

Revista Internacional de Acupuntura

www.elsevier.es/acu



Original

Craneopuntura y acupuntura en el tratamiento de pacientes con fibromialgia. Estudio prospectivo aleatorizado

Eliseo Collazo Chao* y María Dolores Muñoz Reina

Unidad de Acupuntura, Hospital Universitario Reina Sofía, Universidad de Córdoba, Córdoba, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de enero de 2012

Aceptado el 7 de febrero de 2012

Palabras clave:

Acupuntura

Craneopuntura

Fibromialgia

Resultados del tratamiento

R E S U M E N

Objetivo: Evaluar y comparar la eficacia de la acupuntura y de la craneopuntura, como terapias exclusivas, en la reducción del dolor y mejora de la calidad de vida de pacientes con fibromialgia (FM).

Diseño: Ensayo clínico controlado, aleatorizado, para evaluar la eficacia de la acupuntura en comparación con la de la craneopuntura.

Emplazamiento: Hospital Universitario Reina Sofía, de Córdoba (España).

Participantes: Pacientes (62) con FM confirmada clínicamente en el servicio de reumatología, divididos en 2 grupos.

Intervenciones: Ciclos de 10 sesiones de acupuntura y craneopuntura.

Mediciones principales: Escala total de dolor y cada uno de sus componentes, escala visual analógica y cuestionario de impacto de FM a los 3, 4, 5 y 6 meses del inicio de las intervenciones.

Resultados: El grupo de craneopuntura mostró diferencias significativas en todas las variables frente al de acupuntura, excepto respecto a los problemas de sueño.

Conclusiones: El protocolo de craneopuntura utilizado presentó una eficacia notablemente superior al protocolo de acupuntura en el tratamiento de la FM.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Scalp acupuncture and acupuntura for treatment of patients with fibromyalgia. Prospective randomized study

A B S T R A C T

Objective: To assess and compare the effectiveness of acupuntura and scalp acupuntura as exclusive therapies for alleviating pain and improving the quality of life in patients with fibromyalgia (FM).

Design: Controlled clinical trial, randomized, to assess effectiveness of acupuntura compared to that of scalp acupuntura.

Location: Hospital Universitario Reina Sofía in Córdoba (Spain).

Participants: patients (62) with clinically confirmed FM at rheumatology department, divided into 2 groups.

Keywords:

Acupuntura

Scalp acupuntura

Fibromyalgia

Treatment results

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ecollazo@comcordoba.com (E. Collazo Chao).

Interventions: Cycles of 10 sessions of acupuncture and scalp acupuncture.

Measurements: Total pain scale and components, visual analogue scale and questionnaire on FM impact on months 3, 4, 5 and 6 after beginning the interventions.

Results: The scalp acupuncture group showed significant differences on all variables compared to the acupuncture one, except by sleeping problems.

Conclusions: The scalp acupuncture protocol showed a remarkably higher effectiveness than the acupuncture protocol for treating FM.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Aunque los estudios sobre farmacología van afinando la prescripción más adecuada¹ para el tratamiento de los pacientes con fibromialgia (FM), esta continúa siendo una enfermedad crónica, frecuente y compleja que afecta cada vez a más pacientes².

Observaciones clínicas han propuesto a la acupuntura y a las técnicas relacionadas de la Medicina Tradicional China (MTC) como un tratamiento eficaz, ya sea solo o complementario. La bibliografía va demostrando que la acupuntura puede aliviar el dolor crónico³. Estudios realizados en nuestro hospital muestran resultados esperanzadores en el tratamiento de la FM^{4,5}.

Se ha notificado que la puntura superficial de la piel en pacientes con FM produce un aumento del flujo de sangre en la piel y los músculos, que no se ha observado en sujetos sanos⁶. Esto implicaría que la puntura superficial de la piel en pacientes con FM podría producir el mismo efecto que la puntura profunda en sujetos sanos.

