Metoclopramida. Presenta un doble mecanismo de acción, antiemético (central) y procinético (periférico). El efecto principal antiemético se produce a través del bloqueo central dopaminérgicos D2 y a dosis muy altas un efecto periférico leve mediante el bloqueo 5-HT3 y también a través de la activación de los receptores 5-HT4 que favorece la liberación de acetilcolina. Las indicaciones habituales son, embarazo, postanestesia, quimioterapia, radioterapia, gastroparesia diabética, pos vagotomía, infecciosa, enfermedad endocrina, etc. La metoclopramida es inefectiva contra las náuseas y el NNT para prevenir vómito tardío fue de 10.

Fenotiazinas: El mecanismo de acción es central mediante el bloqueo dopaminérgicos D2, muscarínicos M1 y antihistamínico H1 (excepto las butirofenonas). Se dividen en alifáticas como la prometazina, clorpromazina y heterocíclicas como la perfenazina, proclorperazina y butirofenonas.

Butirofenonas: Droperidol y haloperidol. Las indicaciones habituales para su uso son episodios de vómitos intensos ocasionados por cuadros de vértigo, migraña y cinetosis, vómitos asociados a fármacos y/o tóxicos y también en la prevención de vómitos postquimioterapia y pos cirugía (30). A dosis bajas (0,625 – 1,25 mg) no se diferencia con ondansetron en la incidencia de efectos secundarios. Entre sus efectos secundarios están extrapiramidalismo, síndrome neuroléptico, hipotensión.

En diciembre del 2001 la FDA advirtió sobre la asociación entre el droperidol, prolongación del QTc y torsión de puntas y algunos casos de arritmias cardiacas fatales. La incidencia de eventos cardiacos posterior a la administración de droperidol se ha estimado en 74 por millón (6).

Antihistaminérgicos (Anti H1): Ciclizina etanolaminas: dimenhidrinato, difenhidramina; piperazinas: ciclizina, hidroxicina, meclizina.

Inhiben los receptores de la histamina. Efectivos en mareo por movimiento, contrarrestando opiáceos, enfermedad laberíntica. Efectos secundarios como sedación (sinérgico con anestésicos inhalados), efectos antimuscarínicos. La ciclizina puede agravar la falla cardiaca en pacientes infartados.

Serotoninérgicos (5-HT 3 antagonista): Ondansetron, granisetron, tropisetron, dolasetron.

Antagonistas de los receptores de serotonina (5 – HT3): su mecanismo de acción esta mediado por el bloqueo selectivo de los receptores 5-HT3. Los cuales están localizados en el área postrema. Es empleado principalmente en el paciente con vómito asociado a la quimioterapia o radiación y el vómito postcirugía (31, 32). Entre los representantes de este grupo de medicamentos tenemos: ondansetron, granisetron, dolasetron, tropisetron. Como efecto secundario están: cefalea, dolor abdominal, incremento de enzimas hepáticas, enrojecimiento facial, constipación.

Ondansetron: fue el primer miembro comercializado de este grupo y más ampliamente estudiado. Su efecto antiemético es mejor que el anti nauseoso (IIA) (48). Es más efectivo cuando es dado al final de la cirugía (IIIA). La dosis recomendada para profilaxis es 4 a 8 mg intravenoso en adultos (IIA) y 50 a 100 $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}$ en niños (IIA). El NNT para prevenir NVPO está entre 5 y 6.

Granisetron se emplea para el manejo de NVPO en dosis de 0.35 mg a 3 mg (IA). (6, 27). El factor limitante para su uso es el alto costo al igual que el tropisetron.

Igualmente se deben mencionar otros receptores y medicamentos que actúan sobre ellos como son:

Agonistas de los receptores cannabinoides CB – 1 nabilona, dronabinol.

Tienen bajo índice terapéutico, su uso se ve limitado por los efectos secundarios (vértigo, sedación, disforia, hipotensión, especialmente en ancianos).

Inhibidores de neuroquinina NK 1: Aprepitant. Tienen un papel más importante en la emesis retardada y en especial a quimioterapia (sobre todo cisplatino).

Antieméticos no tradicionales:

Corticoides: El mecanismo de acción no es aun claro. Se emplea como coadyuvante en el vómito inducido por quimioterapia y postoperatorio (34). Los efectos secundarios son escasos por el corto periodo de empleo cuando se emplea para manejo de NVPO (34). Se debe controlar la hiperglucemia en pacientes diabéticos.

Los representantes más empleados son la metilprednisolona y la dexametasona. El inicio de la acción antiemética de la dexametasona esta alrededor de las dos horas después de su administración intravenosa por lo que sería menos eficaz si se administra al final de la cirugía (32, 34). Eficaces como tratamiento único en vomito agudo. Particularmente útil en combinación con antagonistas del receptor 5 – HT3 o del receptor de dopamina. La dosis recomendada en adultos es 5 – 10 mg en adultos (IIA) y 150 microgramos/kg en niños, con un NNT de 4,3 para la prevención de nauseas y vómitos a las dosis descritas (34).

Propofol: El efecto antiemético del propofol durante TIVA podría estar mediado por varios mecanismos: El bloqueo del receptor dopaminérgicos D2, una acción depresora en la zona gatillo, núcleo del vago y córtex olfatorio. Se ha observado también una disminución de los niveles de serotonina en el área postrema tras perfusiones prolongadas (1, 22).

Benzodiazepinas: Loracepam, alprazolam, midazolam: El efecto antiemético se debe al efecto sedativo y ansiolítico. Se utilizan en combinación con otros antieméticos; fundamentalmente corticoides y antagonistas 5-HT₃. Su indicación fundamental es el vómito asociado a quimioterapia o radioterapia y el asociado a cirugía en pacientes con ansiedad importante (35).

Otras medidas antieméticas

Las medidas adicionales con potencial efecto antiemético incluyen:

El uso de adrenalina, oxígeno suplementario, hidratación adecuada, buen control del dolor, agonistas alfa 2 adrenérgicos (6, 7).

Acupuntura, acupresión, estimulación con laser, estimulación eléctrica transcutánea e hipnosis. (6, 27)

Estas técnicas se muestran eficaces cuando se realizan preoperatoriamente y son superiores al placebo hasta seis horas posteriores al postoperatorio. Son menos eficaces en niños.

La gran mayoría de los estudios de NVPO están relacionados con profilaxis. Se usan preferencialmente antieméticos de diferente mecanismo de acción cuando el riesgo es moderado o severo.

4.5 Costo

A nivel de costo - eficacia se ha encontrado que difiere entre el ámbito de un sitio de atención ambulatoria y otro de hospitalización, ya que la estancia en la PACU demanda mayor tiempo y costos por enfermería.

Son efectivas las dosis bajas de ondansetron (1 mg) para el manejo del vómito establecido comparada con las dosis necesarias para profilaxis (36). Sin embargo Hill y cols (32) reportaron que la profilaxis antiemética fue costo efectiva con mayor satisfacción por parte del paciente comparada con no uso de profilaxis y el no uso de profilaxis en el grupo placebo genero costos adicionales hasta 100 veces más que con el grupo con profilaxis. Adicionalmente el costo de tratar el vómito fue tres veces mayor que el tratamiento de la nausea.

Droperidol fue más costo efectivo que ondansetron en la profilaxis de NVPO (33, 36). Dosis mayores de 1,25 mg producen sedación y reacciones extrapiramidales. En nuestro medio ante la no disponibilidad de droperidol en forma parenteral se emplea haloperidol ampolla (5 mg/1 cc) ya que son de la misma familia con características farmacocinéticas y farmacodinamias similares.

4.6. Acupuntura y NVPO

Rememorando las palabras de Suzuki, cuando un oriental que pasa por un camino se detiene para observar una flor, la huele, aprecia sus colores, brillo, movimientos, mira el entorno en que se halla y medita sobre su perfección y hermosura siguiendo posteriormente su camino; un occidental la mira, la arranca, quita los pétalos y hojas, la tritura, analiza cada uno de sus componentes y se pregunta dónde está el alma de este ser. Esto explica en parte las diferentes perspectivas de oriente y occidente no solo en medicina sino de la vida. Para comprender el pensamiento chino debemos tener en mente ciertos conceptos y las interrelaciones entre ellos, algunos de los mismos tendrán diferencias desde la forma en que se escriben dependiendo del traductor hasta del concepto mismo y su significado para oriente y occidente.

Desde la idiosincrasia oriental no se cuestiona los principios filosóficos que rigen el comportamiento de la MTC, considerando el método científico como una etapa evolutiva del conocimiento y no una premisa para su aplicación.

La MTC está involucrada en la forma misma en que se contempla el universo y su funcionamiento, por ello conceptos como tao, yin y yang, qi son comunes a la cultura y por lo tanto de fácil comprensión por parte del oriental en general.

Para una mayor comprensión de la cosmovisión oriental que se manifiesta en lo cotidiano, debemos conocer algunos de sus principios fundamentales.

Todo lo que vemos, sentimos, la naturaleza, estrellas, lo tangible e intangible esta dentro del TAO del que Lao Tse dijo: `Parece el origen de las cosas, se manifiesta como antepasado de los dioses, no sé de quién es hijo`. O como clásicamente se dice: ` el Tao que se puede describir no es el verdadero Tao`. Lo podemos asimilar hasta cierto modo al concepto panteísta occidental.

El único (TAO) a través de la división de si mismo da origen al yin y al yang. Todo objeto o proceso en el universo conlleva a estos aspectos opuestos, que son a su vez contrarios e interdependientes. Es la razón, principio y fundamento, causa primera de la aparición, persistencia y desaparición de la existencia de las cosas. Los principios que la regulan son los de oposición, interdependencia, crecimiento, decrecimiento e intertransformación. Estos principios son usados para explicar la fisiopatología y patología del cuerpo humano sirviendo para el diagnóstico y tratamiento.

El concepto de Qi (traducido como energía, presencia, voluntad, salud, respiración, energía, energía vital) es de los más difíciles de comprender, algunos autores prefieren no traducirlo y dejarlo con las propiedades descritas originalmente. Para los orientales constituye el objeto primordial de su estudio independientemente de las formas de presentación. El qi está presente en toda la naturaleza.

Dentro del cuerpo humano varía de acuerdo a su origen, distribución y función. Sus movimientos básicos son los de interiorización y exteriorización, ascenso y descenso; y

allí donde va la energía va la sangre o se realiza una función específica. El qi da la vida a los seres vivos, da la vitalidad del corazón y la mente que controla nuestros pensamientos y emociones, nuestro cuerpo y la actividad física; el qi se mueve constantemente, disipándose y reuniéndose.

El qi fluye por el cuerpo a lo largo de los meridianos o canales o vías de comunicación (Jing), en forma cíclica, trasladándose entre órganos vísceras y meridianos, existiendo uno para cada órgano y por los dos vasos extraordinarios. Algunos estudios equiparan el qi con el bioelectromagnetismo ya que esta energía es generada continuamente en el cuerpo a través de las reacciones bioquímicas, de la respiración y digestión, esto explica además la influencia que tienen las energías celestes y telúricas en la salud humana.

Por sus características especiales, el qi se expresa de varias formas, entre ellos:

Qi original, congénito o del cielo anterior es el heredado de los padres y está relacionado con la función reproductiva. Esa determinada cantidad de energía dada al nacer se va disipando con el transcurrir de la vida diaria y es restablecida parcialmente con la respiración y la alimentación.

Qi del cielo posterior es el que se obtiene de los alimentos y el aire.

Qi nutritivo, el cual circula en los vasos sanguíneos, se distribuye en los órganos internos y demás tejidos corporales para nutrirlos.

- Qi defensivo, que circula fuera de los vasos sanguíneos, se distribuye en la piel, músculos para calentarlos y nutrirlos y regula el cierre y apertura de los poros de la piel para proteger el cuerpo de la invasión de los factores patógenos.

Los cinco elementos son los constituyentes del mundo material: Agua, madera, fuego, tierra, metal. Entre ellos hay una relación de intergeneración e interinhibición que permite el cambio y transformación. Preferimos entenderlos como movimientos más que elementos concretos, lo que nos facilita comprender las interacciones que se dan a nivel

corporal. Cada uno de los cinco elementos se asocia a diversos componentes de la naturaleza y propiedades que se pueden ver en la siguiente tabla.

CINCO ELEMENTOS Y CORRESPONDENCIAS PRINCIPALES

Cinco elementos	Madera	Fuego	Tierra	Metal	Agua
Orientación	Este	Sur	Centro	Oeste	Norte
Sabores	Agrio	Amargo	Dulce	Picante	Salado
Colores	Verde	Rojo	Amarillo	Blanco	Negro
Crecim. y desarrollo	Germinación	Crecimiento	Transformación	Cosecha	Almacenamiento
Factores Ambientales	Viento	Calor	Humedad	Sequedad	Frío
Estaciones	Primavera	Verano	Verano tardío	Otoño	Invierno
Emociones	Ira	Alegría	Ansiedad	Melancolía	Pánico y miedo
Tejidos	Tendones	Vasos	Músculos	Piel y vello	Huesos
Sentidos	Ojos	Lengua	Boca	Nariz	Orejas
Vísceras	Vesícula	I. delgado	Estómago	I. grueso	Vejiga
Órganos	Hígado	Corazón	Bazo	Pulmón	Riñón

En la relación de intergeneración, el agua da origen a la madera, la madera da origen al fuego, a su vez el fuego origina la tierra, la tierra incuba en su interior el metal y este da origen al agua. Si una patología afecta a un elemento, el elemento generado o hijo no se producirá o padecerá de falta de generación.

En la relación de interdominancia el agua controla o modula el fuego, el fuego controla el metal, el metal controla la madera, la madera se impone sobre la tierra y esta controla el curso del agua. En caso que un elemento se haga muy fuerte o su dominado se haga débil, se producirá aumento de la dominación y tiranía sobre el elemento a controlar.

Los órganos internos o Zang – fu se refieren a las estructuras anatómicas de los órganos internos y son una generalización de las funciones fisiológicas corporales. Los órganos zang o tesoro (corazón, hígado, bazo, pulmón, riñón, pericardio) acumulan o forman el qi, la sangre y los líquidos corporales, anatómicamente son sólidos. Las vísceras fu (intestino delgado y grueso, vesícula biliar, estomago vejiga y sanjiao) reciben y digieren los alimentos, absorben las materias nutritivas, transforman y excretan los desechos, son tubulares. Los órganos y las vísceras están asociados o acoplados entre sí, influyéndose recíprocamente: El corazón tiene al intestino delgado como acoplado, el pulmón al intestino grueso, el bazo al estomago, el riñón a la vejiga, el hígado a la vesícula biliar y pericardio a sanjiao. El cerebro, útero, medula, huesos, vasos sanguíneos se denominan fu extraordinarios. Hay una relación coordinada muy estrecha en las diversas actividades fisiológicas.

