

SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA EN ACUPUNTURA (actualización noviembre 2018)

Documento elaborado por el grupo de trabajo en evidencia de la SAME (Dr. Juan Muñoz-Ortego, Dr. Jorge Vas, Dra. Betina Nishishinya, Dr. Alberto Pérez Samartín, Dr. Beltrán Carrillo, Dra. Cristina Verástegui, Dr. Rafael Cobos)

TABLA 1. ARTÍCULOS EVIDENCIA CIENTÍFICA EN ACUPUNTURA

Área	Autor/año	Tipo de diseño	Estudios incluidos (n)	Conclusiones
Análisis bibliométrico	Birch 2018	OV de guías de práctica clínica y acupuntura	Agosto 2017 Guías de Práctica Clínica	Identifican 1311 publicaciones que recomiendan el uso de acupuntura publicados entre 1991 a 2017 2189 recomendaciones positivas para la acupuntura: 1486 se relacionaron con 107 indicaciones que cursaban con dolor, 703 relacionados con 97 indicaciones NO dolorosas. Las recomendaciones fueron hechas por un amplio grupo como: Instituciones de Salud Gubernamentales, Guías Nacionales, y por grupos médicos especiales. Son recomendaciones de todo el mundo, pero más predominante de EE. UU., Europa y Australasia.
General				
Acupuntura para dolor crónico	Vickers 2018	RS	Diciembre 2015 ECA=39 N total pacientes=20827	Acupuntura fue superior al placebo y no tratamiento para controlar el dolor en diferentes condiciones clínicas ($p < .001$) (dolor musculoesquelético, cefalea y osteoartritis) Hay evidencia clara que los efectos de la acupuntura persisten en el tiempo, con disminución del efecto del 15% al año. LA acupuntura es una opción terapéutica razonable para pacientes con dolor crónico.
Indicaciones acupuntura	Mc Donald 2017	Revisión comparativa de la literatura	Incluyeron revisiones sistemáticas Hasta septiembre 2016 RS=236 (27 RS Cochrane, 3 NTM, 9 OV, 20 RS) Analizaron más de 1000 ECA	Efectos positivos de la Acupuntura Profilaxis de migrañas, cefaleas, lumbalgia crónica, rinitis alérgica, artrosis de rodilla, náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia, náuseas y vómitos postoperatorios y dolor postoperatorio. Efecto positivo potencial en 38 condiciones clínicas. Efecto insuficiente en 71 condiciones. No evidencia de efecto en 10 condiciones.
Patología músculo esquelética				
Artrosis de rodilla	Phang J 2018	RS	Mayo 2017 ECA=60 ECA acupuntura=9	La acupuntura fue favorable para manejo del dolor en artrosis de rodilla

			Criterios de inclusión ECA CAM Enfermedades reumáticas	
Artrosis de rodilla	Chen 2017	RS	Julio 2016 ECA=13 Criterios de inclusión Estudios en inglés o chino Artrosis de rodilla Estudios aleatorizados o cuasialeatorizados	Efectividad Electroacupuntura mostró mayor alivio del dolor con respecto a tratamiento farmacológico y a acupuntura manual. (RR 1.14; IC95% 1.01 – 1.28; $p=0.03$; heterogeneidad: I^2 0%, $p=0.72$; acupuntural manual: RR 1.12; IC95% 1.02– 1.22; $p=0.02$; heterogeneidad: I^2 0%, $p=0.58$). Dolor Electroacupuntura mostró mayor alivio del dolor con respecto a tratamiento farmacológico (SMD-1.11; IC95%-1.33– -0.88; $p<0.00001$; heterogeneidad: I^2 41%, $p=0.11$).
Artrosis de rodilla	Lin X 2016	RS	Marzo 2015 ECA=10 Criterios inclusión Dolor de rodilla >3 meses, diagnóstico de OA. Acupuntura (intervención) vs otras intervenciones ECA	El grupo de acupuntura mejoró el dolor de forma estadística ($p<0.001$; WMD 0.95 [IC95%, 0.50– 1.41]; $I^2>50\%$) y la función física ($p<0.001$; WMD3.68 [95% CI, 2.18 a 5.18]; $I^2>50\%$) con respecto al grupo control a corto y mediano plazo.
Dolor asociado a artrosis	Manyanga 2014	RS	Mayo 2014 ECA=12 N total pacientes=1763 Criterios inclusión Dolor crónico Diagnóstico de OA. Acupuntura(intervención) vs otras intervenciones ECA	Acupuntura se asoció a una mejoría del dolor de forma significativa (MD -0.29, IC95% -0.55– -0.02, I^2 0%, 10 ECA, 1699 participantes), movilidad funcional (SMD -0.36, IC95% -0.55– -0.14, I^2 70%, 9 ECA, 1543 participantes), calidad de vida (SMD -0.36, IC95% -0.58– -0.14, I^2 50%, 3 ECA, 958 participantes). Un análisis de subgrupo mostró que hubo una mayor reducción del dolor con tratamientos de más de 4 semanas (MD -0.38, IC95% -0.69–-0.06, I^2 0%, 6 ECA, 1239 participantes).
Cervicalgia	Ernst 2010	OV	2000-2010 RS=2 ECA=24 Criterios de inclusión RS Patologías reumáticas Acupuntura	2 RS Trinh 2007 (n=10), Fu 2009 (n=14) basadas en un buen número de estudios primarios, algunos d ellos de calidad alta, resultados positivos para acupuntura. Efectos adversos No hay datos.