Las complicaciones serias asociadas con acupuntura incluyen transmisión de enfermedades infecciosas, neumotórax y otros problemas asociados con la puntura de órganos, lesiones espinales, taponamiento cardíaco, y rotura de las agujas con posible migración a otra localización, aunque su aparición es muy rara si se practica la técnica correcta. Entre las pequeñas complicaciones se incluyen: agujas olvidadas, exacerbación de los síntomas, pequeñas hemorragias, hematomas, fatiga, sudoración, náuseas y dolor de cabeza⁷.

Algunos estudios han mostrado la efectividad de la craneopuntura frente a la acupuntura para mejorar la calidad del sueño y tratar el insomnio^{8,9}. Esta comunicación nos hizo pensar que la craneopuntura podría también resultar más útil que la acupuntura en el tratamiento de la FM.

El presente estudio pretende profundizar en esta vía de tratamiento, iniciada con anterioridad⁵, estudiando la eficacia de la craneopuntura y su comparación con la acupuntura en el tratamiento de la FM. No se ha encontrado bibliografía acerca de estas cuestiones.

En la elaboración de este proyecto se ha procurado seguir las recomendaciones de los informes STRICTA¹⁰ y CONSORT¹¹.

Material y métodos

Diseño

Ensayo clínico controlado, aleatorizado, con pacientes diagnosticados de FM y que cumplieran los criterios de selección

(tabla 1), para evaluar la eficacia de la craneopuntura en comparación con el tratamiento acupuntural.

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Acupuntura de la Clínica del Dolor del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, entre marzo de 2011 y julio de 2012.

Hipótesis

El estudio presenta la hipótesis nula de que el tratamiento con craneopuntura no mejora la analgesia ni la calidad de vida alcanzada con el tratamiento acupuntural en pacientes de FM. La hipótesis alternativa consiste en que la craneopuntura, aplicada según los criterios determinados, sobre pacientes con FM reduce el dolor y mejora la calidad de vida en mayor medida que el empleo único del tratamiento acupuntural, tras un ciclo de tratamiento, a los 3, 4, 5 y 6 meses del inicio del tratamiento.

Es importante tener en cuenta que la FM es una enfermedad crónica caracterizada por dolor recurrente en un período de meses o más largo. El seguimiento a largo plazo es crítico para valorar la efectividad del tratamiento.

Tabla 1 – Criterios de selección

Criterios de inclusión

Diagnóstico cierto de fibromialgia: dolor generalizado o difuso que persiste más de 3 meses, presente a ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, y en el esqueleto axial (columna cervical, torácica o lumbar, o cara anterior del tórax); dolor a la presión digital en 11 de los 18 puntos dolorosos (9 pares)

Criterios de exclusión

Embarazo
Enfermedad psiquiátrica grave en actividad
Grave deterioro del estado general
Litigio laboral por causa del dolor
Pacientes con patología reumática concomitante (artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, lupus eritematoso sistémico, artropatías microcristalinas o artrosis)
Inclusión en una lista de espera quirúrgica
Anemia y enfermedades hematológicas
Tratamiento con Sintrom® o similares
Enfermedad sistémica grave o descompensada (cardiopulmonar, neurológica, renal, febril)
Pacientes que no puedan acudir a las visitas necesarias para llevar a cabo el estudio
Participar en otro estudio de investigación

Objetivos

El objetivo general consistió en valorar la eficacia de la craneopuntura frente al tratamiento de acupuntura en la reducción del dolor y la mejora de la calidad de vida de pacientes con FM en la provincia de Córdoba.

Los objetivos específicos consistieron en:

1. Evaluar el grado de alivio del dolor. Se deseaba conocer en qué proporción disminuye el valor total de la escala de dolor en estos pacientes; en principio se consideró que la intervención sería eficaz si se alcanzaba una reducción de un 18% tras un ciclo de tratamiento, a los 3, 4, 5 y 6 meses.
2. Evaluar el grado de reducción de la intensidad y frecuencia del dolor; la disminución en el consumo de analgésicos; la reducción de problemas relativos al sueño, y la reducción de la discapacidad. Se deseaba conocer en qué proporción disminuye el valor de estos parámetros del dolor en estos pacientes tras un ciclo de tratamiento, a los 3, 4, 5 y 6 meses.
3. Evaluar la mejora en la calidad de vida, medida a través de los tests propuestos. En principio se consideró que la intervención sería eficaz si se alcanzaba una mejora de un 6% tras un ciclo de tratamiento, a los 3, 4, 5 y 6 meses.

