

✉ E. Collazo, MD, PhD¹, E. Muñoz, MD²

Predicción de la variabilidad de la respuesta a la acupuntura en el tratamiento del dolor crónico

Prediction of variability in the response to acupuncture in patients with chronic pain

Resumen

Objetivo: Comprobar un método para identificar a los pacientes con dolor crónico que podrían beneficiarse del tratamiento con acupuntura. Comparar la respuesta a la acupuntura de los pacientes con fibromialgia frente a otros pacientes con dolor crónico.

Diseño: Estudio observacional, prospectivo, longitudinal, de evaluación independiente.

Emplazamiento: Unidad de Acupuntura del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (España).

Participantes y métodos: Ciento cincuenta pacientes consecutivos con dolor crónico derivados para tratamiento con acupuntura, divididos en un grupo de fibromialgia y otro de dolor crónico general. Abandonaron el estudio 20 sujetos.

Intervenciones: Aplicación del método indirecto de Dung en miembro superior para conocer el grado y categoría del paciente dentro de la sensibilidad al dolor antes de recibir el tratamiento personalizado con acupuntura.

Mediciones principales: Diferencias en la escala de dolor antes y después del tratamiento.

Resultados: La regresión lineal múltiple no pudo demostrar que la disminución del dolor esté relacionada con el grado de dolor de las categorías de sensibilidad, ni con la edad, el sexo o el número de sesiones de acupuntura, dependiendo exclusivamente de la patología. Los pacientes con fibromialgia responden un 57% menos que los de dolor crónico al tratamiento con acupuntura ($p < 0,001$; intervalo de confianza del 95%).

Conclusiones: La respuesta a la acupuntura en pacientes con dolor crónico no parece depender de la categorización del dolor que indica Dung utilizando su método abreviado predictor en miembro superior.

Abstract

Objective: To evaluate a method to identify which patients with chronic pain could benefit from acupuncture and to compare response to acupuncture between patients with fibromyalgia and those with other types of chronic pain.

Design: Observational, prospective, longitudinal, independent evaluation study.

Setting: Acupuncture Unit, Reina Sofia University Hospital, Cordoba, Spain.

Participants: A total of 150 consecutive patients with chronic pain referred for acupuncture treatment were divided into a fibromyalgia group and a general chronic pain group. Twenty patients withdrew from the study.

Interventions: Dung's indirect method was applied in the arm to determine the patient's pain grade and pain sensitivity category before receiving personalized acupuncture treatment.

Main outcome measures: Differences in the pain scale before and after treatment.

Results: Multiple linear regression did not demonstrate that pain reduction was related to the pain grade of the pain sensitivity categories, age, sex or number of acupuncture sessions. Pain reduction was related only to the disease. Response to acupuncture was 57% lower in patients with fibromyalgia in those with chronic pain ($p < 0.001$; 95% confidence interval).

Conclusions: Response to acupuncture in patients with chronic pain does not seem to depend on the categories of pain in Dung's abbreviated predictive method applied in the arm.

Palabras clave

Acupuntura, variabilidad de respuesta, medida del dolor, tratamiento, dolor crónico, predicción

Key words

Acupuncture, predictive value of tests, pain measurement, treatment outcome, chronic pain, prognosis

✉ Eliseo Collazo, MD, PhD.
Correo electrónico: ecollazo@comcordoba.com

¹ Unidad de Acupuntura. Clínica del Dolor. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.
² Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. Córdoba. España.

Introducción

No todos los seres humanos respondemos de igual manera cuando recibimos un tratamiento con acupuntura, al igual que sucede con los fármacos y con las técnicas terapéuticas instrumentales. Identificar a los pacientes que puedan beneficiarse del tratamiento con acupuntura y las pistas que sirvan de guía a los médicos para detectar a esos pacientes es una aspiración largamente anhelada. Esta cuestión resulta especialmente importante en los pacientes con dolor crónico. Un método fiable y rápido que sirviera para seleccionar a los pacientes que responderán de manera significativa al tratamiento con acupuntura aumentaría de forma sustancial la eficiencia de esta técnica, tanto terapéutica como preventiva. Se han encontrado pocos estudios recientes sobre este tema¹⁻³.