Aunque difieren poco entre la medicina oriental y la occidental, en la MTC los órganos tienen propiedades como las psicológicas o emocionales que no son fundamento de la medicina alopática, sucintamente:

Corazón: Gobierna la sangre, controla los vasos sanguíneos, se manifiesta en la tez, alberga la mente, se abre (expresa) en la lengua, controla la transpiración, los sueños son manifestación de la mente (shen), lo afecta el calor y controla el habla.

Hígado: Almacena la sangre, asegura el flujo uniforme del qi, controla los tendones, se manifiesta en las uñas, se abre en los ojos, alberga el alma etérea, controla la organización, influye en el ascenso y el crecimiento, regula y armoniza, es afectado por el viento. Está asociado a patologías del lado izquierdo del cuerpo, los procesos neurológicos rápidos, que aparecen y desaparecen súbitamente como las convulsiones se asocian a las patologías del hígado.

Pulmón: Governa el qi y la respiración, controla los canales, controla la función de dispersión y descenso de los líquidos, regula las vías del agua, controla la piel y el vello, se abre en la nariz, alberga el alma corpórea, detesta el frío y gobierna la voz.

Bazo: Governa la transformación y el transporte, controla la sangre, los músculos y las cuatro extremidades, se abre en la boca y manifiesta en los labios, controla el ascenso del qi, alberga el pensamiento, es la raíz (origen) del cielo posterior y desarrollo, asciende lo puro, lo afecta la humedad.

Riñón: Almacena la esencia y gobierna el nacimiento, reproducción y desarrollo, produce la medula, llena el cerebro, controla los huesos, gobierna el agua, controla la recepción del qi a partir del pulmón, se abre en los oídos, se manifiesta en el pelo, controla los dos orificios inferiores (uretra y ano), es la raíz del qi original, es la fuente del fuego para todos los órganos internos, calienta el estómago y bazo para ayudar a la digestión, armoniza la función sexual, calienta la esencia y el útero, controla la apertura y el cierre, controla la fuerza y la habilidad, es afectado por la sequedad.

De las vísceras yang

Estómago es el más importante y entre sus funciones tenemos: Controlar la descomposición y maduración de los alimentos, controla el transporte de las esencias alimentarias, controla el descenso del qi, es el origen de los líquidos; sanjiao actúa como la autopista para el qi original y está relacionado más con la función autónoma que como un órgano en sí.

Vesícula biliar: Aparte de almacenar y liberar la bilis, controla el juicio. Las restantes vísceras no difieren significativamente conceptualmente entre oriente y occidente.

La etiología en la MTC conceptúa que se puede enfermar por:

Causas internas: Usualmente de origen emocional; la ira afecta el hígado, la alegría al corazón, la tristeza afecta el pulmón, la preocupación y la reflexión en exceso al bazo y el miedo al riñón.

Causas de origen externo: Aquí están el viento, frío, calor de verano, humedad, sequedad, fuego. Entre las características más destacadas, el viento causa síntomas y signos que aparecen y cambian rápidamente, al viento se le asocian generalmente otros factores patógenos como calor y frío dando patrones sindrómicos mixtos. Es más frecuente que este factor patógeno ataque en la primavera y al hígado. El frío causa dolor y secreciones líquidas blancas, contrae los músculos, mejora con el calor. La humedad invade el cuerpo gradualmente, causa secreciones turbias y pegajosas, produce sensación de pesadez. La sequedad seca los líquidos, produce secreciones escasas y sed.

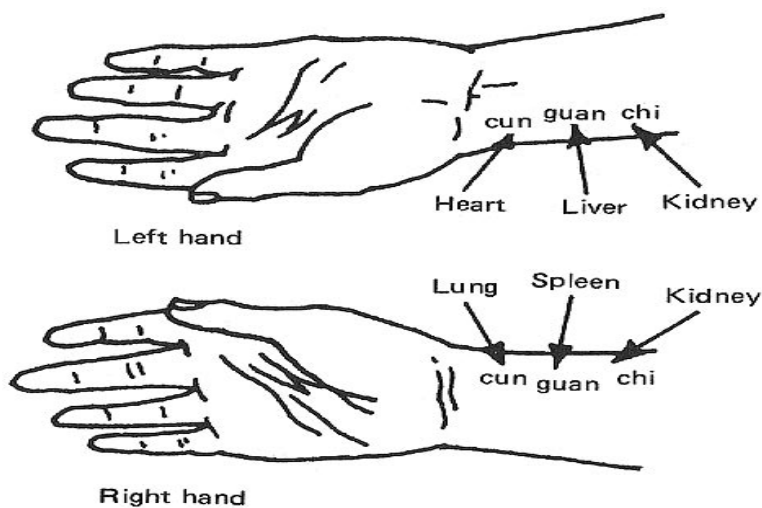
Las causas climáticas son importantes pero es el cuadro clínico en sí el fundamental para hacer el diagnóstico de la patología, no importando que por ejemplo aparezca un cuadro de calor durante la estación del invierno (cuando se supone que ocurren cuadros de frío y el medio ambiente está frío).

Otras causas de enfermedad son: Constitución, agotamiento, actividad sexual excesiva, dieta desequilibrada, traumatismo, parásitos y venenos, errores terapéuticos.

En el diagnóstico los pasos básicos excepto auscultación son similares en el fondo pero se le da mayor importancia a los hallazgos en la lengua y los pulsos. Características que usualmente un médico occidental normalmente no describe o no da importancia, se consideran fundamentales para hacer un adecuado diagnóstico. Por ejemplo no es lo mismo estar ante un paciente con palpitations y lengua pálida comparado con otro con palpitations y lengua roja; esto cambia radicalmente el diagnóstico y manejo. La saburra lingual brinda información crucial siendo igualmente diferente que un paciente con una sintomatología determinada no tenga saburra comparado al paciente con idéntica sintomatología y saburra negra o de distribución en localizada.

Otros datos como temblor, marcas en los bordes, desigualdad entre las dos mitades, grosor, longitud de la lengua también aportan información clave en el diagnóstico diferencial. Topográficamente cada zona de la lengua representa un órgano o víscera específica, por lo cual lesiones o cambios en ciertas zonas de la lengua hablan de cambios en los órganos internos.

La palpación de los pulsos se hace cubriendo la zona distal de la arteria radial con los tres dedos centrales de la mano palpadora, de forma bilateral y con la mano reposada. Cada dedo palpa un órgano con su víscera acoplada, ubicada profunda y superficialmente en forma respectiva. Por lo tanto cambios en un sitio específico del pulso se correlaciona con patologías a nivel del órgano `palpado`



Todo esto da origen a ciertos principios en la Medicina Tradicional China:

No hay enfermedades sino enfermos lo que implica modalizar los síntomas para su manejo específico ya que puede haber dos pacientes con igual sintomatología que requiera dos tratamientos diferentes o haber dos pacientes con síntomas diferentes pero que requieran igual manejo.

Ya instalada la enfermedad, esta seguirá una evolución predecible.

El fundamento de la acupuntura en la existencia de la energía como fuente integradora, no exclusiva del ser humano y por lo tanto haciendo parte de su entorno.

La enfermedad no tiene nombre como se hace con en la medicina occidental, es un estado de desequilibrio energético manifiesto como deficiencia o exceso.

La enfermedad con sus síntomas característicos siempre es una expresión de un desequilibrio energético.

El ser humano es un ente bipolar alternante entre yin y yang de una forma armónica que permite la transformación constante (vida). Esta mutación permanente y continua requiere aportes energéticos que la mantengan.

La acupuntura es una milenaria técnica terapéutica de la MTC basada en la estimulación con agujas a nivel cutáneo para el manejo equilibrado de la energía corporal por vías bien delimitadas (meridianos o canales). Esto dificulta en parte que desde la perspectiva occidental se pueda estudiar y manejar terapéuticamente al paciente empleando los conceptos que la MTC considera como normales.

Cada órgano y víscera tiene un trayecto a nivel de la piel con puntos donde la energía se concentra y ejerce efectos específicos, dichos puntos al ser puncionados ejercen un efecto a nivel profundo, local y sistémico sobre su víscera u órgano acoplado, excitándolo, sedándolo, derivando su energía hacia otras regiones o facilitando para que de otras zonas lleguen a donde se requiera. Esta manipulación de los puntos acupunturales es la síntesis de toda la estructura del pensamiento oriental aplicada en la MTC.

El mecanismo de acción de la acupuntura es en parte incierto. Es conocido su acción sobre la liberación de opioides endógenos (37) lo que llevaría a pensar que los opioides

endógenos tengan efectos antieméticos mediados por la acción de beta endorfinas o receptores mu.

La potencia de la punción en extremidades inferiores, de ciertos puntos, es mayor que la de las superiores comparativamente además la selección de los puntos a puncionar se debe hacer basados desde la concepción china según el diagnóstico sindromático. Los puntos acupunturales no tienen una única función, un mismo punto puede emplearse en diversas patologías que a primera vista no tienen relación entre sí, se emplean solos o combinados en múltiples condiciones patológicas.

Es de trascendental importancia para el manejo acupuntural la estimulación anticipada del punto y su correcta localización (38).

La inocuidad de su uso (14 eventos adversos por 10.000 aplicaciones) (40) es uno de sus mayores fuertes siendo la gravedad de los mismos muy escasa (alergia a la aguja, exacerbación de los síntomas, dolor en el sitio de aplicación, cefalea, ansiedad). Algunas complicaciones serias pueden presentarse y ocasionalmente son fatales (neumotórax, fascitis necrotizante, abscesos, transmisión de enfermedades contagiosas, lesión de nervio, daño de vasos) (41, 42).

En cuanto a náuseas y vómito, al estimular un punto acupuntural, su acción se ejerce inhibiendo la secreción ácida y normalizando la disritmia gástrica (7) o su movilidad (5). Un estudio más grande (46) mostró ausencia de NVPO mas probablemente en quienes se les aplicó acupuntura que en aquellos a los que no se les aplicó. Aunque dicho estudio tuvo como desventaja que no fue completamente ciego ya que se utilizó ciego único. Así mismo su empleo no mostró mayor beneficio en NVPO cuando ya estaban establecidas. Se ha empleado además acuestimulación eléctrica sola o combinada con ondansetron (13, 47) con disminución de NVPO.

De uso frecuente y con mayor soporte se halla la manipulación del punto **PC 6 (Neiguan)** se ubica en la cara ventral del antebrazo a dos distancias (cun, pulgada corporal o pulgada china) desde el pliegue de flexión de la mano sobre el antebrazo entre los tendones del flexor radial del carpo y el palmar largo y alrededor de un centímetro de profundidad el cual después del estudio de Lee (2) encontró mayor eficacia en el manejo de la náusea que del vómito. Este punto se ha empleado eficazmente en la náusea matutina, náusea y vómito postquimioterapia (4, 39).

Se han realizado estudios comparando el uso de bandas en la muñeca que comprimen Neiguan, PC 6 usualmente 30 minutos antes de la cirugía urológica (43), colecistectomía laparoscópica (44) sin efecto positivo, hasta estudios que muestran mejores resultados con electroacupuntura que con el uso de antieméticos potentes como el ondansetron (47).

La manipulación de Neiguan, PC 6 produce estimulación gástrica, modulación vagal, de la actividad cerebral y vestibular. Los puntos de acupuntura pueden ser estimulados con inyección de sustancias (Dextrosa 50%) (48) con mejor resultado que con la inyección de un punto falso. Comparado con placebo, la acupuntura, tiene igual eficacia que el droperidol en laparoscopia ginecológica (49). La electroacupuntura se ha empleado con reducción de algunos o todos los componentes de NVPO (50, 51).

Muchos de estos estudios podría criticársele desde el punto de vista acupuntural que no son acupuntura propiamente dicha, la mayoría se basa en el uso de dígito presión o de aditamentos que realizan una estimulación continua del punto elegido (13, 43, 47), cosa que no ocurre en una sesión corriente de acupuntura donde los tiempos de estímulo son más cortos.

Al no emplearse agujas, no se realiza dispersión o estimulación del punto, tampoco se tiene en cuenta la dirección del flujo energético del canal para el manejo.

Entre las alternativas para el manejo de NVPO:

Emplear PC 6 para abrir el yinweimai.

Emplear la técnica raíz-arrastre con IG 5 y E45.

Estimular los puntos shu-mu de estómago: V21 y RM12.

Regular el estómago y el yangming con IG4, E36.

En presencia de flemas emplearemos técnicas de vomificación, desbloqueo (Xi), y metabolizar las flemas con Pr 6, E34, E 40 y BP 3. (50, 51, 52, 53).

Los puntos que tienen en sus indicaciones principales someter el Qi rebelde:

Renyin (E 9)

Liangmen (E 21)

Liangqiu (E34)

Puntos He - Mar. Estos puntos actúan sobre Estómago e Intestinos:

Gongsun (B 4)

Neiguan (PC 6)

Si bien estos puntos pueden servir como puntos adicionales o principales para la prevención de NVPO, la selección de los puntos se hará basados en el diagnóstico sindromático.

La acupuntura debe considerarse cuando queremos prevenir NVPO. Pero requiere personal capacitado, consume tiempo y puede no ser práctico en algunos escenarios.

5. HIPOTESIS

5.1 Hipótesis Nula

El uso de acupuntura durante el periodo preoperatorio, basados en el diagnóstico sindromático y tratamiento en paciente llevadas a cirugía abdominopélvica, no modificará la presentación de náuseas y vómito postoperatorio.

5.2 Hipótesis Alternativa

En las pacientes llevadas a cirugía abdominopélvica la aplicación de acupuntura preoperatoriamente basados en el diagnóstico acupuntural y seleccionando puntos específicos para la situación energética a tratar, reducirá la presentación postoperatoria de náuseas y vómito.

6. DISEÑO METODOLÓGICO PRELIMINAR

La población que se incluirá en el trabajo será:

Pacientes programadas para cirugía abdominal o pélvica intraperitoneal

No obstétrica.

Bajo anestesia general o regional.

Entre 18 a 65 años de edad.

ASA I o II.

Los pacientes serán atendidos en la Clínica Universitaria Colombia entre 1 de febrero 2009 y 28 de mayo del 2009. Posterior a la aprobación del Comité de Ética de la institución, se iniciará la selección de los pacientes desde el área de admisión. A las pacientes que cumplan los requisitos, (cirugía abdominopélvica no obstétrica, con manipulación peritoneal, entre 18 y 65 años, con dos o más criterios de Apfel para ser incluidas en el trabajo según el anexo No 1) y que sean aptos para hacer parte del estudio se les explicarán los objetivos, posibles riesgos y beneficios de su participación. Una vez den su aceptación a participar, se asignarán de manera aleatoria con sobre sellado (1: grupo control 2: grupo a intervenir) el grupo al que pertenecerán.

No se incluirán en el estudio hombres, pacientes con antecedentes hemorrágicos o que estén recibiendo medicación que altere su coagulación, enfermedad psiquiátrica activa, enfermedad neurológica incapacitante, pacientes críticos o que no puedan comunicarse en forma adecuada.