Sujetos de estudio

Se incluyó exclusivamente a pacientes remitidos desde la clínica del dolor a la unidad de acupuntura, con FM confirmada clínicamente en el servicio de reumatología¹² y que cumplieran los criterios de diagnóstico recientemente establecidos¹³. Los pacientes se aleatorizaron (1:1) con el programa informático C4-SDP, manteniendo en todo momento oculta la asignación al evaluador externo; el evaluador desconocía el tratamiento realizado y tenía prohibido preguntar al paciente sobre este aspecto; a los pacientes se les advertía de que debían negarse a responder cualquier pregunta que les hiciera el evaluador a este respecto. Se realizó control de reacciones adversas en cada grupo:

- Grupo 1: acupuntura (1 ciclo; 1 sesión/semana; 10 sesiones).
- Grupo 2: craneopuntura (1 ciclo; 1 sesión/día; 10 sesiones).

Intervenciones

La fórmula de puntos acupunturales que había que utilizar en cada paciente concreto y su enfermedad en un ciclo de tratamiento (rutinariamente, 10 sesiones) se construyó tras haber obtenido el diagnóstico según la MTC, no según el diagnóstico de la medicina occidental^{14,15} ni según fórmulas previamente establecidas¹⁶. No se utilizaron más de 5 puntos (ordinariamente, bilaterales) ni más de 10 agujas (de acero inoxidable, mango de plata, de un solo uso, fabricadas en la República Popular China) por sesión. La longitud de las agujas varió entre 0,5 y 1,5 cun; se insertaron directamente, sin guía, hasta la profundidad necesaria para obtener el *Deqi*. Las agujas permanecieron insertadas durante 20 min. No se utilizaron fórmulas de puntos o puntura en puntos gatillo por no ajustarse al concepto de acupuntura tradicional china¹⁷ ni se utilizó moxibustión. Se

aseguró así la homogeneidad en la intervención entre todos los pacientes.

No resulta factible transcribir la fórmula de puntos utilizada para cada paciente en cada una de las 10 sesiones de acupuntura teniendo en cuenta la disponibilidad de espacio, que resultaría excesivamente prolijo y que se realizó un importante esfuerzo de síntesis de puntos de acupuntura para no utilizar más de 10 agujas por sesión. Sin embargo, dicha información es de vital importancia para poder reproducir el estudio; por lo que se indican los puntos de acupuntura más utilizados en el tratamiento de los diferentes síndromes diagnosticados según la MTC en los pacientes que han recibido tratamiento con acupuntura:

- Insuficiencia de Bazo: V 20, E 36, B 6, Ren 12, B 3, H 13.
- Insuficiencia de Xue de Hígado: V 17, V 18, B 6, V 20, E 36, B 10.
- Estancamiento de Qi de Hígado: H 14, H 3, E 36, V 18, MC 6, B 6.
- Insuficiencia de Yin de Riñón: V 23, R 3, V 52, R 6, B 6, Ren 6.
- Insuficiencia de Yang de Riñón: V 23, Du 4, R 6, Ren 4, Ren 6, VB 39.
- Insuficiencia de Xue de Corazón: V 15, C 9, V 17, MC 5, B 9, V 20.
- Insuficiencia de Jing de Riñón: V 23, R 6, Du 4, R 3, V 52, Ren 6.
- Insuficiencia de Yin de Hígado-Riñón: V 18, V 23, B 6, Ren 4, R 3, V 52, V 17.
- Viento de Hígado: V 23, B 10, R 3, V 17, VB 20, E 36.