En este campo se ha realizado un metaanálisis reciente¹, y ha encontrado que entre los modificadores positivos de la terapia con acupuntura se encuentran: el sexo femenino, vivir en familia, haber tenido experiencia previa positiva con la acupuntura y haber tenido experiencia previa negativa con otros tratamientos. Se identificaron como modificadores positivos para cualquier tipo de tratamiento los pacientes menores de 50 años, un mayor nivel de educación (más de 10 años de estudios) y menos de 4 años de evolución del dolor.

Hace años, Dung et al describieron 2 métodos indirectos y abreviados² para cuantificar la sensibilidad al dolor utilizando puntos de acupuntura, y dividieron a los pacientes en 4 categorías que englobaban 12 niveles de sensibilidad al dolor. El primer método hace referencia a la sensibilidad al dolor al presionar determinadas apófisis espinosas; en el segundo método se utiliza la presión en determinados puntos del miembro superior. La cuantificación del dolor es el proceso de determinación o estimación de la proporción de 211 puntos representativos sobre el cuerpo que se han convertido a la fase pasiva. Dung et al afirmaron que la ventaja principal de cuantificación del dolor está en la estimación de la experiencia de dolor de un individuo, y en la predicción de su respuesta a la acupuntura y otras terapias de dolor; esto se obtiene estimando el porcentaje de estos puntos en las fases pasivas o activas.

En consecuencia, nos propusimos comprobar si los métodos descritos por Dung servían para identificar a los pacientes con dolor crónico que podrían beneficiarse del tratamiento con acupuntura.

Participantes y métodos

Diseño

Para probar la hipótesis de trabajo era necesario aplicar a los pacientes uno de los métodos indirectos² para conocer su grado y categoría dentro de la sensibilidad al dolor antes de recibir el tratamiento con acupuntura; igualmente se les administraba una escala integral de dolor. Una vez concluido el tratamiento habría que observar si había relación

entre el grado y la categoría de dolor y los cambios producidos en la escala integral de dolor, de forma que cuanto más avanzada fuera la categoría menos beneficio se habría obtenido con el tratamiento de acupuntura (sin disminución o con muy poca en la cuantificación de la escala de dolor) y viceversa.

En los pacientes con fibromialgia (FM) se suponía que podía haber una relación entre la categoría del dolor y el rango del Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (CIF)⁴, por lo que, en ese caso, existiría una relación entre la puntuación del CIF y la respuesta a la acupuntura. Existe la intuición de que los pacientes con FM responden peor a la acupuntura que los pacientes con otro tipo de dolor crónico.

Otros objetivos consistían en dilucidar si había alguna relación entre las categorías y la escala de dolor, o un mayor tiempo de duración del dolor o el número de sesiones de acupuntura.

En el fondo se trataba de intentar descubrir de qué factores depende la mejor o peor respuesta a la acupuntura y si el resultado se podría predecir.

Sujetos y método

Para ello se decidió arbitrariamente incluir 150 pacientes con dolor crónico consecutivos que fueran derivados para tratamiento a la Unidad de Acupuntura del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, iniciándose el reclutamiento en diciembre de 2009.