Ambos grupos (control y a intervenir) recibirán premedicación con dexametasona 5 mg y haloperidol 1mg IV (54), de diez a veinte minutos antes de la inducción anestésica. No se cuenta en el país con droperidol parenteral.

Al grupo a intervenir se le hará la historia clínica acupuntural con el diagnóstico según los órganos afectados y la elección de los puntos se realizará según dicho diagnóstico empleando no más de ocho agujas (por comodidad del paciente), priorizando los puntos más importantes. En el anexo No 4 se hace la descripción de los síndromes chinos aceptados por la comunidad internacional con una selección de puntos según los más empleados.

Con técnica de aguja limpia (lavado de manos, desinfección del sitio a puncionar, empleo de aguja estéril empacada y desecho posterior de la misma), se introducirá la aguja en el

sentido o no del canal según queramos tonificar o sedar, durante la espiración o inspiración respectivamente.

Buscamos el deqi o sensación acupuntural (sensación de calambre, destemplamiento o parestesia), introduciéndola entre uno a dos centímetros de profundidad dependiendo de la contextura del paciente. Si no se halla este, se revalorará la ubicación del punto. Si a pesar de esto no se obtiene la sensación acupuntural, se dejará la aguja ubicada en la posición última; dicha intervención se realizará entre diez a veinte minutos antes de iniciar el procedimiento quirúrgico.

Se realizará estimulación (tonificación o sedación del punto, girando la aguja en el sentido de las manecillas del reloj o en sentido contrario, o raspando el extremo distal de la aguja) en número de dos veces con duración de 15 segundos a cada estímulo y diez minutos de intervalo entre los mismos, dejando la aguja por veinte minutos en el sitio de inserción.

Si la paciente presenta vómito preoperatoriamente, se describirán las características del mismo para llegar a un diagnóstico (por frío, humedad, calor, etc) y con base en ello hacer la selección de los puntos.

Se retirará la aguja obturando con algodón el orificio de la punción en forma inmediata y evaluará la presencia de hematoma local o alteración neurológica periférica de Novo.

Se pasará el paciente a salas de cirugía.

Para la inducción anestésica en ambos grupos de pacientes usaremos:

Reposición hídrica 300 – 500 cc de cristaloides, pre oxigenación con oxígeno al 100% por 2 a 3 minutos.

Para la inducción se utilizará: Vecuronio 0,1 mg/kg, Propofol 1 - 3 mg/kg, fentanyl 1 – 3 microgramos/kg o remifentanyl 0,05 – 2 ug/kg. Intubación con tubo orotraqueal No 7 – 8

según el tamaño corporal del paciente. Conexión y ventilación mecánica controlada con oxígeno al 80% flujo de gases frescos 0,5 – 1 litro por minuto, frecuencia respiratoria de 10 – 16 por minuto, volumen corriente 4 – 7 cc/kg, como agente anestésico se empleará sevoflurano 1 – 3 cam según el requerimiento del paciente. Remifentanil 0,05 – 2 microgramo/kg/min opcional. En caso que el paciente requiera alguna otra medicación, esta se registrará al igual que la dosis administrada.

No se empleará óxido nítrico y se evitará usar neostigmina > 2,5 mg si la reversión es necesaria.

Como en los Criterios de Apfel no está el uso de anestesia regional como factor determinante en la aparición de PONV, se empleará en conjunto con anestesia general o de manera única.

Se realizará el procedimiento quirúrgico.

Una vez en recuperación se valorará la presencia de náuseas y vómito a la hora de haber llegado, por un observador ciego al tipo de intervención que recibió el paciente, en recuperación y se evaluará además sobre la presencia de dolor y se anotará la necesidad de analgésicos y medicación antiemética.

Los pacientes saldrán del área de recuperación hacia su habitación o domicilio.

El formato de evaluación se le entregará físicamente a otro miembro del equipo de trabajo quien a las 24 horas del postoperatorio llamará telefónicamente al paciente y preguntará sobre su estado a las seis y veinticuatro horas referente a los tópicos correspondientes del formato y registrará la evolución de los grupos de control e intervenido.

Posteriormente, el formato de evaluación se entregará a otra persona, quien guardará en medio electrónico la información suministrada para su posterior valoración estadística. Adicionalmente se evaluará la satisfacción con la recuperación de la anestesia mediante la escala de satisfacción disponible para tal fin.

Si bien los eventos adversos en acupuntura son poco frecuentes, la presencia de alguno de ellos se registrará en el formato de evaluación. Se hará el manejo correspondiente en forma inmediata y en caso necesario se remitirá a los centros de referencia que tiene la Universidad Nacional para su seguimiento respectivo.

Dosis de Rescate. Para los pacientes de ambos grupos que presenten náusea y vómito postoperatorio se utilizará una dosis estándar de metoclopramida 10 mg intravenoso, si a pesar de esto persiste la sintomatología se administrará en forma intravenosa Granisetron 40 microgramos/kg de peso. Se registrará la cantidad de dosis de rescate.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Uno de los objetivos de la presente investigación es estudiar la posibilidad de mejorar las condiciones postoperatorias de las pacientes llevadas a cirugía y que en su postoperatorio presentan vómito. En estudios previos empleando acupuntura se evidencia una disminución en la aparición de NVPO. Lo diferente en el enfoque del actual trabajo es la aplicación de acupuntura basados en la diferenciación sindromática, buscando un mejor equilibrio energético. En caso de mostrar que este hecho sea relevante, se abre un universo más amplio de posibilidades para el manejo de los pacientes con NVPO.

Existiendo estudios previos que muestran la eficacia en la prevención de NVPO de la acupuntura, no parece razonable ni ético privar a las pacientes de los beneficios que brindan dichos medicamentos. Pero de anotar también es que el beneficio de tales drogas no se da en la totalidad de los pacientes en los que se aplican, contexto en el cual la búsqueda de nuevas (o en este caso: antiguas) soluciones son bienvenidas.

La inclusión de las pacientes en la investigación se hará de forma libre, asimismo el retiro voluntario en cualquier momento del mismo sin que ello modifique la atención médica adecuada a la que tienen derecho. Como parte de la protección a la integridad, en la historia clínica se hará identificación con el primer nombre de la paciente y el resto del nombre se hará con las iniciales de los apellidos.

No se describirán situaciones potencialmente denigrantes para el paciente o que afecten su buen nombre, o aprovechadas por terceros. No se incluirán pacientes con alteraciones o limitaciones mentales por no ser un grupo representativo, aparte de las dificultades en la evaluación que de los mismos se pueda hacer en el postoperatorio.

La financiación del presente trabajo se hará con recursos provenientes de la Universidad Nacional que para tal fin se brinda a los maestrantes de los diferentes departamentos. No hay participación de la industria farmacéutica o de particulares que aporten recursos, dinero u otra forma de incentivo económico para la realización de la presente investigación.

La presente investigación observa y cumple los principios enunciados en la Declaración de Helsinki de Octubre de 2008, la resolución No 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y la resolución 2378 del 2008 del Ministerio de la Protección Social.

La punción la realizara un acupuntor experto con estudios en el exterior. No se dará incentivos económicos ni de ningún otro tipo a los pacientes participantes. No hay conflictos de intereses con alguna empresa farmacéutica, o de tipo ético o moral.

8. DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES.

8.1 Variables Desenlace

Nauseas: Experiencia subjetiva desagradable con sensación inminente de vómito que no siempre culmina en el, experimentada en la garganta y epigastrio, acompañada frecuentemente de manifestaciones vegetativas. La forma de estimar las nauseas es empleando la escala tipo Lickert en la que 0: no nauseas 1: muy leve 2: leve 3: moderada 4: severa 5: severa 6: peor nausea posible.

Vómito: Expulsión forzada de material gastrointestinal a través de la boca en forma violenta aun en pequeñas cantidades asociado con contracción de la musculatura abdominal y torácica con apertura del cardias casi siempre precedido por nauseas; se suele asociar a aumento de la salivación, sudoración, palidez y arcadas. El mecanismo está controlado por el centro del vomito y el área gatillo del vómito.

Dolor: Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial o descrita en términos de dicho daño. Usualmente se valora con una escala de 0 – 10/10 desde su ausencia hasta la experimentación del peor dolor posible.

8.2 Variables Independientes

Edad: Tiempo de vida medido en años

Sexo: Perteneciente al género femenino o masculino

ASA: Sistema de clasificación de la sociedad americana de anestesiólogos (ASA) para estimar el riesgo anestésico según las condiciones del paciente (55).

Clase I	Paciente saludable sometido a cirugía electiva
Clase II	Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención.
Clase III	Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Por ejemplo: cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, angor pectoris, infarto al miocardio antiguo, etc.
Clase IV	Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía. Por ejemplo: insuficiencias cardíaca, respiratoria y renal severas (descompensadas), angina persistente, miocarditis activa, diabetes mellitus descompensada con complicaciones severas en otros órganos, etc.
Clase V	Se trata del enfermo terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico. Por ejemplo: ruptura de aneurisma aórtico con choque hipovolémico severo, traumatismo craneoencefálico con edema cerebral severo, embolismo pulmonar masivo, etc. La mayoría de estos pacientes requieren la cirugía como medida heroica con anestesia muy superficial.

Tiempo quirúrgico: intervalo de tiempo medido en minutos desde la incisión hasta el cierre de herida quirúrgica

Tiempo anestésico: intervalo de tiempo medido en minutos desde la administración de las drogas anestésicas hasta la extubación del paciente.

9. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de muestra se estima basado en una diferencia de proporciones de efectividad, según se muestra en la Tabla 1. Asumiendo una diferencia de 20% en la proporción de presentación de náusea y vómito entre los dos grupos, se requiere un tamaño muestral de 227 pacientes totales. La escogencia del número de pacientes se hizo basado en la incidencia de la presentación de náuseas y vómito postoperatorio de trabajos previos, en el contexto del peor escenario posible buscando una diferencia de 20 % como porcentaje esperado de diferenciación entre los dos grupos de pacientes.

Tabla 1. Proporción de efectividad según tamaño de la muestra.

Error alfa	poder	P0	P1	N por grupo	n total	N total corregido
0.05	0.8	0.5	0.7	103	206	227
0.05	0.8	0.6	0.8	91	182	191
0.05	0.8	0.7	0.9	72	144	159
0.05	0.8	0.5	0.3	103	206	227
0.05	0.8	0.4	0.2	91	182	191
0.05	0.8	0.3	0.1	72	144	159
0.05	0.8	0.5	0.35	169	338	372
0.05	0.8	0.5	0.4	287	574	632

Análisis

Se realizará una descripción de las características socio demográficas de las pacientes incluidas. Se utilizará el estadístico Chi² para evaluar las diferencias de proporciones. Se hará un análisis por intención de tratar de cada una de las variables relacionadas en otros

estudios como factores de riesgo utilizando la prueba Chi² o la t de student cuando sea pertinente, en caso que las variables tengan distribución normal. En caso contrario se utilizará estadística no paramétrica. Para el control del efecto de las posibles variables de confusión se realizará un análisis multivariado de regresión logística. En todo caso se utilizará el paquete estadístico STATA versión 10. El error alfa y beta no se utilizan en el análisis de sensibilidad del tamaño de muestra por una decisión de los autores.

11. PRESUPUESTO

Tabla No 2. Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación. (En miles de \$)

rubros	fuentes		total
	Directo	indirecto	
Personal	7.000		7.000
Equipos			
Software			
Materiales	2.000		2.000
Salidas de campo			
Material bibliográfico			
Publicaciones y patentes	1.000		1.000
Servicios técnicos			
Viajes			
Construcciones			
Mantenimiento			
Administración			
Total	10.000		10,000

Se hace un cálculo de alrededor de \$ 62,000 pesos por cada paciente evaluado por el acupunturista.

12. GLOSARIO

ARCADAS: Contracción rítmica de los músculos respiratorios (diafragma y músculos abdominales) sin expulsión de contenido gástrico.

POSTOPERATORIO: Periodo que sigue a una intervención quirúrgica, en que se produce el proceso de recuperación.

ACUPUNTURA: Técnica terapéutica de origen chino consistente en insertar agujas en puntos específicos del cuerpo con fines preventivos, de curación o rehabilitación.

PERITONEO: Membrana serosa que envuelve la cavidad abdominal y pelviana incluida las vísceras y órganos en toda su extensión formando pliegues y que posee diferentes funciones

CENTRO DEL VOMITO: Grupo de neuronas ubicado en la formación reticular lateral del bulbo raquídeo. Activado por impulsos provenientes desde el tracto gastrointestinal y estructuras periféricas. Es el principal componente del control e integración del acto de vomitar

ZONA QUIMIORECEPTORA O GATILLO: Se sitúa en una franja estrecha del suelo del IV ventrículo contigua al centro del vomito por carecer de barrera hematoencefálica es fácilmente estimulada por compuestos químicos. Recibe abundantes aferencias vágales y proyecta al núcleo del tracto solitario subyacente, así mismo posee una gran cantidad de receptores ((serotoninérgicos, histaminérgicos, colinérgicos, receptores μ del sistema opioide endógeno, dopaminérgicos, del sistema neuroquinina) (subnucleo gelatinoso, núcleos parabraquiales).

Interviene también en la cinetosis tal vez por liberación de un factor endógeno que pasaría al líquido cefalorraquídeo y la activaría.

ANTIEMETICO: Fármaco que impide las náuseas o el vomito.

CINETOSIS: Sensación de malestar, debilidad, fatiga, náusea e incluso vómito, producido por la aceleración y desaceleración lineal y angular repetitivas; se presenta usualmente durante el desplazamiento en automotores.