La craneopuntura consistió en la puntura diaria bilateral de determinadas líneas, puntos y áreas durante 2 semanas seguidas (10 sesiones) con electroestimulación:

- A. Área de la sensibilidad (CC1).
- B. Área sensitivo-motriz de los miembros inferiores o área de la marcha (CC1).
- C. Línea central de la calota (CC3).
- D. Área de la fortaleza (CC3).
- E. Si Wei o punto del pensamiento (CC2).
- F. Línea media frontal (CC3).
- G. Área de los sentimientos y la mente (CC3).
- H. Ji Yi o punto de la memoria (CC2).
- I. Xin Hao o punto de entendimiento del lenguaje (CC2).
- J. Línea posterotemporal (CC3).

Distribución de las sesiones:

- A. Sesiones 1 y 5.
- B. Sesiones 2 y 6.
- C + D + E + F. Sesiones 3 y 7.
- G + H. Sesiones 4 y 8.
- I + J. Sesiones 5 y 9.

El médico acupuntor que realizó las intervenciones es especialista en Acupuntura China y Moxibustión por la Third School of Clinical Medicine of Beijing Medical University y tiene más de 15 años de experiencia clínica en acupuntura.

El mantenimiento de la movilidad es muy importante en los pacientes con FM, por lo que éticamente no se la puede excluir; pero había que suprimir factores de confusión, por lo

que se les entregó una tabla de ejercicios aeróbicos¹⁸ (correspondientes a los ejercicios en seco de la Guía de ejercicios para personas con fibromialgia, editada por la Asociación de Divulgación de Fibromialgia) para hacer diariamente —además de andar de manera continuada 1 h diaria— también hasta 6 meses después del inicio del tratamiento, pero no se permitieron intervenciones complementarias en los grupos, como gimnasia, Tai Chi, yoga, psicoterapia, terapia ocupacional, rehabilitación, etc.

Los pacientes de todos los grupos continuaron con el mismo tratamiento farmacológico que tenían al inicio, a no ser que el médico que lo había instaurado lo retirara o cambiara. Si un sujeto precisaba tratamiento analgésico, antiinflamatorio, antidepresivo, etc. por una nueva patología crónica concomitante, permaneció en el estudio y en los controles se tuvo en cuenta dicha medicación.

Medición de variables

Para medir la eficacia de los tratamientos se realizó una valoración inicial con la escala completa del dolor⁵ y el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (CIF)¹⁹ a corto plazo (3 meses) y a los 4, 5 y 6 meses de haber finalizado el tratamiento.

La escala de valoración del dolor de Lattinen presenta la ventaja de medir varias variables distintas (intensidad del dolor, frecuencia, consumo de analgésicos, discapacidad que ocasiona el dolor y problemas del sueño) valoradas entre 0 y 4 de forma que, en conjunto, representan la característica de interés y es un índice que, al combinar varias mediciones, mejora la precisión con la que se valora el alivio del dolor.

El CIF es una versión española, actualizada en 2007 y de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire, cuya puntuación media es de 70,5 puntos y que se utiliza en España para la evaluación de pacientes con FM.

Otras variables fueron: edad, sexo, estudios, ocupación, estado civil, duración del dolor (cronicidad) y tiempo transcurrido desde el diagnóstico de FM.

Análisis de los resultados

Se consideraron perdidos los pacientes que abandonaron el tratamiento sin haber completado el ciclo de tratamiento.

En el análisis de los datos se utilizó el método conocido como intención de tratar en el que los sujetos son analizados según el grupo al que fueron inicialmente asignados, independientemente de si recibieron de forma correcta o no la intervención que les tocó en suerte. La ventaja esencial es que los grupos son comparables en su composición en todas las variables (edad, sexo, gravedad de la clínica, etc.) excepto en el factor de intervención objetivo del estudio. Esta estrategia se aproxima a la realidad de la práctica clínica diaria. El programa SPSS permite la inclusión y el análisis de los datos faltantes como tales. En este estudio todos los individuos aleatorizados recibieron el tratamiento previsto en su grupo, por lo que los datos faltantes hacen referencia a algunos de los controles de los meses 3, 4, 5 o 6. Los datos faltantes fueron sustituidos por el valor obtenido en el control siguiente, presuponiendo que

cualquiera de los 2 tratamientos va perdiendo eficacia con el paso del tiempo.