El plan de trabajo se realizó de la siguiente forma. Cuando un paciente con dolor crónico era derivado a la unidad se realizaba la historia clínica de Medicina Tradicional China (MTC) para comprobar que cumplía los criterios de inclusión y exclusión (tabla 1) y padecía un síndrome susceptible de ser tratado con acupuntura. Después, se le pasaba la escala de valoración del dolor (tabla 2) y se exploraba la sensibilidad al dolor (tablas 3 a 5). Las tablas 3 y 4 están relacionadas y hacen referencia al segundo método abreviado descrito por Dung, que utiliza la presión en determinados puntos del miembro superior, y que es el que se siguió en este trabajo. A cada punto se aplica una presión de palpación estándar con la punta del pulgar o del índice, y se pregunta al paciente por la presencia de sensibilidad y su grado. Se asignan 2 cruces para los puntos con el nivel superior de sensibilidad y 1 cruz para los que son sólo suaves; no se asigna ninguna cruz a los puntos no sensibles. Finalmente se suman las cruces, obteniéndose una puntuación en una escala de 0 a 12. La presión estándar requiere una fuerza de aproximadamente 1 kg de presión, pero si el examinador consigue una reacción positiva sensible en 0,5 kg de presión, no es necesario aplicar más. Si se utiliza una presión excesiva en la evaluación de un paciente, no sólo se despierta su descontento sino que los resultados de la evaluación son sesgados porque cualquier punto será sensible si se aplica bastante presión.

Al finalizar el ciclo de tratamiento se le pasaba nuevamente la escala de valoración del dolor. A los pacientes con FM también se les administraba el CIF antes de iniciar el trata-

TABLA 1 Criterios de inclusión y exclusión	
Criterios de inclusión	
A. Diagnóstico preciso. El paciente no está pendiente de pruebas diagnósticas y se ha llegado a un diagnóstico definitivo, de forma que el tratamiento con acupuntura no enmascare ni retrase un diagnóstico adecuado y preciso	
B. Exclusión de solución quirúrgica	
C. Tratamiento farmacológico excluido por: <ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilidad medicamentosa - Intolerancia derivada del uso de AINE o analgésicos - Úlcus gastroduodenal 	
D. Dolor neurológico: <ul style="list-style-type: none"> - Funcional - Localizado (segmentario) - Cervicocéfálico - Central referido (secuela de AVC y miembro fantasma) 	
E. Dolor articular: <ul style="list-style-type: none"> - Mono o poliarticular no secundario a prótesis articular - Periarticular y musculoligamentoso. 	
F. Dolor fibromiálgico	
Criterios de exclusión	
A. Diagnóstico inexistente, incompleto o confuso	
B. Indicación quirúrgica clara	
C. Ausencia injustificada de tratamiento previo	
D. Embarazo	
E. Enfermedad psiquiátrica grave en actividad	
F. Grave deterioro del estado general	
G. Enfermedad cancerosa activa, excepto paciente oncológico, no terminal, con dolor de grado medio que cumpla alguno de los criterios de inclusión	
H. Proceso febril	
I. Dermopatía generalizada y grave	
J. Rentofilia o litigio laboral por causa del dolor	
K. Contusiones o traumatismos directos como causa primera de evolución menor de 1 mes	

ACV: accidente cerebrovascular; AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

miento. La escala habitual de valoración del dolor presenta la ventaja de medir varias variables distintas, de forma que en conjunto representan la característica de interés, siendo un índice que al combinar varias mediciones mejora la precisión con la que es valorado el alivio del dolor. Además se registraron otras variables: sexo, duración del dolor, tipo de patología y número de sesiones de acupuntura. Este estudio es de evaluación independiente, ya que la valoración analgésica antes y después fue realizada por una persona diferente al médico que aplicaba la técnica de acupuntura.