BIBLIOGRAFIA

1. Watcha MF, White PF. Postoperative nausea and vomiting. Its etiology, treatment and prevention. *Anesthesiology* 1992;77: 162–84.
2. Lee A, Done ML. Stimulation of the wrist acupuncture point P6 for preventing postoperative nausea and vomiting. *Cochrane Database Systematic Rev* 2004; 3: Cd003281
3. Alkaiissi A, Evertsson K, Johnsson VA, Ofenbartl L, Kalman S. P6 acupressure may relieve nausea and vomiting after gynecological surgery: an effectiveness study in 410 women. *Can J Anaesth* 2002; 49: 1034–9.
4. Dundee JW, McMillan CM. Clinical uses of P6 acupuncture antiemesis. *Acupunct Electrother Res* 1990; 15: 211–5.
5. Lin X, Liang J, Ren J, Mu F, Zhang M, Chen JDZ. Electrical stimulation of acupuncture points enhances gastric myoelectrical activity in humans. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 1527–30.
6. Apfel CC, Lara E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. *Anesthesiology* 1999; 91: 693–700
7. Ouyang H, Chen JDZ. Therapeutic roles of acupuncture in functional gastrointestinal disorders. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20: 831–41
8. I. Bel Marcoval, P. Gambús Cerrillo REVISIÓN Estratificación del riesgo, profilaxis y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios. *Rev. Esp. Anestesiol. Reanim.* 2006; 53: 301-311

9. Myles PS, Williams DL, Hendrata M, Anderson H, Weeks AM. Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10,811 patients. *Br J Anaesth* 2000; 84:6-10.
10. Scuderi PE, James RL, Harris L, Mims GR 3rd. Multimodal antiemetic management prevents early postoperative vomiting after outpatient laparoscopy. *Anesth Analg* 2000; 91: 1408–14.
11. Scuderi PE, James RL, Harris L, Mims GR 3rd. Antiemetic prophylaxis does not improve outcomes after outpatient surgery when compared to symptomatic treatment. *Anesthesiology* 1999; 90: 360–71.
12. Hirsch-J. "Impact of postoperative nausea and vomiting in the surgical setting". *Anaesthesia*. 49(Suppl):30-1. 1994.
13. Zarate E, Mingus M, White PF, et al. The use of transcutaneous acupoint electrical stimulation for preventing nausea and vomiting after laparoscopic surgery. *Anesth Analg* 2001; 92: 629–35
14. Chu YC, Lin SM, Hsieh YC, Peng GC, Lin YH, Tsai SK, Lee TY. Effect of BL-10 (tianzhu), BL-11 (dazhu) and GB-34 (yanglingquan) acuplaster for prevention of vomiting after strabismus surgery in children. *Acta Anaesthesiol Sin*. 1998; 36:11–16.
15. Yentis SM, Bissonnette B. Ineffectiveness of acupuncture and droperidol in preventing vomiting following strabismus repair in children. *Can J Anaesth*. 1992; 39:151–154.
16. Clement-Jones V, McLoughlin L, Tomlin S, Besser GM, Rees LH, Wen HL. Increased beta-endorphin but not met-enkephalin levels in human cerebrospinal fluid after acupuncture for recurrent pain. *Lancet*. 1980; 2:946–949

17. Agarwal A, Bose N, Gaur A, Singh U, Gupta MK, Singh D. Acupressure and ondansetron for postoperative nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy. *Can J Anaesth* 2002; 49: 554–60
18. Rose JB, Watcha MF. Postoperative nausea and vomiting in pediatric patients. *Br J Anaesth* 1999; 83: 104–17.
19. Apfel C, Roewer N. Risk Assessment of Postoperative Nausea and Vomiting. *Int Anaesthesiol Clin* 2003; 41(4):13-32.
20. Kranke P, Apfel CC, Papenfuss T, et al. An increased body mass index is no risk factor for postoperative nausea and vomiting. A systematic review and results of original data. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001; 45: 160–6.
21. Cohen MM, Duncan PG, DeBoer DP, Tweed WA. The postoperative interview: assessing risk factors for nausea and vomiting. *Anesth Analg* 1994; 78: 7–16.
22. Sinclair DR, Chung F, Mezei G. Can postoperative nausea and vomiting be predicted? *Anesthesiology* 1999; 91: 109–18.
23. Lerman J. Surgical and patient factors involved in postoperative nausea and vomiting. *Br J Anaesth* 1992; 69: 24S–32S.
24. Eberhart LH, Morin AM, Georgieff M. The menstruation cycle in the postoperative phase. Its effect of the incidence of nausea and vomiting (German). *Anaesthesist* 2000; 49: 532–5.

25. Claude A. Trepanier MD FRCPC, Liette Isabel MD FRCPC. Perioperative gastric aspiration increases postoperative nausea and vomiting in outpatients, CAN J ANAESTH 1993 / 40: 4 / pp 325-8.
26. Stadler M, Bardiau F, Seidel L, Albert A, Boogaerts JG. Difference in risk factors for postoperative nausea and vomiting. Anesthesiology 2003; 98: 46–52.
27. Apfel CC, Laara E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. Anesthesiology 1999; 91: 693–700.
28. Apfel C, Stoecklein K, Lipfert P. PONV: A problem of inhalational anaesthesia? Best Pract Res Clin Anaesthesiol 2005; 19(3):485-500.
29. Apfel C, Kortilla K, Abdalla M, Kerger H, Turan A, Vedder I, et al. A Factorial Trial of Six Interventions for the Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting. N Engl J Med 2004;350(24):2441-2451.
30. Domino KB, Anderson EA, Polissar NL, Posner KL. Comparative efficacy and safety of ondansetron, droperidol, and metoclopramide for preventing postoperative nausea and vomiting: a meta-analysis. Anesth Analg 1999, 88: 1370-9.
31. Loewen PS, Marra CA, Zed PJ. 5-HT₃ receptor antagonists vs traditional agents for the prophylaxis of postoperative nausea and vomiting. Canadian Journal of Anaesthesia 2000, 47:1008-1018.

32. Hill RP, Lubarsky DA, Phillips-Bute B, Fortney JT, Creed MR, Glass PS, Gan TJ. Cost-effectiveness of prophylactic antiemetic therapy with ondansetron, droperidol, or placebo. *Anesthesiology* 2000, 92:958-67.
33. Tramer MR, Reynolds DJ, Moore RA, McQuay HJ. Efficacy, dose-response, and safety of ondansetron in prevention of postoperative nausea and vomiting: a quantitative systematic review of randomized placebo controlled trials. *Anesthesiology* 1997; 87: 1277–89.
34. Henzi I, Walder B, Tramer MR. Dexamethasone for the prevention of postoperative nausea and vomiting: a quantitative systematic review. *Anesth Analg* 2000, 90:186-94.
35. Watts JC, Brierly A. Midazolam for treatment of postoperative nausea. *Anaesthesia* 2001; 56:1129.
36. Tramer MR, Phillips C, Reynolds DJ, McQuay HJ, Moore RA. Cost-effectiveness of ondansetron for postoperative nausea and vomiting. *Anaesthesia* 1999; 54: 226–34.
37. Clement-Jones V, McLoughlin L, Tomlin S, Besser GM, Rees LH, Wen HL. Increased β -endorphin but not met-enkephalin levels in human cerebrospinal fluid after acupuncture stimulation for recurrent pain. *Lancet* 1980; 2: 946–9.
38. Fitzpatrick KTJ, Dundee JW, Ghaly RG, Patterson CC. It is necessary always to use the right forearm for acupuncture antiemesis? *Br J Anaesth* 1988; 61: 117P–8.
39. Dundee JW, Sourial FBR, Ghaly RG, Bell PF. P6 acupressure reduces morning sickness. *J R Soc Med* 1988; 81: 456–7.

40. White A, Hayhoe S, Hart A, Ernst E. Adverse events following acupuncture: prospective survey of 32 000 consultations with doctors and physiotherapists. *Br Med J* 2001; 323: 485–6.
41. Lao L, Hamilton GR, Fu J, Berman BM. Is acupuncture safe? A systematic review of case reports. *Altern Therapy Health Med* 2003; 9: 72–83.
42. Peuker E, Gronemeyer D. Rare but serious complications of acupuncture: traumatic lesions. *Acupuncture Med* 2001; 19: 103–8.
43. Agarwal A, Pathak A, Gaur A. Acupressure wristbands do not prevent postoperative nausea and vomiting after urological endoscopic surgery. *Can J Anaesth* 2000; 47: 319–24.
44. Agarwal A, Bose N, Gaur A, Singh U, Gupta MK, Singh D. Acupressure and ondansetron for postoperative nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy. *Can J Anaesth* 2002; 49: 554–60.
45. Tong J. Gan, Kui Ran Jiao, Michael Zenn, and Gregory Georgiade A Randomized Controlled Comparison of Electro-Acupoint Stimulation or Ondansetron Versus Placebo for the Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting , *Anesth Analg* 2004;99:1070 –5).
46. Alkaissi A, Evertsson K, Johnsson VA, Ofenbartl L, Kalman S. P6 acupressure may relieve nausea and vomiting after gynecological surgery: an effectiveness study in 410 women. *Can J Anaesth* 2002; 49: 1034–9
47. White PF, Issioui T, Hu J, et al. Comparative efficacy of acustimulation (Relief Band) versus ondansetron (Zofran) in combination with droperidol for preventing nausea and vomiting. *Anesthesiology* 2002; 97: 1075–81
48. Wang SM, Kain ZN. P6 acupoint injections are as effective as droperidol in controlling early postoperative nausea and vomiting in children. *Anesthesiology* 2002; 97: 359–66

49. Yang LC, Jawan B, Chen CN, Ho RT, Chang KA, Lee JH. Comparison of P6 acupoint injection with 50-percent glucose in water and intravenous droperidol for prevention of vomiting after gynecological laparoscopy. *Acta Anaesthesiol Scand* 1993; 37: 192–4
50. Lin JG, Lob MW, Wen YR, Hsieh CL, Tsai SK, Sun WZ. The effect of high and low frequency electroacupuncture in pain after lower abdominal surgery. *Pain* 2002; 99: 509–14.
51. Rusy LM, Hoffman GM, Weisman SJ. Electroacupuncture prophylaxis of postoperative nausea and vomiting following pediatric tonsillectomy with or without adenoidectomy. *Anesthesiology* 2002; 96: 300–5
52. Eric Marie, Compendio de medicina china, fundamentos, teoría y practica. Ediciones Edaf 6 a edición, enero 2004; 225
53. A. Carlos Nogueira Pérez, ACUPUNTURA II, fisiología, patología, semiología y terapéutica en M.T.Ch. EDICIONES C.E.M.E.T.C. S.L.pag 244,
54. Büttner M, Walder B, von Elm E, Sc M, Tramer MR, Phil D. Is low dose haloperidol a useful antiemetic? A meta-analysis of published and unpublised randomized trials. *Anesthesiology* 2004;101(6):1454-1463.
55. Dripps RD, Lamont A, Eckenhoff JE: The role of anesthesia in surgical mortality. *JAMA* 178:261, 1961.

ANEXO 1
FACTORES DETERMINANTES PARA PONV (6).

Factores determinantes para PONV	Puntaje	Riesgo
Basal	0	10%
Sexo femenino	1	1 punto: 20%
Historia de PONV o cinetosis	1	2 puntos: 40%
No tabaquismo	1	3 puntos: 60%
Uso de opioides para control postoperatorio	1	4 puntos: 80%

ANEXO No 2

FORMATO DE EVALUACION ACUPUNTURA/PONV

DATOS GENERALES: Paciente: _____ Historia clínica: _____ Tels: Fijo: _____
Celular: _____ Edad: _____ Peso: _____ kg Talla: _____ ASA: _____

ANTECEDENTES: Diabetes: _____ Hipertensión: _____ Enfermedad acido péptica: _____ Trastorno de la motilidad gastrointestinal: _____ Otros: _____

O2 prequirúrgico: SI: _____ NO: _____ Horas de ayuno: _____ Ranitidina: _____ mg Metoclopramida: _____ mg

Medicación preoperatoria: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Historia de PONV o cinetosis: SI: _____ NO: _____ Fumador: SI: _____ NO: _____ Desde hace: _____
Paquetes año: _____ Opioides para dolor POP: Morfina: _____ mg Tramadol: _____ mg Hidromorfona : _____ mg
Dipirona: _____ mg Diclofenaco: _____ mg ketoprofeno: _____ mg

CIRUGIA REALIZADA: 1. Vesícula y VB: _____ Hepática: _____ Gástrica: _____ Duodeno, Páncreas, ID: _____ IG: _____
Renal, Uréter: _____ Vejiga: _____ Ginecológica: _____ Vascular: _____ CUAL: _____

Tiempo quirúrgico: _____ hrs Infiltración herida quirúrgica: SI _____ NO _____ Tiempo anestésico: _____ hrs

ANESTESICOS Y DOSIS: 1. Propofol: _____ mg 2. Midazolam _____ mg 2. Norcuron: _____ mg 3. Rocuronio: _____ mg 4. Remifentanyl: _____ ug/k/m 5. Lidocaína: _____ mg 6. Bupivacaina: _____ mg

Anestesia regional: SI: _____ NO: _____ TIVA: SI: _____ NO: _____ Dosis neostigmina: _____ mg

DIAGNOSTICO ACUPUNTURAL: 1. _____ 2. _____ 3. _____

PUNTOS ACUPUNTURA EMPLEADOS: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____

EVENTOS ADVERSOS: 1. _____ 2. _____ 3. _____

	1HORA G(0 – 10)	6 HORAS Temprana (0 – 10)	24 HORAS Tardía (0 – 10)	FRECUENCIA
ANSIEDAD				
NAUSEAS				
VOMITO				
DOLOR				
ANALGESICO POSTOPERAT				
OPIODES POP				
ANTIEMETICO POP				

TIEMPO DE ESTANCIA POSTOPERATORIA ADICIONAL POR PONV: _____

NIVEL DE SATISFACCION CON RESPECTO A LA ANESTESIA: 24 horas POP

1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Indiferente 4. Satisfecho 5. Muy satisfecho

ANEXO No 3

FORMATO DE REPORTE, REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS

PACIENTE: _____ **EDAD:** _____ **SEXO:** _____

HISTORIA CLINICA: _____ **TELEFONO CELULAR:** _____ **FIJO:** _____

DIAGNOSTICO MEDICINA OCCIDENTAL: 1. _____
2. _____
3. _____

DIAGNOSTICO MEDICINA CHINA: 1. _____
2. _____
3. _____

PUNTOS DE ACUPUNTURA EMPLEADOS: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____

EVENTO ADVERSO ASOCIADO A ACUPUNTURA: 1. _____
2. _____
3. _____

MANEJO Y EVOLUCION: 1. _____

2. _____

3. _____

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCION DE EPISODIOS SIMILARES: 1. _____

2. _____

MEDICO RESPONSABLE: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO
ACUPUNTURA Y PREVENCIÓN DE NAUSEAS Y VÓMITO POSTOPERATORIO
EN CIRUGÍA ABDOMINOPELVICA

Usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre prevención de náuseas y vómito postoperatorio empleando acupuntura antes de la cirugía. Esta investigación es encabezada por el Dr Orlando Escamilla con la colaboración del grupo de anestesiólogos de la Clínica Universitaria Colombia para acceder a la maestría de Acupuntura y medicina tradicional china de la Universidad Nacional de Colombia. El propósito de esta investigación es describir y analizar las características de las pacientes llevadas a cirugía abdominopélvica y el uso de la acupuntura como método adicional para la prevención de náuseas y vómito postoperatorio.

Usted ha sido invitada para participar en esta investigación porque pertenece al grupo de pacientes con mayor probabilidad de presentar náuseas y vómito postoperatorio. Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará responder algunas preguntas sobre su estado de salud y se le hará un diagnóstico desde el punto de vista de la medicina tradicional china, el cual no necesariamente corresponde a un diagnóstico desde el punto de vista occidental al cual estará más familiarizada. Posteriormente se le aplicarán de seis a ocho agujas en varias partes del cuerpo con manipulación de las mismas por un lapso de 15 a 20 minutos, se retirarán y será llevada a salas de cirugía para su intervención quirúrgica. El participar en este estudio le tomará aproximadamente 30 minutos en total. Hacia las 24 horas de su cirugía será contactada vía telefónica y se le harán preguntas sobre la presencia de náuseas, vómito y dolor a las 6 y 24 horas del postoperatorio, permanencia en el área de recuperación y nivel de satisfacción.