Se consideró un nivel de significación estadística del 5% y una potencia del 80%. Teniendo en cuenta estudios previos^{5,20}, se necesitaban 62 pacientes (cálculo realizado con Epidat 3.1) con un intervalo de confianza (IC) del 95%.

Con el paquete estadístico SPSS para análisis de datos se realizó la prueba de Friedman para las variables ordinales y el análisis de la varianza para las cuantitativas en los grupos apareados (antes-después). Para el contraste de hipótesis entre grupos independientes se utilizó la prueba de la U de Mann-Whitney para las variables ordinales y la de la t de Student para las cuantitativas. Los datos se expresan como media \pm desviación estándar o mediana [intervalo intercuartílico] en el caso de las variables cuantitativas, y como número absoluto (%) en el caso de las cualitativas. Se evaluó la distribución normal de las variables, la incidencia de efectos adversos y la prevalencia de intolerancia medicamentosa.

Aspectos éticos

Se respetaron los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki. Todos los pacientes firmaron el documento de consentimiento informado específico. Previamente se obtuvo el informe favorable del comité ético de investigación clínica. Toda la información obtenida quedó sujeta al mismo nivel de confidencialidad que la contenida en la historia clínica (Ley 41/2002, Ley 15/1999, R.D. 994/99).

Resultados

No hubo diferencias significativas entre los grupos (fig. 1) al inicio del estudio respecto a cualquiera de las variables.

El tiempo medio de diagnóstico de la FM fue de 4,8 años y el de cronicidad del dolor fue de 10 años. El 94% de los sujetos era pluripatológico, destacando la presencia de depresión, artrosis, lumbalgia, cervicalgia, cefalea, y alteraciones de la articulación temporomandibular. El 92% de los pacientes pertenecía al sexo femenino. Destaca un 30% de amas de casa, un 16% de trabajadores del campo, un 19% de personal con tareas técnicas y un 15% de sujetos jubilados. La media de edad fue de 50 años (mínimo 28, máximo 70). El 71% de los sujetos había realizado estudios primarios exclusivamente. No se observaron efectos adversos de la acupuntura. Presentaba intolerancia farmacológica el 21% de los sujetos.

Se encontraron diferencias significativas con relación al total de la escala del dolor a los 4 meses (4,1; IC del 95% para la media, 0,64-7,56; error típico, 1,165; $p < 0,05$) y a los 6 meses (3,96; IC del 95% para la media, 0,67-7,26; error típico, 1,186; $p < 0,01$), y respecto al CIF a los 4 meses (13,1; IC del 95%, 0,14-26,36; error típico, 4,735; $p < 0,05$) a favor del grupo de craneopuntura.

Hay diferencias significativas respecto a la intensidad del dolor a los 4 meses ($p < 0,05$) y a los 6 meses ($p < 0,01$), la frecuencia del dolor a los 4 meses ($p < 0,01$) y el consumo de analgésicos a los 4 meses ($p < 0,05$) a favor del grupo de craneopuntura.