TABLA 2 Escala de valoración del dolor de Lattinen	
Intensidad subjetiva	
Sin dolor	0
Ligero	1
Molesto	2
Intenso	3
Insoportable	4
Frecuencia	
Nunca	0
Rara vez	1
Frecuente	2
Muy frecuente	3
Continuo	4
Consumo de analgésicos	
Ninguno	0
Ocasional	1
Regular	2
Mucho	3
Muchísimo	4
Incapacidad	
Ninguna	0
Ligera	1
Moderada	2
Ayuda	3
Total	4
Sueño	
Normal	0
Se despierta a veces	1
Se despierta 1 vez	2
Se despierta > 1 vez	3
Insomnio	4

La fórmula de puntos de acupuntura que se va a utilizar en cada paciente concreto y su enfermedad en un ciclo de tratamiento (rutinariamente, 10 sesiones, 1 por semana; normalmente, entre 2,5 y 3 meses), se realizó tras haber obtenido el diagnóstico según la MTC, no según el diagnóstico de medicina occidental^{5,6}. Se obtuvo el *De Qi* en cada punto. No se utilizaron más de 5 puntos (ordinariamente, bilaterales) ni más de 10 agujas (de acero inoxidable, mango de plata, con cabeza, de un solo uso, fabricadas en la República Popular China) por sesión. La longitud de las agujas varió entre 0,5 a 1,5 cun, siendo insertadas directamente, sin guía, hasta la profundidad necesaria para obtener el *De Qi*. Se aseguró así la homogeneidad en la intervención entre todos los pacientes.

TABLA 3 Método de localización de puntos

Paciente con el brazo totalmente relajado

El DR-I está sobre el nervio radial, aproximadamente 4 cm distal al epicóndilo lateral del codo en el surco formado por el *brachioradialis* y el *extensor carpi radialis longus*

Si el examinador palpa distalmente a lo largo de este surco del DR-I otro punto se encontrará aproximadamente de 2 a 3 cm de distancia: el DR-II. Si este punto es sensible, el paciente tiene al menos 4 grados; si no lo es, el paciente tiene más de 4 grados; si es sólo ligeramente sensible o considerablemente menos sensible que el DR-I, el paciente tiene probablemente 4 grados

El DR-III se encuentra a 2 a 3 cm debajo del nervio DR en el mismo surco. Este punto está al final de la secuencia terciaria. Si este punto es tan sensible como los otros 2 puntos DR, entonces probablemente el paciente está en la categoría no específica

Si el LAC (IG 11) es más sensible que el MAC (ID 8), se estimaría que el paciente no está más allá de 4 grados (5 como máximo)

El MAC es el primero en la secuencia de puntos secundarios: un paciente con sensibilidad en este punto está al menos en la categoría secundaria con un nivel de dolor de 4

Un punto sobre la eminencia tenar de la mano que es inervado por el recurrente de nervio mediano (P 10) y otro, también inervado por el nervio mediano, en la línea media del antebrazo aproximadamente a 5 cm del pliegue de proximidad de la muñeca (PC 6). Si uno de los 2 puntos es sensible, el paciente es probablemente secundario; si ambos son sensibles, el paciente es más probable terciario

DR: profundo radial; LAC: lateral antebraquial cutáneo; MAC: medial antebraquial cutáneo.

TABLA 4 Estimación de la sensibilidad del dolor basada en la palpación en el miembro superior

DR-I	LAC	MAC	DR-II	DR-III	Grado de sensibilidad
-	-	-	-	-	0
+	-	-	-	-	1
++	+	-	-	-	2
++	++	-/+	-	-	3
++	++	++	-/+	-	4
++	++	++	++	-	5-8
++	++	++	++	+	9-10
++	++	++	++	++	10-12

DR: profundo radial; LAC: lateral antebraquial cutáneo; MAC: medial antebraquial cutáneo.

TABLA 5 Categorías de sensibilidad al dolor

Categoría	Grado de sensibilidad
Primaria	1
	2
	3
Secundaria	4
	5
	6
Terciaria	7
	8
	9
No específico	10-12

El médico acupuntor que realizó las intervenciones es especialista en acupuntura china y moxibustión por The Third School of Clinical Medicine of Beijing Medical University, y tiene más de 14 años de experiencia clínica en acupuntura.