RIESGOS Y BENEFICIOS

La acupuntura es una técnica muy antigua empleada por los médicos chinos con un gran margen de seguridad. Los riesgos en el empleo de la acupuntura incluyen como cualquier otro procedimiento invasivo la presentación de infección en el sitio de punción para lo cual el acupunturista deberá lavarse las manos y limpiar el sitio a puncionar previamente; el otro riesgo común a cualquier procedimiento es la presencia de sangrado, hematomas o equimosis en el sitio puncionado, la presencia de grandes colecciones de sangre es muy infrecuente. Normalmente al manipular la aguja se podrá sentir una sensación de corrientazo, hormigueo, calambre, destemplamiento que no es peligrosa pero a veces resulta incómoda, esto no implica necesariamente que se puncione algún nervio periférico. Aunque se emplean agujas para la práctica de la acupuntura, la introducción de las mismas es mucho menos dolorosa de lo que

Usted piensa ya que son de un calibre muy pequeño (0,25 milímetros) y se emplea un tubo introductor para su colocación en forma rápida. Otras complicaciones incluyen punción de vísceras solidas o huecas, síncope o desmayos, neumotórax, etc. Los posibles beneficios y que son objeto de este estudio es la disminución en la presencia de nauseas, vomito y dolor postoperatorio, con menor requerimiento de medicamentos. Cualquier duda que tenga consulte con el acupunturista antes de la realización del procedimiento.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información por usted suministrada o los datos obtenidos de su examen físico y del examen realizado serán manejados confidencialmente por el personal incluido en el grupo de investigación, para el análisis posterior. **SI HA LEÍDO ESTE DOCUMENTO Y HA DECIDIDO PARTICIPAR, POR FAVOR ENTIENDA QUE SU PARTICIPACIÓN ES COMPLETAMENTE VOLUNTARIA Y QUE USTED TIENE DERECHO A ABSTENERSE DE PARTICIPAR O RETIRARSE DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO, SIN NINGUNA SANCIÓN. TAMBIÉN TIENEN DERECHO A NO CONTESTAR ALGUNA PREGUNTA EN PARTICULAR.**

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación o sobre sus derechos como participante o reclamación o queja relacionada con su participación en este estudio puede comunicarse con el Departamento de Medicina alternativa de la Universidad Nacional de Colombia al teléfono 3165000 extensión 15148. **Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.**

_____	_____	_____
Nombre del participante	Firma	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del investigador o persona designada	Firma	Fecha

ANEXO No 4

HIGADO – VESICULA BILIAR

ESTANCAMIENTO DEL QI DE HIGADO

Etiología: - Depresión de ánimo, sentimientos de resentimiento, frustración, ira, cólera, contrariedad acumuladas durante largo tiempo. Emociones o eventos psíquicos súbitos intensos.

- Insuficiencia de sangre que no nutre al hígado.

Clínica: - Distensión, opresión, dolor de pecho, costados, bajo vientre que mejora al suspirar ampliamente.

- Suspiros o hipo. Anorexia, diarrea, distensión abdominal, borborigmos.

- Vómitos secos, regurgitación acida, nauseas, eructos frecuentes.

- Bolo histérico (sensación de nudo o hueso de ciruela en la garganta).

- Depresión, ansiedad, melancolía, fluctuación del estado mental.

- Distensión dolorosa de senos. Síndrome premenstrual, dismenorrea, reglas irregulares, amenorrea en casos severos

- Lengua desde normal a roja pálida, saburra fina y blanca.

- Pulso en cuerda, tenso especialmente lado izquierdo.

Tratamiento: - VB 34, SJ 6, H3, H 14.

ESTASIS DE SANGRE DE HIGADO

Etiología: - Problemas emocionales.

- Estancamiento prolongado de Qi de hígado.

Clínica: - Hematemesis, epistaxis, petequias.

- Dismenorrea, reglas irregulares, sangrado menstrual oscuro con coágulos

- Dolor abdominal, masas abdominales.

- Piel seca.

- Lengua purpúrea en los bordes

- Pulso en cuerda

Tratamiento: - VB 34, H 3, V17, V 18.

FUEGO DE HIGADO QUE ASCIENDE

Etiología: - Estado emocional prolongado de cólera, cólera reprimida, resentimiento, frustración. La no expresión del estado emocional lleva a explosión del qi con producción de calor.

- Consumo excesivo de alcohol, alimentos fritos, carnes (cordero, buey)

Clínica: - Irritabilidad, cefalea, contracturas, temblor, rigidez.

- Dormir perturbado con muchos sueños, pesadillas o insomnio.

- Tercera pálida, ojos rojos, cara roja, edema palpebral

- Vértigo, otitis media con exudación purulenta, acúfenos, sordera súbita.
Vahídos.

- Sed, estreñimiento, sabor amargo en la boca, sequedad de garganta.

- Orina amarilla, oscura o roja.

- Sangrados: epistaxis, hematemesis, hemoptisis, reglas abundantes o rojo intensa
- Pulso tenso y rápido.
- Lengua roja con saburra amarilla o seca.

Tratamiento: - H2, H 5, VB 20, VB 40.

CALOR HUMEDAD EN HIGADO Y VESICULA BILIAR

- Etiología:
- Presencia previa de insuficiencia de bazo para su presentación.
 - Calor/humedad climáticos externos.
 - Estancamiento de qi de hígado prolongado que produce calor de hígado y se combina con humedad.

- Clínica:
- Sensación de fiebre, quemazón, distensión dolorosa de región costal y pecho.
 - Distensión abdominal, boca amarga, hiperoxia, nauseas, vomito, heces irregulares.
 - Orinas escasas y concentradas.
 - Alternancia de fiebre y escalofríos
 - Ictericia.
 - Prurito genital; calor, dolor testicular, leucorreas amarillas e irritantes
 - Lengua roja con saburra amarilla, grasa.
 - Pulso tenso y rápido.

Tratamiento: - V 18, V 19, H 14, Ren 12.

VIENTO DE HIGADO QUE SE AGITA EN EL INTERIOR

1. CALOR EXTREMO QUE PRODUCE VIENTO

Etiología: - Vacío de yin de riñón.
- Vacío de sangre.
- Invasión de calor externo o viento calor que penetra a la sangre y produce viento interno.

Clínica: - Fiebre elevada con convulsiones y pérdida de conocimiento o coma. Cefalea, irritabilidad, agitación.
- Vértigo con tendencia a caer, inestabilidad en la marcha.
- Espasmo, temblor de los miembros, opistotonos, ojos en blanco o desviados hacia arriba. Tendencia a presentar accidente cerebro vascular
- Rigidez nuchal o mandibular.
- Lengua roja, escarlata con saburra amarilla, espesa, temblorosa, con desviación o rigidez
- Pulso tenso, rápido, fino, fuerte, en cuerda.

Tratamiento: - VB 20, Du 16, H3, Du 20.

2. ASCENSO DEL YANG DE HIGADO QUE CAUSA VIENTO

Etiología: - Deben estar combinados una insuficiencia de yin de hígado y un ascenso de yang de hígado

Clínica: - Espasmos musculares, inseguridad al andar
- Vértigo, vahído, temblor, cefalea, entumecimiento de los miembros.
- Tendencia a la formación de hematomas.

- Desviación de la boca y ojos, hemiplejía, afasia, convulsiones.
- Respiración con estertores por mucosidades.
- Lengua roja, pelada, desviada; saburra blanca, grasa.
- Pulso tenso, en cuerda, fuerte, flotante, vacío, filiforme, rápido.

Tratamiento: - Du 16, H 8, B 6, VB 20.

3. INSUFICIENCIA DE SANGRE DE HIGADO QUE CAUSA VIENTO

Etiología: - Vacío de yin de hígado y riñón.
 - Evolución de un síndrome yang de hígado o vacío de sangre de hígado.

Clínica: - Entumecimiento, espasmo, temblor de extremidades; tics, movimientos incontrolados de la cabeza. Cuello rígido, tetania.

- Rostro amarillo, mustio, tez pálida sin brillo
- Cefalea y vértigos; jaqueca pulsante, vahído, mareo, vértigo, acúfenos, pérdida de la conciencia; dificultad para hablar o caminar; visión borrosa
- Pulso tenso, fino, de cuerda
- Lengua roja, saburra blanca.

Tratamiento: - H 3, H 8, VB 20, V 18.

ESTANCAMIENTO DE FRÍO EN EL CANAL DE HIGADO

Etiología: - Invasión de frío externo.
 - Vacío de riñón yang.

- Vacío de yang de hígado o debilidad funcional del mismo
- Clínica:
- Dolor, contractura, distensión, hinchazón del hipogastrio o testicular
 - Retracción escrotal, estrechamiento vaginal, hernia inguinal
 - Laxitud.
 - Sensación de frío en tronco y extremidades.
 - Agravación de la sintomatología con el frío y mejoría con el calor.
 - Vómito, hematemesis, epistaxis.
 - Dolor a lo largo del canal, especialmente en tronco y abdomen
 - Lengua: saburra blanca, deslizante, resbaladiza, pálida, húmeda.
 - Pulso profundo, tenso, lento, filiforme, cuerda, sumergido.
- Tratamiento: - Moxar H5, H14, Ren 3, V 60.

INSUFICIENCIA DE SANGRE EN HIGADO

- Etiología:
- Dieta pobre en elementos nutritivos o proteínas que disminuye la capacidad del bazo de producir sangre, incapacitando al hígado para que almacene sangre.
 - Hemorragia importante (por ejemplo postparto).
 - Insuficiencia de qi o de esencia de riñón
 - Enfermedad prolongada que lesiona la sangre de hígado.
- Clínica:
- Tez pálida, terrosa sin brillo o amarillenta, labios pálidos; uñas secas y quebradizas, pálidas, finas, pelo y piel secos, prurito
 - Ojos secos, visión borrosa, `moscas volante`,
 - Acúfenos, mareos, zumbidos, vértigo.

- Entumecimiento, temblor de los miembros, contracturas con limitación articular, parestesia difusa o debilidad muscular, tics musculares, dolor costal, calambres.
- Trastornos del sueño.
- Reglas escasas, color rojo pálido, amenorrea.
- Pulso rugoso, filiforme y en cuerda o tenso.
- Lengua pálida sobretodo en los bordes o anaranjada con saburra blanca.

Tratamiento: - V 17, V 18, B 6, H 8.

ASCENSO DEL YANG DE HIGADO

Etiología: - Problemas emocionales de larga duración como la ira , cólera, frustración
 - Insuficiencia del yin de riñón o hígado.

Clínica: - Irritabilidad, insomnio, hipertensión, rubor facial, ojos rojos, sabor amargo.
 - Boca y gargantas secas.
 - Palpitaciones.
 - Vértigo, acufenos.
 - Cefalea o pesadez de la cabeza especialmente temporal o lateral.
 - Pulso tenso, fino, de cuerda.
 - Lengua roja especialmente en los bordes.

Tratamiento: - V 18, C 7, H 3, PC 6.

HIGADO INVADE EL BAZO

Etiología: - Problemas emocionales que estancan el qi del hígado.

- Insuficiencia del bazo.

Clínica: - Irritabilidad, distensión, dolor abdominal.

- Alternancia de estreñimiento y diarrea; deposiciones a veces pequeñas y secas a veces blandas, flatulencia, fatiga.

- Lengua roja por los lados o pálida.

- Pulso débil lado derecho, en cuerda lado izquierdo.

Tratamiento: -H 13, VB 34, Ren 6, B6.

EL HIGADO INVADE EL ESTOMAGO

Etiología: - Igual que la anterior, dieta irregular y exceso de trabajo

Clínica: - Irritabilidad, dolores, distensión, sensación de plenitud del epigastrio e hipocondrios; regurgitaciones acidas, eructos, nauseas, vómitos

- Lengua roja a los lados o pálida.

- Pulso débil en el lado derecho, de cuerda en el lado izquierdo.

Tratamiento: - H 14, VB 34, Ren 13, E 36.

FUEGO DE HIGADO QUE SE OPONE AL PULMON

Etiología: - Estancamiento por largo periodos del qi de estomago asociado a cólera que forma fuego de hígado.

- Consumo excesivo de alimentos picantes y grasos que crean calor.

Clínica: - Disnea, asma, tos, esputos amarillos o sanguinolentos.

- Sensación de plenitud y constricción en el pecho y los hipocondrios.
- Cefalea, vértigos, rostro rojo, sed, gusto amargo en la boca.
- Orina poco abundante y oscura, estreñimiento.
- Lengua roja mayormente en los bordes hinchada en la parte anterior con saburra amarilla.

Tratamiento: - H 2, H 14, PC 6, P 7.

INSUFICIENCIA DE SANGRE DE CORAZON Y DE HIGADO

Etiología: - Dieta inadecuada en nutrientes que debilita la sangre general y a su vez a la de hígado y corazón.

- Hemorragia grave (parto).

- Tristeza, pesar, preocupación crónica pueden perturbar la mente.

Clínica: - Palpitaciones, vértigo, insomnio, sueño inquieto, mala memoria, ansiedad, propensión a asustarse, tez pálida y apagada, labios pálidos, visión borrosa, moscas volantes en los ojos, uñas quebradizas y secas.

- Hormigueo en las piernas

- Menstruaciones escasas, amenorrea

Tratamiento: - C 7, H 8, v 17, V 18.

VESICULA BILIAR

CALOR HUMEDAD EN LA VB

Etiología: - Estancamiento de energía en el meridiano principal de VB.

- Humedad/calor perversos externos.

- Alcohol y comidas grasas que se convierten en humedad/calor.
- Disfunción de Bazo y estomago (humedad estancada que se convierte en calor).
- Enfados repetidos que bloquean qi de hígado, llevando a que el qi estancado en se convierta en fuego.

Clínica:

- Dolor, distensión en los costados con sensación de quemadura, nauseas, vómitos, dificultad o aversión para digerir las grasas, amargo en la boca, anorexia; palpación de masas en hipocondrio derecho; Acolia.
- Tez amarillenta, brillante. Irritabilidad
- Orina poco abundante, amarilla oscura, tendencia a la litiasis.
- Fiebre sin deseo de beber, escalofríos.
- Eczema escrotal, distensión, calor, dolor testicular. Prurito genital, flujo amarillo fétido e irritante.
- Pulso tenso, rápido, resbaladizo, en cuerda
- Lengua con saburra amarilla, espesa, pegajosa o roja en uno o ambos lados.

Tratamiento: - VB 34, SJ 6, B 6, H 2.

INSUFICIENCIA DE LA VB

Etiología:

- Intimidación, poco apoyo emocional desde la infancia.
- Insuficiencia de sangre.
- Alteraciones dietéticas.
- Afecciones hepáticas.