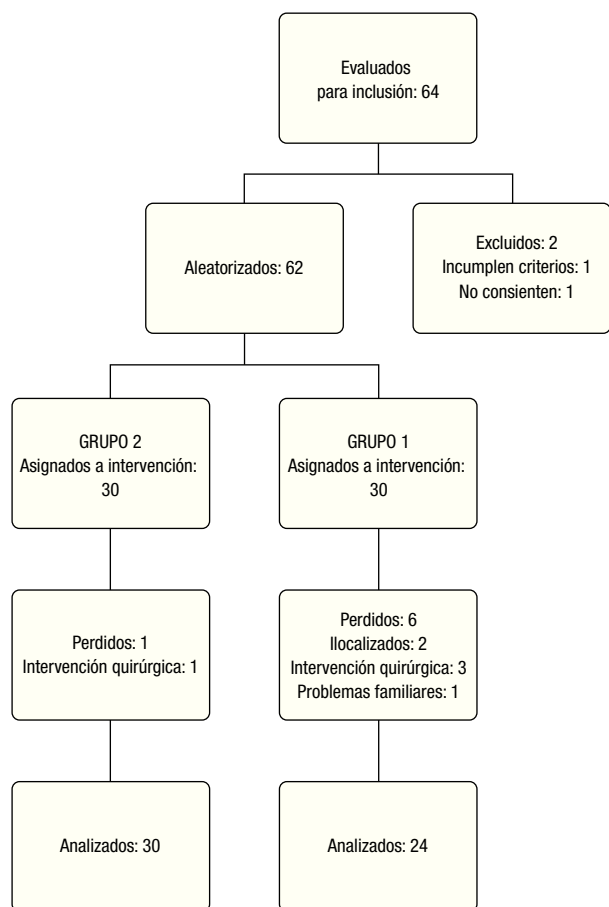


Figura 1 – Esquema del estudio.

En el grupo de acupuntura se encontraron diferencias significativas entre antes y después de recibir el tratamiento para los valores del sueño a los diferentes tiempos ($p < 0,01$), con

una mejoría progresiva notable. Se observó una oscilación de los resultados, que mejoraban a los 3 y 6 meses, mientras que empeoraban en el mes 4 y 5.

En el grupo de craneopuntura se encontraron diferencias significativas entre antes y después de recibir el tratamiento para el total de la escala del dolor entre el valor inicial y a los 3 meses ($p < 0,05$) y al mes 6 ($p < 0,001$), con una mejoría progresiva notable. Hay diferencias significativas para la intensidad del dolor entre el valor inicial y a los 6 meses ($p < 0,05$) y para el consumo de analgésicos ($p < 0,05$) —que alcanzó el valor más bajo a los 4 meses— y para el sueño ($p < 0,01$) entre los valores a los diferentes tiempos, que mejoraron progresivamente.

En la tabla 2 se muestran los resultados de las variables para cada grupo.

Discusión

Al contrario de lo que se esperaba, en este estudio no se ha podido comprobar^{8,9} que mediante la craneopuntura se obtienen mejores resultados que con la acupuntura en el tratamiento de los trastornos del sueño; aunque —a pesar del escaso número de sujetos incluidos— se obtuvieron los mejores resultados con diferencias significativas en las restantes variables, excepto la frecuencia del dolor. Aun así, la mejoría en el sueño fue progresiva en el grupo de craneopuntura, que alcanzó su valor más alto en el sexto mes.

En términos globales, los grupos de acupuntura y craneopuntura se reparten los resultados favorables a los 3 meses; en los restantes controles mensuales la superioridad analgésica conseguida en el grupo de craneopuntura es notable. A pesar de los datos faltantes en el grupo de acupuntura, los resultados obtenidos no se alejan de manera importante de los obtenidos en estudios previos²⁰ con pacientes de similares características.