Se respetaron los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki y se obtuvo el informe favorable del comité ético de investigación clínica del hospital. Todos los sujetos firmaron el documento de consentimiento informado específico. La información obtenida ha estado sujeta al mismo nivel de confidencialidad que la contenida en la historia clínica (Ley 41/2002, Ley 15/1999, Real Decreto 994/99).

En la elaboración de este proyecto se ha procurado seguir las recomendaciones del informe STRICTA⁷.

Análisis

Se estimaron perdidos los pacientes que abandonaron el tratamiento sin haber concluido un ciclo; por ejemplo, los pacientes que, tras las primeras sesiones, no pudieron superar el “miedo a las agujas” y no terminaron el ciclo.

El sesgo de selección se intentó evitar con la inclusión consecutiva de los pacientes remitidos a la unidad, que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión, hasta que se completara el número necesario; se considera, por tanto, que entra toda la población existente hasta un número determinado.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS para el análisis de datos, realizándose la estadística descriptiva, t de Student, análisis de la varianza (ANOVA) y regresión lineal múltiple

de pacientes con intención de tratar. Para la realización de la regresión lineal múltiple, los pacientes que no padecían FM se agruparon en el grupo “dolor crónico”.

Resultados

De los 150 pacientes iniciales se perdieron 20, de los cuales no hay datos de la escala de dolor después del tratamiento, quedando agrupados 81 (62,3%) sujetos válidos con dolor crónico y 49 (37,7%) con FM. La patología de los 150 pacientes iniciales se muestra en la tabla 6. Entre los 130 sujetos finales hay 114 (87,7%) mujeres y 16 (12,3%) varones. La tabla 7 muestra la distribución de los 150 pacientes entre las categorías de dolor. El 92,3% de los pacientes recibió entre 9 y 10 sesiones de acupuntura. Los datos acerca de las variables restantes se puede observar en la tabla 8. En general se produjo una disminución en 3,8 puntos (26,57%) de la escala de dolor tras recibir el tratamiento.

TABLA 7 Categorías de dolor

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	37	28,5
Secundaria	27	20,8
Terciaria	34	26,2
No específico	32	24,6
Total	130	100

Se realizó una regresión lineal múltiple tomando como variable dependiente la diferencia en la escala total de dolor antes y después del tratamiento con acupuntura, siendo las variables independientes: grado de dolor de las categorías de sensibilidad de Dung, sexo, edad, número de sesiones y patología (pacientes agrupados en dolor crónico y FM). En esta primera regresión se excluyeron las variables CIF y duración del dolor por el número de datos faltantes. Se encon-

TABLA 6 Patologías iniciales

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cefalea	19	12,7	12,7	12,7
FM	65	43,3	43,3	56
Cirugía fallida de espalda	3	2	2	58
Gonalgia	4	2,7	2,7	60,7
Síndrome de Sjögren	2	1,3	1,3	62
Hernia discal lumbar	3	2	2	64
Cervicobraquialgia	8	5,3	5,3	69,3
Lumbalgia	15	10	10	79,3
Hombro doloroso	1	0,7	0,7	80
Artropatía generalizada	11	7,3	7,3	87,3
Cefalea posneurocirugía	1	0,7	0,7	88
Cefalea por HTA	1	0,7	0,7	88,7
Neuralgia facial	4	2,7	2,7	91,3
Síndrome de boca ardiente poscirugía facial	1	0,7	0,7	92
Cervicodorsalgia	4	2,7	2,7	94,7
Cervicobraquialgia poscirugía	1	0,7	0,7	95,3
Coxartrosis	2	1,3	1,3	96,7
Neuropatía costal	1	0,7	0,7	97,3
Contractura muscular de espalda	1	0,7	0,7	98
Dismenorrea	1	0,7	0,7	98,7
Dolor de la ATM	2	1,3	1,3	100
Total	150	100	100	

ATM: articulación temporomandibular; FM: fibromialgia; HTA: hipertensión arterial.