Clínica: -Vértigos, visión turbia,

- Inquietud, timidez, tendencia a sobresaltarse, falta de coraje e iniciativa o en la toma de decisiones, suspiros
- Insomnio o sueño agitado poli onírico
- Palpitaciones con sensación de angustia
- Pulso débil y fino
- Lengua normal, blanca, pálida, lisa

Tratamiento: - VB 40, VB 43, V 67, V 19.

BAZO - ESTOMAGO

INSUFICIENCIA QI DE BAZO

- Etiología:
- Constitución débil, vejez, enfermedades crónicas.
 - Alimentación excesiva, escasa, desordenada, a deshoras, deficiente en proteínas, consumo excesivo de alimentos fríos o crudo, actividades físicas o mentales mientras se come o inmediatamente después.
 - Cansancio excesivo, ansiedad, obsesión, stress, esfuerzo mental prolongados.
 - Diarrea prolongada.
 - Problemas hepáticos que afectan al hígado.
 - Exposición prolongada a la humedad.
- Clínica:
- Tex amarilla, cérea, marfil, sin brillo
 - Falta de apetito, anorexia

- Fatiga, astenia, debilidad de las cuatro extremidades
- Distensión abdominal que se agrava después de comer y que mejora con la presión, pérdida de peso; deposiciones blandas o diarrea.
- Edema facial y superficial.
- Clinomania.
- Lengua normal, pálida, ligera hinchazón de los bordes, con fisuras transversales, saburra blanca.
- Pulso fino, débil.

Tratamiento: - Ren 12, B 3, V 20, V 21.

INSUFICIENCIA DE YANG DE BAZO

Etiología: - Igual que la insuficiencia de qi asociada a exposición a un medio ambiente frío y húmedo.

Clínica: - Fatiga, frialdad, extremidades frías, rigidez y pesadez de miembros, agravamiento y aversión al frío.

- Ageusia, dolores abdominales que mejoran con el calor y la presión, deposiciones blandas.

- Leucorreas claras, fluidas, acuosas

- Oliguria, dificultad para orinar.

- Lengua pálida, húmeda, inflada con saburra blanca y grasa.

- Pulso sumergido, lento y sin fuerza

Tratamiento: - V20, B3, Ren 12, E 34.

BAZO NO CONTROLA LA SANGRE

- Etiología:
- Igual a la deficiencia de qi de bazo.
 - Deficiencia congénita de energía.
 - Humedad/calor o humedad/frío crónicas.
 - Exceso de reflexión.

- Clínica:
- Signos generales de vacío de qi y de yang de bazo.
 - Hemorragias frecuentes, diversas. Hematemesis
 - Fragilidad capilar subdermica
 - Pulso filiforme, débil.
 - Lengua pálida, saburra blanca.

Tratamiento: V 20, V 17, B 6, B 1.

HUNDIMIENTO DE QI DE BAZO

- Etiología:
- Cronicidad en la deficiencia de qi o yang de bazo.
 - Posición de pie durante horas.

- Clínica:
- Mareo, vértigo, palidez facial, voz débil, sudoración espontánea, disnea.
 - Anorexia, astenia, lasitud.
 - Distensión abdominal o pesadez epigástrica o bajo abdomen especialmente después de comer
 - Ptosis o prolapso anal, uterino, vaginal, gástrico; hemorroides. Micciones urgentes y frecuentes.
 - Tendencia a presentar hemorragias.

- Poliuria, incontinencia.
- Pulso fino, débil, vacío, profundo.
- Lengua pálida, saburra blanca.

Tratamiento: - Du 20, Ren 6, V 20,

FRIO Y HUMEDAD QUE INVADEN AL BAZO

Etiología: - Exposición a humedad externa (climática) o por condiciones de vida o trabajo.

- Ingestión excesiva de alimentos o líquidos fríos, crudos.
- Hábitat húmedo, exceso continuo de humedad en el interior del cuerpo.
- Falta de fuego vital del estómago.

Clínica: - Distensión dolorosa o sensación de plenitud, opresión, pesadez a nivel de epigastrio o abdomen. Dispepsia

- Ausencia de hambre, sed o gusto; regurgitación, náuseas, heces blandas o diarrea
- Tez ictericia, oscura, opaca.
- Miembros fríos.
- Orina escasa.
- Lengua: pálida, gruesa, saburra blanca, pegajosa, grasa, espesa.
- Pulso blando, apacible, profundo, lento, resbaladizo.

Tratamiento: - V 20, Ren 12, B 5, E 36.

CALOR Y HUMEDAD QUE INVADEN BAZO

Etiología: - Humedad que se transforma en calor después de larga acumulación en bazo/estomago.

- Consumo excesivo de grasas, dulces refinados, alimentos salados o contaminados, alcohol, productos lácteos.

- Exposición y ataque al bazo/estomago de calor/humedad externo.

Clínica: - Deposiciones blandas, nauseabundas, amarillentas con sensación de quemazón anal.

- Plenitud, opresión, obstrucción dolorosa, sorda a nivel epigástrico y del abdomen que aumenta con la presión.

- Hiperoxia, nauseas, vómitos ácidos y amargos rechazo de alimentos grasos. Sed sin deseos de beber.

- Orina escasa, oscura, roja, dificultosa.

- Fiebre ligera, calor persistente tras la transpiración.

- Cefalea, pesadez o rigidez de la cabeza y en todo el cuerpo

- Ictericia.

- Lengua roja con saburra amarilla, pegajosa, grasa, seborreica

- Pulso resbaladizo, blando, rápido.

Tratamiento: - B 9, Du 9, VB 34, H 13.

ESTOMAGO

INSUFICIENCIA DE QI DE ESTOMAGO

Etiología: - Mala alimentación, pobre en elementos nutritivos y proteínas o deficiente.

- Enfermedad crónica que debilita el qi en general.
- Alteraciones internas especialmente del bazo y vesícula biliar.
- Factores exógenos como calor/sequedad, factores emocionales tipo madera.

- Clínica:
- Anorexia, astenia con tinte pálido de la faz, fatiga matinal, hipogeusia, voz débil, labios blanquecinos
 - Dispepsia, vomito, molestias epigástricas, dilatación abdominal, dolor epigástrico especialmente después de comer, eructos, flatos, heces blandas.
 - Miembros débiles, mejoría con masajes y calor.
 - Lengua pálida, saburra escasa y blanquecina.
 - Pulso relajado, débil, vacío especialmente guan derecho.

Tratamiento: - Ren 12, E 36, V 21, Ren 6.

INSUFICIENCIA Y FRIO DE ESTOMAGO

- Etiología:
- Dieta insuficiente en nutrientes o proteínas, consumo excesivo de alimentos y líquidos fríos, helados, frutas, ensaladas.
 - Enfermedad crónica que ataca yang de bazo o estomago.
 - Frio externo que invade el estomago.
 - Insuficiencia previa de qi de estomago.

- Clínica:
- Frio, dolor, hinchazón a nivel epigástrico que se agrava con la defecación. El dolor es difuso en casos crónicos y tipo cólico en casos agudos. Sintomatología empeora con el frio y mejora con calor, presión, masaje, alimentos y bebidas calientes.

- Ausencia de sed y de gusto o hipogeusia, saliva clara abundante.
Vómitos postprandiales de líquidos claros.
- Frio en las cuatro extremidades, fatiga.
- Pulso profundo, lento, tenso, sin fuerza
- Lengua pálida, saburra blanca, resbaladiza, grasa.

Tratamiento: - Ren 6, Ren 12, V 21, E 36.

INSUFICIENCIA DE YIN DE ESTOMAGO

- Etiología:
- Dieta y hábitos de alimentación irregulares (cenar tarde, saltarse comidas, comidas escasas, comer pensando en el trabajo, trabajar mientras se come o volver a trabajar inmediatamente después de comer)
 - Calor/sequedad/fuego que consumen los líquidos corporales o humedad/calor estancada.
 - Deshidratación, enfermedades febriles.
 - Factores emocionales (fuego hepático, de PC o ministerial)
- Clínica:
- Hiperoxia, anorexia o hambre con rechazo de la comida, plenitud o dolor epigástrica después de comer; náuseas, hipo, estreñimiento, heces resacas. Sensación de bloqueo epigástrico
 - Sed o deseo de bebidas frías tomadas en pequeños sorbos; sequedad de boca, garganta, labios especialmente en la tarde. Orina escasa
 - Tez roja, fiebre o febrícula vespertina. Agitación ansiosa con sensación de calor precordial
 - Temor o agravación con el calor.
 - Pulso fino, rápido, flotante, vacío.

- Lengua roja, pelada con poca saburra o saburra sin raíz.

Tratamiento: - Ren 12, B 6, E44, IG 11.

FUEGO O FLEMA /FUEGO DE ESTOMAGO

Etiología: - Consumo excesivo de alimentos calientes, tabaco.

- En flema fuego por el consumo excesivo de alimentos grasos y calientes (fritos).

Clínica: - Sensación de ardor y dolor en epigastrio, sed con deseo de beber líquidos fríos, bulimia, hinchazón, dolor o sangrado en las encías, regurgitaciones ácidas, estreñimiento, náuseas, vómito después de haber comido, mal aliento.

- En flema/fuego la sed es menos intensa, mucosidad en las heces, perturbación mental, insomnio, sensación de plenitud en el epigastrio.

- Lengua roja, saburra amarilla, espesa y seca

- Pulso lleno, sumergido, rápido.

Tratamiento: - E 21, E 45, PC 6, Ren 12.

INVASION DEL ESTOMAGO POR FRIO

Etiología: - Invasión del estómago por frío externo por exposición al mismo o consumo excesivo de alimentos o bebidas frías.

Clínica: - Dolores e hinchazón súbitos en el epigastrio, sensación de frío, preferencia por el calor o líquidos calientes, vómitos de líquidos claros, agravación de la sintomatología con la toma de líquidos fríos que son rápidamente vomitadas, abundante saliva clara.

- Frío en las cuatro extremidades.

- Pulso profundo, sin fuerza, lento, tenso.
- Lengua pálida con saburra blanca, espesa y resbaladiza.

Tratamiento: - Moxar E 21, Ren 12. E 34, B 4.

EL QI DE ESTOMAGO SE REBELA Y ASCIENDE

Etiología: - Problemas emocionales (ansiedad, preocupaciones) que impiden descender al qi de estomago.

- Humedad, flemas cronificadas.
- Transgresiones o intemperancias dietéticas.

Clínica: - Vomito inmediato después de cualquier tipo de ingesta, vómitos ácidos, dispepsias rebeldes, aversión a la comida, eructos con olor a comida, dolor epigástrico que mejora después del vomito, pirosis, anorexia, hipersialorrea.

- Pulso resbaladizo, tenso en la posición guan.
- Lengua normal o con saburra gruesa y viscosa

Tratamiento: - Ren 12, Ren 13, PC 6, E 36.

RETENCION DE ALIMENTOS EN EL ESTOMAGO

Etiología: - Excesos en la alimentación, comer de prisa o intranquilamente

Clínica: - Falta de apetito, distensión, plenitud epigástrica aliviada al vomitar; vómitos, nauseas, aliento fétido, eructos, regurgitaciones acidas, aversión a la comida, gastralgia postprandial, trastornos en la defecación.

- Insomnio
- Pulso resbaladizo, lleno

- Lengua con saburra gruesa y pegajosa ya sea blanca o amarilla.

Tratamiento: - IG 4, Ren 12, E 36, E 21.

ESTASIS DE SANGRE EN EL ESTOMAGO

Etiología: - Asociación o derivación a otros síndromes de estomago.

- Estancamiento del qi especialmente de hígado.

Clínica: - Dolor epigástrico fijo e intenso agravado por calor, presión, postprandial.
Vómitos de sangre negra, sangre en las heces.

- Lengua purpura con manchas purpuras

- Pulso en cuerda o rugoso

Tratamiento: - V 17, V 18, Ren 10, E 34.

RIÑÓN - VEJIGA

INSUFICIENCIA DE YIN DE RIÑÓN

Etiología: - Enfermedad crónica proveniente de hígado, corazón, pulmón.

- Exceso de trabajo en forma prolongada. Vejez.

- Actividad sexual excesiva sobretodo en la adolescencia.

- Agotamiento de los líquidos orgánicos, que pueden ser consumidos por el calor después de una enfermedad febril.

- Sangrados prolongados que causan insuficiencia de sangre de hígado que llevan a insuficiencia de yin renal.

- Toma masiva de plantas medicinales chinas o medicación errónea que tonifican el yang de riñón en vez del yin de riñón.
- Ingesta masiva, excesiva de alimentos calientes y secos, malnutrición o intemperancia al alimentarse.
- Depresión, estrés, pavor, miedo.
- Calor, sequedad patógenos que queman el yin renal.

Clínica:

- Debilidad, dolor lumbar, óseo de rodillas.
- Constitución débil, adelgazamiento, debilidad, talalgia.
- Sueño ligero o inquieto, insomnio, amnesia, agitación, ansiedad.
- Mareo, vértigo, acufenos, sordera.
- Visión borrosa, debilidad de la vista.
- Espermatorea, eyaculación precoz, esterilidad, hipomenorrea, amenorrea, hemorragias uterinas, metrorragia, abortos
- Sequedad de boca y garganta, calor en los cinco corazones, febrícula vespertina, fiebre intermitente, sudoración nocturna, rubor malar.
- Orinas amarillas, heces resacas.
- Pulso filiforme, rápido, flotante, vacío.
- Lengua roja, seca, agrietada, sin saburra o seca.

Tratamiento: - B 6, R 3, R 6, V 23.

INSUFICIENCIA DE YANG DE RIÑÓN

Etiología: - Enfermedad crónica y consuntiva.

- Actividad sexual excesiva, especialmente si hay exposición al frío después del acto sexual.

- Retención de humedad (por insuficiencia del bazo) que afecta al riñón y posteriormente bloquea la libre circulación de los líquidos provocando insuficiencia del yang.

- Vejez, multiparidad, debilidad congénita del mingmen, agotamiento físico o intelectual o todo lo que signifique excesivo gasto biológico.

- Alteraciones climáticas o dietéticas.

- Insuficiencia pulmonar, hemorragias, alteraciones de la pentacoordinación.

Clínica:

- Dolor, debilidad lumbar y de rodillas, miembros fríos.

- Aversión al frío, talalgia, mejoría con el calor.

- Vértigo, vahídos, trastornos auditivos, astenia psíquica, apatía, hiporexia.

- Impotencia en el hombre, eyaculación precoz, esterilidad por frío en el útero, prolapso uterino o vesical, polaquiuria, nicturia.

- Tez pálida u oscura, rostro brillante.

- Diarreas litéricas matinales.

- Edemas, distensión, repleción abdominal, hinchazón de todo el cuerpo, orina clara y abundante o clara y escasa

- Palpitaciones, disnea.

- Lengua pálida, hinchada, húmeda con capa blanca, saburra blanca, húmeda.

- Pulso profundo, débil, sumergido.

Tratamiento: - V 23, Du 4, Ren 4, R 3.