Tabla 2 – Resultados de las variables por grupo y mes^a

Mes/grupo	Escala dolor ^a	Intensidad ^a	Frecuencia ^a	Consumo de analgésicos ^a	Discapacidad ^a	Problemas de sueño ^a	EVA ^a	CIF ^a
Mes 3/grupo 1	16,20; 13,30; 17,90%	3,53; 2,6; 26,34%	3,74; 2,81; 24,86% ^b	2,97; 1,95; 34,34% ^b	3,1; 2,62; 15,48% ^b	4,59; 2,62; 42,91% ^b	7,4; 7,2; 2,7%	65,59; 76,71; -16,95%
Mes 3/grupo 2	14,9; 11,72; 21,34% ^b	3,91; 2,64; 32,4% ^b	3,73; 2,91; 21,98%	3,77; 3,18; 15,64%	2,58; 2,51; 2,71%	4,05; 3,05; 24,69%	8,27; 7,09; 14,26% ^b	71,9; 54,63; 24,01% ^b
Mes 4/grupo 1	16,20; 14,60; 9,87%	3,53; 2,87; 18,69%	3,74; 3,49; 6,68%	2,97; 3,18; -7,07%	3,1; 3,45; -11,29%	4,59; 2,61; 43,13% ^b	7,4; 7,36; 0,54%	65,59; 72,16; -10,01%
Mes 4/grupo 2	14,9; 11,54; 22,55% ^b	3,91; 3,09; 20,97% ^b	3,73; 2,73; 26,80% ^b	3,77; 2,5; 33,68% ^b	2,58; 2,33; 9,68% ^b	4,05; 3; 25,95%	8,27; 7,36; 11% ^b	71,9; 63,09; 12,25% ^b
Mes 5/grupo 1	16,20; 14,16; 12,59%	3,53; 3,1; 12,18%	3,74; 2,27; 39,30% ^b	2,97; 3,41; -14,81%	3,1; 2,91; 6,12%	4,59; 2,87; 37,47% ^b	7,4; 7,3; 1,35%	65,59; 66,78; -1,81%
Mes 5/grupo 2	14,9; 11,18; 24,96% ^b	3,91; 3; 23,27% ^b	3,73; 2,73; 26,80%	3,77; 2,77; 26,52% ^b	2,58; 2,12; 17,82% ^b	4,05; 2,59; 36,04%	8,27; 6,81; 17,65% ^b	71,9; 63,72; 11,37% ^b
Mes 6/grupo 1	16,20; 13,84; 14,56%	3,53; 2,85; 19,26%	3,74; 2,61; 30,21% ^b	2,97; 3,62; -21,88%	3,1; 3,06; 1,29%	4,59; 2,13; 53,59% ^b	7,4; 6,3; 14,86%	65,59; 65,4; 0,28%
Mes 6/grupo 2	14,9; 10,63; 28,65% ^b	3,91; 2,36; 39,64% ^b	3,73; 2,91; 21,98%	3,77; 2,77; 26,52% ^b	2,58; 2,10; 18,6% ^b	4,05; 2,32; 42,71% ^b	8,27; 6,54; 20,91% ^b	71,9; 65,27; 9,22% ^b

CIF: Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia; EVA: escala visual analógica.

^aIncluye el valor inicial, el valor para ese mes y la frecuencia (%) de mejoría o empeoramiento.

^bMejor resultado de cada variable en el mes indicado.

En algunos casos aislados, un factor de confusión consistió en la aparición de una nueva patología —ocasional o permanente— que provocaba alteraciones en el tratamiento farmacológico o la petición por parte del paciente de que también fuera tratada con acupuntura.

Para evitar el sesgo de detección, la evaluación analgésica y del CIF (antes y después) fue realizada por una persona distinta del médico que aplicaba la técnica. La aplicación del ciego al paciente es problemática de realizar y todavía no se ha conseguido una forma adecuada de ejecutarlo.

Se produce un 21% de intolerancia a medicamentos atribuida, globalmente, al conjunto de antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos. En este estudio, la aplicación de la acupuntura como técnica complementaria ha conseguido disminuir el consumo de analgésicos en un 34,34% a los 3 meses del tratamiento (en los restantes controles aumentó el número de analgésicos consumidos), mientras que con craneopuntura se consiguió una disminución del 26,52 incluso en el mes 6. Esto implica la disminución del consumo de protectores gástricos y de los efectos secundarios de los analgésicos en pacientes frecuentemente polimedicados. Constituye una limitación el no haber tenido en cuenta si el paciente estaba recibiendo algún tipo de tratamiento analgésico no farmacológico.