TABLA 8 Otras variables

	n	Mínimo	Máximo	Media	DT
Edad (años)	130	26	86	53,4	13,5
Duración del dolor (años)	109	1	48	10,9	9,1
Total escala de dolor antes	130	8	20	14,3	2,6
Total escala de dolor a los 3 meses	130	0	20	10,5	4,4
Diferencia dolor	130	-6,00	15	3,8	3,8
Grado de sensibilidad Dung	130	0	12	6,2	3,7
Valor del CIF	46	36	88	69,1	11,4

CIF: Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia; DT: desviación típica.

tró que no se puede afirmar que la disminución del dolor esté relacionada con el grado de dolor de las categorías de sensibilidad, ni con la edad, el sexo o el número de sesiones de acupuntura, dependiendo exclusivamente de la patología. Cuando el grado de dolor se recodifica agrupándolo en sus categorías y se analiza la covarianza, la prueba de los efectos intersujetos indica que no se puede afirmar que existan diferencias ($p = 0,665$) en la disminución del dolor entre las distintas categorías de sensibilidad, ajustando por el tipo de patología (dolor crónico/FM) ($gl = 3$; $F = 0,526$), lo cual significa que la respuesta a la acupuntura no parece depender de la categorización del dolor que indica Dung.

El grupo de dolor crónico obtuvo una disminución en la escala de dolor de 4,92 puntos (desviación típica [DT]: 3,32), mientras que el de FM sólo obtuvo una disminución de 2,08 (DT: 4,06). La prueba t de Student para muestras independientes comparando la disminución del dolor tras el tratamiento en el grupo de pacientes con FM y en el de dolor crónico muestra una diferencia significativa ($p < 0,001$; intervalo de confianza [IC] del 95%) de 2,84 puntos a favor del grupo de dolor crónico. O sea, los pacientes con FM responden significativamente al tratamiento con acupuntura un 57% menos que los de dolor crónico.

Si comparamos el dolor antes y después del tratamiento en el grupo de dolor crónico y en el de FM, al realizar un ANOVA de medidas repetidas con un factor intrasujeto (dolor antes/después) y un factor entre sujetos (patología = FM/dolor crónico) se observa que hay interacción entre la disminución del dolor y el tipo de patología. La disminución del dolor hay que analizarla según el tipo de patología, encontrando que existen diferencias significativas tanto en el dolor antes como en el dolor después entre los pacientes con FM y pacientes con dolor crónico ($p < 0,001$). Antes del tratamiento hay una diferencia de 2,54 puntos en la escala de dolor entre el grupo de dolor crónico y el de FM; tras el tratamiento, esa diferencia alcanza 5,38 puntos. El ANOVA confirma que los pacientes con dolor crónico presentan una disminución de dolor de 4,93 puntos (IC del 95%, 4,13-5,72; $p < 0,001$); los pacientes con FM presentan una disminución del dolor de 2,08 puntos (IC del 95%, 1,06-3,10; $p < 0,001$), siendo esta disminución significati-

vamente inferior en relación con la de los pacientes con dolor crónico ($p < 0,001$).

Al realizar la regresión lineal múltiple por patología (dolor crónico/FM) encontramos que no podemos afirmar que el grado de sensibilidad según la escala de Dung se halle relacionado con la disminución del dolor ni en los pacientes con FM ni en los pacientes con dolor crónico tras el tratamiento con acupuntura.

Cuando se realiza una regresión lineal múltiple en la que se incluye el tiempo de duración del dolor en años (datos de 109 pacientes) tampoco se puede afirmar que la disminución del dolor tras el tratamiento esté relacionada con la duración del dolor. O sea, parece que los pacientes no responden de manera diferente según la cronicidad del dolor.

Finalmente, al realizar una regresión lineal múltiple exclusivamente con los 46 pacientes de FM tomando como variable dependiente la diferencia en la escala total de dolor antes y después del tratamiento con acupuntura, siendo las variables independientes grado de dolor de las categorías de sensibilidad, edad, número de sesiones y CIF, observamos que tampoco podemos afirmar que la disminución del dolor esté relacionada con la puntuación del CIF.