QI RENAL NO FIRME

- Etiología:
- Excesiva actividad sexual.
 - Cansancio excesivo, vejez, enfermedades crónicas que debilitan el qi de riñón.
 - Insuficiencia congénita del qi de riñón.
 - Embarazos numerosos y seguidos.

- Clínica:
- Debilidad, sensación de agujetas a nivel lumbar y de rodillas.
 - Astenia mental, lasitud.
 - Tez pálida.
 - Orina clara abundante, frecuente, chorro débil incontinencia, nicturia, goteo postmiccional, eyaculación precoz, espermatorrea, polución nocturna sin sueños; leucorrea clara y fluida, abortos espontáneos, prolapso uterino.
 - Diarrea matutina.
 - Disminución de la agudeza auditiva.
 - Lengua pálida con capa y saburra blanca
 - Pulso profundo, débil

Tratamiento: - V 23, B 6, Ren 3, Ren 4.

EL RIÑÓN NO RECIBE EL QI

- Etiología:
- Debilidad hereditaria de pulmón y riñón o enfermedad crónica que afecte riñón.

- Exceso de ejercicio físico especialmente en la pubertad; levantar cargas pesadas o esfuerzos físicos que lesionen el qi de riñón; estar mucho tiempo de pie.

- Tos crónica que debilita el qi de riñón.

Clínica: - Disnea, asma (dificultad para la inspiración), transpiración espontánea, astenia, voz débil

- Debilidad o dolor en zona lumbar y rodillas

- Orina clara

- Edema facial.

- Lengua pálida con capa blanca, saburra blanca.

- Pulso débil y profundo.

Tratamiento: - V 13, P 7, Ren 17, R 25.

INSUFICIENCIA D

Etiología: - Vejez, actividad sexual excesiva especialmente en la pubertad.

- La esencia vital no se consolida, materializa o almacena. Insuficiencia del qi renal en la infancia

- Actividad física excesiva o enfermedades crónicas.

Clínica: - Fragilidad ósea, caída de los dientes, envejecimiento prematuro.

- Debilidad de rodillas y piernas. Dolor lumbar. Atrofia muscular de extremidades.

- Hipoacusia, acufenos

- Mala memoria, caída o encanecimiento prematuro del cabello

- Amnesia, baja actividad intelectual.
- Diarrea matinal.
- Espermatorrea diurna o nocturna, disminución de la actividad sexual, azoospermia, nicturia, esterilidad, amenorrea
- Lengua roja, pelada
- Pulso flotante, vacío, fino, blando como la piel de un tambor.

Tratamiento: - V 23, Ren 4, B 6, R 3.

INSUFICIENCIA DE YANG DE RIÑÓN, EL AGUA SE DESBORDA

- Etiología:
- Síndrome de vacío de yang crónico.
 - Enfermedades de riñón, corazón y toda enfermedad crónica.
 - Acumulación crónica de humedad que impide al riñón transformar los líquidos.
 - Consumo excesivo de alimentos crudos o fríos que producen insuficiencia de yang de bazo
 - Constitución débil o problemas emocionales que perturban la mente y llevan a insuficiencia de yang de corazón.
 - Insuficiencia de qi de pulmón por retención de frío externo que no es expulsado del pulmón y se transforma interiormente en flema líquida.

- Clínica:
- Edemas especialmente en tobillos y piernas.
 - Sensación de frío en piernas y espalda. Dolor lumbar.
 - Plenitud, distensión abdominal.
 - Orinas claras y poco abundantes, disuria, oliguria.

- Si el agua inunda el corazón: Palpitaciones, disnea, opresión torácica, manos frías.
- Si el agua inunda el pulmón: Esputos acuosos y poco espesos parecidos a espuma, tos, asma, disnea de esfuerzo.
- Lengua pálida, hinchada, saburra blanca y resbaladiza.
- Pulso sumergido, débil, lento, profundo.

Tratamiento: - V23, Ren 9, Du 4, R 7.

SINDROME DE INSUFICIENCIA DE YIN CON ASCENSO DEL FUEGO POR INSUFICIENCIA

Etiología: - Vacío del yin de riñón.

Clínica: - Agitación mental, insomnio, poluciones nocturnas con sueños, deseo sexual exacerbado

- Rubor malar, garganta seca especialmente en la noche, traspiración nocturna, febrícula, fiebre vespertina, calor por la tarde.

- Orina escasa y oscura, hematuria.

- Heces secas.

- Lengua roja y pelada, fisurada con la punta roja.

- Pulso flotante vacío, rápido.

Tratamiento: - R 3, P 7, B 6, C 5.

INSUFICIENCIA DE YIN DE RIÑÓN E HIGADO

Etiología: - Igual que la insuficiencia de yin de riñón e insuficiencia de sangre de hígado con un componente emocional.

- Insuficiencia de sangre y de yin de hígado.

Clínica:

- Tez cetrina.

- Cefaleas sordas occipitales o del vertex, insomnio, sueño perturbado por ensoñaciones, parestesias de miembros, mareos, visión borrosa, acufenos.

- Rubor malar, ojos secos, accesos de cólera, dolor lumbar, garganta seca, transpiración nocturna, calor en los cinco corazones.

- Heces secas difíciles de expulsar.

- Poluciones nocturnas, menstruaciones escasas, amenorrea, retrasos en el ciclo menstrual, esterilidad.

- Lengua roja, pelada, fisurada.

- Pulso flotante, vacío, rugoso.

Tratamiento: - R 6, H 8, Ren 4, Du 20.

DESEQUILIBRIO RIÑÓN CORAZÓN

Etiología: - Las mismas de la insuficiencia de yin de riñón con un componente emocional adicional (ansiedad, tristeza, depresión).

- Insuficiencia crónica de yin de corazón.

Clínica: - Palpitaciones, agitación mental, insomnio, mala memoria, vértigos, acufenos, sordera

- Dolor lumbar, poluciones nocturnas asociadas a sueños.

- Fiebre, sensación de calor por la tarde, transpiración nocturna,

- Orina escasa y oscura.

- Lengua: roja, pelada, punta roja, fisura central que llega a la punta.

- Pulso flotante, vacío rápido

Tratamiento: - V 15, V 23, B 6, Ren 15.

INSUFICIENCIA DE YIN DE RIÑÓN Y DE PULMON

Etiología: - Todo lo que cause insuficiencia de yin o de la esencia de riñón asociado a preocupación crónica.

- Tos crónica que consume el yin de pulmón y repercute sobre el yin de riñón.

Clínica: - Tos seca que se agrava por la noche, boca seca, adelgazamiento, disnea de esfuerzo,

- Dolor lumbar, miembros débiles.

- Fiebre o sensación de calor por la tarde, transpiración nocturna, calor en los cinco corazones.

Tratamiento: - P 7, R 6 asociados, P 9, V 43.

INSUFICIENCIA DE YANG DE RIÑÓN Y BAZO

Etiología: - Insuficiencia de yang de riñón asociado a consumo excesivo de alimentos fríos y crudos. Ataque y persistencia de frío/humedad.

- Insuficiencia de yang de bazo crónica. Diarreas crónicas.

Clínica: - Debilidad física, apatía mental, apatía al frío; miembros, abdomen fríos.

- Flemas en la garganta, disnea, Clinomania, deseo de estar callado.

- Distensión abdominal, falta de apetito, edema abdominal y de piernas.

- Orina escasa o abundante pero clara, sensación de frío en la espalda.

- Heces blandas, diarrea crónica, diarrea al amanecer o acuosa, borborigmos.
- Lengua pálida e hinchada con saburra blanca y húmeda.
- Pulso sumergido, débil, lento, profundo, fino.

Tratamiento: - Ren 6, V 23, Du 4, E 36.

VEJIGA

SINDROME DE CALOR HUMEDAD DE VEJIGA

- Etiología:
- Exposición excesiva al calor o frio y humedad externos.
 - Sentimientos de desconfianza y celos de larga data
 - Flemas y calor por exceso de yang en TR inferior
 - Alteraciones en la alimentación con acumulación de calor humedad interno.
- Clínica:
- Polaquiuria, urgencia urinaria, escozor al orinar, orina amarilla, oscura o turbia, hematuria, sedimento urinario, dolor lumbar.
 - Opresión del bajo vientre.
 - Fiebre, sed
 - Lengua roja, saburra espesa, amarilla, grasienta, pegajosa, puntos rojos en la raíz.
 - Pulso deslizante, rápido, resbaladizo, en cuerda lado izquierdo, en chi.

Tratamiento: - Ren 3, R 2, V 22, V 28.

FRIO HUMEDAD EN VEJIGA

Etiología: - Exposición prolongada al frio y humedad externos.

Clínica: - Polaquiuria, micciones difíciles.

- Sensación de pesadez hipogástrica y en uretra.

- Orina pálida y turbia.

- Lengua con saburra blanca y pegajosa en la base de la lengua.

- Pulso resbaladizo, lento, ligeramente en cuerda en posición chi.

Tratamiento: - B 6, Ren 3, Ren 9, V 28

INSUFICIENCIA DE VEJIGA Y FRIO

Etiología: - Actividad sexual excesiva que debilita el yang de riñón.

- Exposición prolongada al frio; vivir en lugares fríos y húmedos

- Las mujeres son más susceptibles especialmente durante la menstruación.

Clínica: - Micciones frecuentes, abundantes, orina pálida, incontinencia, enuresis, dolor lumbar.

- Fobia al frio, Epistaxis, parasitosis

- Hipoacusia, sordera.

- Lengua pálida y húmeda.

- Pulso débil y sumergido

Tratamiento. - V 23, V 28, V 67, Ren 4.

PULMON INTestino GRUESO

PULMON

INSUFICIENCIA DE QI DE PULMON

Etiología: - Debilidad hereditaria sobre todo si alguno de los padres sufrió de TBC pulmonar

- Pasar largas horas sentado

- Ataque externo de viento frío o viento calor.

- Insuficiencia en la producción energética por trastornos dietarios o emocionales.

- Vacío del yang de riñón o bazo y del yin de hígado.

- Plenitud del yang de corazón.

Clínica: - Disnea, tos y voz débil, esputos acuosos, voz débil, transpiraciones diurnas espontáneas, aversión al frío o viento, tendencia a presentar síndromes gripales.

- Tez pálida, blanca, opaca o brillante.

- Astenia, letargia, deseo de estar callado.

- Lengua pálida o color normal, saburra blanquecina.

- Pulso fino, vacío especialmente lado posición cun derecha.

Tratamiento: - V 13, P 9, E 36, TR 5.

INSUFICIENCIA DE YIN DE PULMON

Etiología: - Insuficiencia de qi de pulmón.

- Insuficiencia de yin de estomago y/o riñón. Insuficiencia de yin de bazo, plenitud de yang de corazón o hígado.

- Sequedad de pulmón de origen interno o externo.

- Tos prolongada o enfermedades crónicas del pulmón.

Clínica: - Tos seca, expectoración escasa y pegajosa (a veces con sangre) disnea, garganta seca, boca seca, sed, voz ronca.

- Piel seca, rubor malar, sudoración nocturna, febrícula vespertina, temor y agravación por el calor, agitación ansiosa, calor en los cinco corazones.

- Vómitos secos.

- Emaciación.

- Pulso filiforme, rápido, vacío sobre todo en posición con lado derecho

- Lengua seca, roja, sin saburra o escasa y seca.

Tratamiento: - P 9, P 10, V 13, R 6.

SEQUEDAD DE PULMON

Etiología: - Calor o sequedad externos.

- Insuficiencia de yin de estomago.

- Disminución de la capacidad defensiva.

Clínica: - Tos seca con secreciones espesas difíciles de expectorar estriadas con sangre, garganta seca o irritada, boca seca, voz ronca.

- Sed, fiebre con temor al frío, dolor torácico.

- Astenia o pesadez de las extremidades.

- Lengua seca pero no roja, saburra blanca o amarilla.

- Pulso rápido, superficial, fino, vacío sobretodo en la posición cun derecha.

Tratamiento: - P 7, R 6, IG 4, B 6.

INVASION DE PULMON POR VIENTO FRIO

Etiología: - Exposición al viento y al frío.

- Debilidad del qi defensivo.

- Cambio climatológico o geográfico rápido.

Clínica: - Tos, expectoración fluida y blanca, disnea, ronquera súbita, nariz tapada con rinorrea clara y estornudos.

- Febrícula o fiebre ligera y escalofríos, ausencia de sed, temor al frío, miembros fríos, ausencia de transpiración.

- Lengua con saburra blanca y fina.

- Pulso tenso, apretado, superficial, flotante sobre todo en posición cun.

Tratamiento: - P 7, V 12, IG 4, Ren 22.

INVASION DEL PULMON POR VIENTO CALOR

Etiología: - Exposición al viento y calor climáticos o viento frío.

Clínica: - Tos con expectoración de mucosidades amarillas y concentradas, garganta dolorosa, nariz obstruida o produciendo mucosidad amarilla o turbia, amígdalas inflamadas.

- Fiebre, aversión al frío y al viento, ligera transpiración, sed.

- Cefalea, agotamiento.

- Lengua roja en la punta o en los bordes, saburra delgada, amarilla o blanca.

- Pulso superficial, rápido, flotante.

Tratamiento: - IG 4, IG 11, P 7, Du 14.

INVASION DEL PULMON POR VIENTO AGUA

Etiología: - Exposición al viento, frío y humedad.

Clínica: - Hinchazón súbita de los ojos y rostro que se extiende progresivamente por todo el cuerpo.

- Tez blanca y brillante.

- Orina escasa y pálida.

- Aversión al viento.

- Fiebre, tos, disnea.

- Lengua con saburra blanca y resbaladiza.

- Pulso flotante y resbaladizo.

Tratamiento: P 7, Ren 9, IG 6, V 13.

FLEMA HUMEDAD OBSTRUYEN EL PULMON

Etiología: - Insuficiencia de qi o yang de bazo

- Invasiones de patógenos exógenos externos que debilitan pulmón y bazo

- Consumo excesivo de alimentos grasos, fríos, crudos.

- Tos prolongada.

Clínica: - Tos potente y fuerte, mucosidad abundante, blanca, fluida fácil de expectorar; disnea, asma con roncus y flemas abundantes, respiración con estertores, sensación de opresión torácica, aversión a estar tumbado.

- Tez blanca terrosa.

- Lengua pálida con saburra blanca, espesa, pegajosa.

- Pulso resbaladizo, débil, flotante, filiforme, rugoso.

Tratamiento: - Ren 17, V 13, P 7, E 40.

FLEMA CALOR OBSTRUYE EL PULMÓN

Etiología: - Consumo excesivo de alimentos grasos, picantes (carnes fritas, alcohol, grasas, especias), tabaco.

- Invasión de viento calor.

- Enfermedades crónicas del pulmón.

Clínica: - Tos ronca, esputos nauseabundos y abundantes, amarillos, verdes oscuros incluso hemoptoicos; disnea, asma, sensación de opresión en el pecho.

- Dolor en el hipocondrio, plenitud y opresión torácica.

- Fiebre.