En consecuencia, el protocolo de craneopuntura utilizado presenta una eficacia notablemente superior al tradicional protocolo personalizado de acupuntura en el tratamiento de la FM durante 6 meses. Es probable que el tratamiento de la FM con el protocolo utilizado de craneopuntura conjuntamente con dietoterapia tradicional china²⁰ consiguiera unos beneficios analgésicos superiores al tratar específicamente los síndromes de insuficiencia. Esta proposición precisa una comprobación en la práctica. Sería necesario un tamaño muestral mayor para averiguar si diversos diagnósticos sindrómicos responden de manera desigual al tratamiento con el protocolo de craneopuntura utilizado.

Puesto que en la actualidad los tratamientos convencionales son poco resolutivos, los resultados de este estudio constituyen un avance para el planteamiento de otros proyectos de investigación sobre MTC y FM hasta conseguir saber cuáles son las armas terapéuticas de la MTC más eficaces en el tratamiento de la FM.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Rivera J, Vallejo MA, Esteve-Vives J; Grupo ICAF. Estrategias de prescripción de fármacos en el tratamiento de pacientes con fibromialgia. *Reumatol Clin*. 2012;08:184-8.
- Mas AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B; EPISER Study Group. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clin Exp Rheumatol*. 2008;26:519-26.
- Ezzo J, Berman B, Hadhazy VA, Jadad AR, Lao L, Singh BB. Is acupuncture effective for the treatment of chronic pain? A systematic review. *Pain*. 2000;86:217-25.
- Collazo Chao E. Efectividad de la acupuntura en el alivio del dolor refractario a tratamiento farmacológico convencional. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16:79-86.
- Collazo Chao E. Efectividad de la terapia acupuntural en el alivio del dolor en pacientes con fibromialgia. *Rev Int Acupuntura*. 2010;4:52-8.
- Sandberg M, Lindburg LG, Gerdle B. Peripheral effects of needle stimulation (acupuncture) on skin and muscle blood flow in fibromyalgia. *Eur J Pain*. 2004;8:163-71.
- Kaptchuk T. Acupuncture: theory, efficacy, and practice. *Ann Intern Med*. 2002;136:374-83.
- Zhou ZL, Shi X, Li SD, Guan L. [Effect of scalp point penetration needling on sleep quality and sleep structure of insomnia patients]. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2010;30:721-4.
- Zhou ZL, Shi X, Li SD, Guan L. [Scalp penetration acupuncture for insomnia: a randomized controlled trial]. *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao*. 2010;8:126-30.
- MacPherson H, White A, Cummings M, Jobst K, Rose K, Niemtzw R; Standards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture. Standards for reporting interventions in controlled trials of acupuncture: The STRICTA recommendations. *Standards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture*. *Acupunct Med*. 2002;20:22-5.
- Cobos-Carbó A. Ensayos clínicos aleatorizados (CONSORT). *Med Clin (Barc)*. 2005;125 Supl 1:21-7.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*. 1990;33:160-72.
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010; 62:600-10.
- Kaptchuk T. Acupuncture: theory, efficacy, and practice. *Ann Intern Med*. 2002;136:374-83.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). Acupuncture Information and Resources. Disponible en: <http://nccam.nih.gov/health/acupuncture>
- Harris RE, Tian X, Williams DA, Tian TX, Cupps TR, Petzke F, et al. Treatment of fibromyalgia with formula acupuncture: investigation of needle placement, needle stimulation, and treatment frequency. *J Altern Complement Med* 2005;11:663-71.
- Duncan B, White A, Rahman A. Acupuncture in the treatment of fibromyalgia in tertiary care—a case series. *Acupunct Med*. 2007;25:137-47.
- Busch AJ, Barber KAR, Overend TJ, Peloso PMJ, Schachter CL. Ejercicio para el tratamiento del síndrome de FM (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Esteve-Vives J, Rivera Redondo J, Salvat Salvat MI, De Gracia Blanco M, Alegre de Miquel C. Propuesta de una versión de consenso del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatol Clin*. 2007;3:21-4.
- Collazo Chao E, Aragonés MA. Acupuntura y dietoterapia tradicional china en el tratamiento de pacientes con fibromialgia. Estudio prospectivo aleatorizado. *Rev Int Acupuntura*. 2012;6: 94-101.