Discusión

El dolor es siempre una experiencia subjetiva, lo cual plantea problemas para emplear modelos teóricos e instrumentos de medición adecuados; es muy difícil valorar todos los aspectos que entran a formar parte de él. La evaluación independiente en los estudios evita la influencia en los resultados de las valoraciones favorables de pacientes agradecidos.

En este estudio no se han tenido en cuenta los factores predictores de respuesta a la acupuntura encontrados por otros autores¹, excepto el tiempo de duración del dolor y el dolor basal, aunque los instrumentos de medición y el tamaño de la muestra son diferentes. Hemos encontrado que los pacientes con FM tienen un dolor basal superior al del resto de pacientes con dolor crónico y responden peor que

éstos al tratamiento con acupuntura, pero no hemos encontrado diferencias en la respuesta en relación con la cronicidad del dolor de todos los pacientes. Tampoco hemos encontrado diferencias en la respuesta en relación con el sexo, pero hay que tener en cuenta que el 87,7% de los pacientes de nuestra muestra eran mujeres.

En relación con otro trabajo³, en el que se encontró que las personas con lumbalgia crónica que tenían un disfunción basal más grave obtuvieron significativamente un beneficio a más corto plazo al ser tratados con acupuntura, hemos encontrado que los pacientes con mayor grado de sensibilidad al dolor (los que padecen FM) han respondido peor al tratamiento, aunque la regresión realizada también indica que la única relación existente con la respuesta al tratamiento es, precisamente, la diferencia entre pacientes con FM y con dolor crónico de otro tipo. Tampoco se puede afirmar que el valor del CIF se relacione con la respuesta al tratamiento con acupuntura en los pacientes con FM. En resumen, no hemos podido demostrar que los grados de sensibilidad al dolor ni las categorías de dolor descritas por Dung et al² en el método abreviado del miembro superior

sean predictivas de la respuesta al tratamiento con acupuntura en pacientes con dolor crónico.

Referencias bibliográficas

1. Witt CM, Schützler L, Lüdtke R, Wegscheider K, Willich SN. Patient characteristics and variation in treatment outcomes. Which patients benefit most from acupuncture for chronic pain? *Clin J Pain*. 2011;27:550-5.
2. Dung H, Clogston CP, Dunn JW. *Acupuncture: An anatomical approach*. On line: CRC Press; 2004.
3. Sherman KJ, Cherkin DC, Ichikawa L, Avins AL, Barlow WE, Khalsa PS, et al. Characteristics of patients with chronic back pain who benefit from acupuncture. *BMC Musculoskelet Disord*. 2009;10:114.
4. 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. *Reumatología Clínica*. 2007;3:21-4.
5. Kaptchuk T. Acupuncture: theory, efficacy, and practice. *Ann Intern Med*. 2002;136:374-83.
6. National Center for Complementary and Alternative Medicine. *Acupuncture Information and Resources*. Disponible en: <http://nccam.nih.gov/health/acupuncture>
7. MacPherson H, Altman DG, Hammerschlag R, Youping L, Taixiang W, White A, et al; STRICTA Revision Group. Revised STANDARDS for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture (STRICTA): extending the CONSORT statement. *Acupuncture in Medicine*. 2010;28:83-93.

Nota aclaratoria:

El artículo *Acupuntura con implantes auriculares en el síndrome de piernas inquietas* (autores: R. Wlasak, J. Beuth, R. Van Leendert, B. Schneider) publicado en la REVISTA INTERNACIONAL DE ACUPUNTURA Vol. 6, núm. 1, Enero/Marzo 2012, fue publicado originalmente en la Deutsche Zeitschrift für Akupunktur. 2011;54(3):6-11.