- Lengua roja, saburra amarilla espesa, pegajosa.

- Pulso resbaladizo, rápido, lleno.

Tratamiento: - P 1, P 5, IG 11, V 13

FLEMA LIQUIDA OBSTRUYE EL PULMÓN

Etiología: - Insuficiencia crónica de yang de bazo.

- Consumo excesivo de alimentos grasos, fríos, crudos.

Clínica: - Tos, disnea, ruido de chapoteo en el pecho, esputos blancos, acuosos, espumosos

- Vomito, frialdad.

- Lengua pálida saburra blanca, espesa, pegajosa.

- Pulso filiforme, resbaladizo, débil, flotante.

Tratamiento: - Ren 17, V 13, P 5, P9.

INSUFICIENCIA DE QI DE CORAZON Y DE PULMÓN

Etiología: - Problemas emocionales de dolor, tristeza, que agotan el qi de tórax.

- Traumas de tórax.

- Tos y enfermedades crónicas que debilitan el qi de tórax.

- Vejez, fatiga, debilidad constitucional, que agotan el qi de corazón y pulmón.

Clínica: - Palpitaciones, disnea de esfuerzo, voz débil, propensión a coger enfriamientos.

- Transpiración espontanea, palidez, cansancio.

Tratamiento: - V 15, P 9, Ren 17, Ren 12.

INTESTINO GRUESO

CALOR HUMEDAD EN EL INTESTINO GRUESO

- Etiología:
- Consumo excesivo de alimentos grasos, calientes, crudas o contaminadas.
 - Cronificación de flemas y humedad por insuficiencia de bazo, estomago e ID.
 - Invasión de calor humedad a estomago e IG en verano y otoño.
- Clínica:
- Dolores abdominales con urgencia en la defecación, diarrea, mucosidad y sangre en las heces, heces nauseabundas, sensación de quemazón en el ano, orina poco abundante y oscura.
 - Fiebre y escalofríos, transpiración (que no baja con la fiebre), sed sin deseo de beber, tez roja.
 - Sensación de pesadez en el cuerpo y los miembros; sensación de plenitud en el pecho y epigastrio.
 - Lengua roja, saburra amarilla, pegajosa, espesa.
 - Pulso resbaladizo, deslizante, blando y rápido.
- Tratamiento: - E 25, E 37, E 40, IG 4.

CALOR EN EL INTESTINO GRUESO

- Etiología:
- Consumo excesivo de alimentos calientes o secos.
 - Ataque persistente de calor patógeno exógeno y endógeno.
- Clínica:
- Estreñimiento pertinaz, ardor anal, melenas o rectorragia.
 - Sequedad de labios y boca, heces secas y duras.
 - Dolor abdominal, rechaza el masaje, mejora con el frio.

- Orinas escasas y amarillas.
- Lengua roja con saburra amarilla, grasa, espesa, pardo o incluso negra.
- Pulso lleno, rápido, deslizante.

Tratamiento: - E 37, E 44, IG 4, Ren 4,

CALOR QUE OBSTRUYE EL IG

- Etiología: - Ataque persistente de calor patógeno exógeno o endógeno.
- Clínica: - Estreñimiento, sensación de quemazón en el ano, distensión y dolor abdominal agravados con la presión.
- Fiebre alta, vespertina, transpiración sobre todo en los miembros.
 - Vómitos, sed, delirio.
 - Lengua roja, saburra seca, espesa, amarilla, parda o negruzca

Tratamiento: - IG 4, B 15, TR 6, B 6.

FRIO QUE INVADE EL IG

- Etiología: - Invasión del IG por frío externo (sentarse por mucho tiempo en superficies frías, húmedas o expuesto mucho tiempo al frío sin estar abrigado) que se cronifica.
- Clínica: - Dolores abdominales súbitos, diarrea dolorosa, estreñimiento.
- Sensación de frío en el abdomen.
 - Ageusia.

Tratamiento: - E 25, E 36, IG 5, H 3.

SEQUEDAD DEL IG

Etiología: - Insuficiencia de sangre o de yin. Postparto.

- Proceso febril persistente.
- Calor sequedad, fuego de IG.

Clínica: - Heces secas, difíciles de expulsar, estreñimiento.

- Boca, garganta secas, adelgazamiento, sensación de cansancio.
- Facies roja, febrícula vespertina, ansiedad, mareo.
- Lengua seca, pálida o roja, sin saburra.
- Pulso fino.

Tratamiento: - R6, E 36, B 6, IG 11.

COLAPSO DEL IG

Etiología: - Insuficiencia de bazo estomago

Clínica: - Diarrea crónica, prolapso anal, hemorroides.

- Astenia después de la defecación, miembros fríos, hiporexia, astenia mental
- Deseo de bebidas calientes y de masajearse el abdomen.
- Lengua pálida
- Pulso filiforme, débil, sumergido.

Tratamiento: - E 36, Ren 4, E 25, B 3.

FRIO EN EL IG

Etiología: - Consumo excesivo de alimentos fríos, crudos y exposición repetida al frío climatológico.

Clínica: - Heces blandas, frecuentes, dolor abdominal sordo, borborigmos, prolapso rectal.

- Poliuria con orina clara.

- Extremidades frías, lumbago.

- Lengua pálida, saburra blanca y delgada.

- Pulso sumergido y filiforme.

Tratamiento: - Ren 6, E 25, E 36, V 20.

CORAZON - INTESTINO DELGADO

CORAZON

INSUFICIENCIA DE QI DE CORAZON

Etiología: - Perdidas de sangre.

- Problemas emocionales especialmente los debido a tristeza

- Debilidad congénita.

- Enfermedad grave o vejez.

- Alteraciones internas.

Clínica: - Palpitaciones, precordalgia súbita e intensa, falta de respiración con el esfuerzo.

- Tez pálida, palidez, apatía, sudoración, Voz velada, ojos sin brillo, temor al frío.

- Tendencia a la hipotensión, lipotimia, sueño ligero.
- Lengua pálida o normal, saburra blanca.
- Pulso vacío, ligeramente desbordante.

Tratamiento: - Ren 17, C 9, V15, PC 6.

INSUFICIENCIA DE YANG DE CORAZON

- Etiología:
- Cronificación de la insuficiencia de qi de corazón.
 - Insuficiencia de yang de riñón.
 - Enfermedad crónica o aguda que lesiona el yang.
 - Debilidad de los órganos en la vejez.
 - Insuficiencia congénita de energía.

- Clínica:
- Palpitaciones, sensación de distensión o molestia en región precordial
 - Disnea con el esfuerzo, fatiga, apatía, sudoración, insomnio.
 - Tez pálida y opaca, labios cianóticos.
 - Sensación de frío, rostro pálido y brillante, miembros fríos (manos), aversión al frío.
 - Lengua pálida, húmeda, hinchada.
 - Pulso sumergido, débil, anudado.

Tratamiento: - PC 6, V 15, Ren 17, C 9.

COLAPSO DEL YANG DE CORAZON

Etiología: - Igual que deficiencia de yang del corazón especialmente por insuficiencia de yang del corazón.

Clínica: - Palpitaciones, disnea, respiración débil y poco profunda.
- Sudoración profusa con gotas gruesas, miembros frío, labios cianóticos
- Coma en casos graves, mente entumecida.
- Lengua muy pálida o purpurea azulada, corta.
- Pulso oculto, imperceptible, anudado.

Tratamiento: - V 15, Ren 6, Du 14, Du 20.

INSUFICIENCIA DE SANGRE DE CORAZÓN

Etiología: - Insuficiente producción de sangre por dietas inadecuadas
- Ansiedad, preocupaciones prolongadas
- Hemorragias graves.
- Excesivo fuego de hígado o insuficiencia de yin de hígado.
- Enfermedades febriles persistentes.

Clínica: - Precordalgia, palpitaciones,
- Ansiedad, mala memoria, sueños perturbados con ensueños, propensión al sobresalto, astenia, vértigo, mareo.
- Rostro pálido, opaco, sin brillo, labios pálidos.
- Alteraciones menstruales: amenorrea, oligomenorrea.
- Lengua pálida, delgada, ligeramente seca

- Pulso rugoso, filiforme, débil.

Tratamiento: - PC 6, C 7, V 15, V 17.

INSUFICIENCIA DE YIN DE CORAZÓN

Etiología: - Insuficiente producción de sangre o hemorragias.

- Factores emocionales con estancamiento de energía que genera calor y consume el yin de corazón.

- Enfermedad febril que daña el yin de corazón.

- Anemia, tuberculosis.

Clínica: - Palpitaciones,

- Insomnio, sueño perturbado con ensueños, propensión a sobresaltarse, mala memoria, ansiedad, agitación mental, inquietud.

- Mejillas rojas, fiebre ligera o sensación de calor o molestia, sudor nocturno, boca y garganta secas, calor en los cinco corazones.

- Lengua roja sin saburra, punta enrojecida más hinchada que el resto de la lengua con pequeños puntos rojos, fisura central profunda que va hasta la punta.

- Pulso superficial, vacío, rápido, filiforme

Tratamiento: - B 6, R 6, PC 6, C 7.

FUEGO DE CORAZON QUE ASCIENDE

Etiología: - Problemas emocionales como ansiedad crónica, preocupaciones permanentes y depresión que estancan el qi y este se transforma en fuego.

- Fuego de hígado, excesivo calor o yang de corazón.

- Flema calor.

- Anemia y otras enfermedades carenciales.

Clínica: - Palpitaciones, agitación mental, y física, risas en sueños.

- Sed, gusto amargo en la boca.

- Aftas, cara roja.

- Orina oscura o hematúrica.

- Lengua roja, punta enrojecida e hinchada con puntos rojos, saburra amarilla, grieta central que va hasta la punta.

- Pulso lleno, rápido, apresurado, desbordante, posición con mano izquierda.

Tratamiento: - B 6, R 6, R 15, PC 6.

FLEMA FUEGO QUE PERTURBAN EL CORAZON

Etiología: - Problemas emocionales, estado depresivo severo que desencadenan un estancamiento de qi y se transforma en fuego a largo plazo.

- Consumo excesivo de alimentos calientes, y grasa que engendran calor y flema.

- Acumulación de humedad prolongada que se convierte en humedad calor.

- Calor externo que ataca al pericardio durante una enfermedad febril.

Clínica: - Palpitaciones.

- Agitación mental, insomnio, sueño alterado por ensueños, propensión a sobresaltarse, discurso incoherente, confusión mental, impulsividad, tendencia a la agresividad, risas y llantos incontrolados, agitación, estado depresivo, falta de vivacidad.

- Lengua roja, saburra amarilla, pegajosa, fisura central con espículas amarillas en el interior, la punta de lengua es a veces más roja que el resto del cuerpo, hinchada con pequeños puntos rojos.

- Pulso lleno, rápido, resbaladizo, desbordante, en cuerda.

Tratamiento: - PC 5, H 2, V 15, Ren 12.

FLEMA QUE NUBLA LA MENTE

Etiología: - Constitucional en los niños.

- Consumo excesivo de alimentos grasos, crudos, fríos que han entrañado la formación de flema y se asocia a desordenes emocionales graves.

Clínica: - Confusión mental, pérdida del conocimiento, estupor letárgico, afasia.

- Vómitos.

- Carraspeo de la garganta.

- Lengua hinchada, saburra espesa, pegajosa, resbaladiza con fisura central que va hasta la punta con espículas en el interior.

- Pulso resbaladizo.

Tratamiento: - PC 5, C 9, E 40, Ren 15.

ESTANCAMIENTO DE SANGRE DE CORAZON

Etiología: - Vacío de qi o yang del corazón que conduce a mala circulación de la sangre.

- Cansancio excesivo.

- Invasión de frío perverso.

- Excesos emocionales (ansiedad, tristeza, resentimiento, cólera).

- Retención de flema.

Clínica: - Palpitaciones, precordalgia irradiada a cara interna del miembro superior izquierdo o a espalda; sensación de plenitud, molestia, opresión o constricción a nivel del pecho.

- Labios y uñas cianóticas.

- Astenia, respiración entrecortada.

- Pulso anudado, tenso.

- Lengua purpura, dilatación de venas sublinguales, varicosidades en los bordes.

Tratamiento: - PC 6, Ren 17, V 17, R 25.

INTESTINO DELGADO (ID)

CALOR PLENITUD DEL INTESTINO DELGADO

Etiología: - Problemas emocionales (por ejemplo: angustia intensa durante largo tiempo, emprender múltiples proyectos.

- Fuego excesivo transmitido por el corazón.

- Infecciones bacterianas (humedad/calor estancados).

- Alteraciones dietéticas y ambientales.

- Acumulación de calor humedad en el recalentador inferior.

Clínica: - Agitación mental.

- Aftas, garganta dolorosa, tez roja, sed, halitosis.

- Sordera.

- Sensación de inquietud y calor en el pecho.
- Dolor, hinchazón abdominal que pueden irradiar a la región lumbar y aliviados por la emisión de gases.
- Orina oscura, disuria, ardor uretral, hematuria.
- Retracción, dolor testicular.
- Fiebre, escalofríos.
- Pulso rápido, deslizante, desbordante especialmente en cun.
- Lengua roja, punta de lengua roja e hinchada, saburra amarilla espesa.

Tratamiento: - ID 5, E 39, Ren 4, C 8.

DOLOR DE QI DE ID

Etiología: - Consumo excesivo de alimentos fríos y crudos que perturban la función de transformación del ID.

- Estancamiento de qi de hígado (cólera, frustración y resentimiento).

Clínica: - Dolores abdominales punzantes irradiados a espalda, distensión abdominal, aversión a la presión en el abdomen, borborigmos, flatulencia, dolores abdominales aliviados por la expulsión de gases.

- Dolor testicular.

- Lengua con saburra blanca.

- Pulso sumergido, de cuerda sobre todo en posición chi.

Tratamiento: - E 39, Ren 6, VB 34, H 13.

QI DE ID ANUDADO

Etiología: - Consumo excesivo de alimentos crudos, fríos que bloquean completamente la función de transformación del ID.

Clínica: - Dolores abdominales violentos, aversión a la presión sobre abdomen, distensión abdominal, estreñimiento, vómitos, borborigmos, flatulencia.

- Lengua con saburra blanca, espesa.

- Pulso sumergido y de cuerda

Tratamiento: - E 39, H 3, E 25, B 6.

INSUFICIENCIA DE ID Y FRIO

Etiología: - Alimentario y climatológico.

- Vacío del qi de ID.

Clínica: - Dolor abdominal que se alivia con la presión y calor, diarrea, heces sanguinolentas, borborigmos.

- Poliuria, polaquiuria, disuria, orina pálida.

- Tez pálida, astenia, sudoración espontánea, extremidades frías, sensibilidad al frío, agravamiento por el frío.

- Enlentecimiento motor.

- Pulso fino, profundo, lento, débil, sumergido.

- Lengua pálida, hinchada, saburra blanca.

Tratamiento: - V 27, E 39, Ren 6, E 25.