<p>Dolor asociado a columna</p>	<p>Lu 2011</p>	<p>RS</p>	<p>Octubre 2008 ECA=3 N total pacientes=435 Criterios de inclusión ECA Dolor asociado a columna Acupuntura</p>	<p>Funcionalidad física 3ECAs (Irnich 2001, Vas 2006, White 2004) (n=435) en el control inmediato la acupuntura fue mejor de sham intervenciones. Análisis de heterogeneidad mostró favorable a la acupuntura en estos pacientes SMD 0.31; IC95% 0.02– 0.60, I² 48%.</p> <p>Dolor 3ECAs (Irnich 2001, Vas 2006, White 2004) compararon acupuntura vs sham intervenciones, acupuntura fue mejor en un ECA (White 2004), no hubo diferencias en el plazo intermedio, tampoco en el análisis de sensibilidad.</p> <p>Efectos adversos No hay datos.</p>
<p>Cervicalgia</p>	<p>Yuan 2015</p>	<p>RS</p>	<p>Mayo 2014 ECA=17 N total pacientes=1434 Criterios inclusión >17 años ECA en inglés y chino Dolor cervical MTC</p>	<p>Acupuntura vs sham acupuntura 7 ECAs (n=428) (Liang 2011, Sahin 2010, Fu 2009., Itoh 2007, Zhu 2002, Nabeta 2002, Birch 1998).</p> <p>Dolor Diferencias significativas en el alivio del dolor a favor de acupuntura comparado con sham acupuntura simulada (VAS 10 cm, MD, -0.58 [IC95% -0.94– -0.22], I² 46.3%). No hubo sesgo de publicación. Esta mejoría persistió hasta el mes post-intervención (MD, -0.72 [IC95% -1.07– -0.37]) (Liang 2011, Fu 2009), disminuyendo a los 3 meses (MD, -0.32 [IC95% -0,68– 0,04]) (Liang 2011, Sahin 2010, Fu 2009).</p> <p>Discapacidad 4 ECAs (Liang 2011, Fu 2009, Itoh 2007, Zhu 2002), evaluaron la discapacidad, hubo una tendencia favorable para la acupuntura.</p> <p>Acupuntura vs sham tratamientos (tratamientos inactivos) 3 ECAs (n=272) compararon <u>acupuntura vs sham TENS</u> (Vas 2006, White 2004, Petrie 1986), no hubo diferencias entre los grupos de forma inmediata y a corto plazo. 1 ECA (n=108) (Irnich 2001) comparó <u>acupuntura vs sham laser</u>. No hubo diferencias entre los grupos de forma inmediata.</p> <p>Acupuntura vs lista de espera (no tratamientos) 1 ECA (n=30) (Coan 1981) mostró mejoría del dolor a favor de la acupuntura de forma inmediata (VAS 10 cm, OR: 26.00 (IC95% 3.69– -183.42, p=0.001).</p> <p>Acupuntura vs tratamientos activos Comparado con medicación el SMD fue -0.57 [IC95% -1.14– -0.01] (Birch 1998, Giles 2003, Giles 1999, Thomas 1991), con masajes MD fue -1.63 [IC95% -2.68– -0.58] (VAS 10 cm) (Irnich 2001). La acupuntura fue significativamente superior en aliviar el dolor de forma inmediata (p<0.05).</p>

				<p>La acupuntura fue inferior comparado con manipulación SMD fue -0,08 [-0,49, 0,32], I² 38,4%) (Giles 2003, Giles 1999, Li 2006) y la tracción cervical (VAS 10 cm, MD, fue 1,31 [0,78, 1,84]) (Zhang 2003).</p> <p>Efectos adversos</p> <p>Se describen molestias locales, sangrados, dolor y parestesias cuando se insertaron las agujas, todos leves y transitorios, ninguno grave (Liang 2011, Vas 2006, White 2004, Irnich 2001).</p>
Cervicalgia	Trinh 2016	RS Cochrane	<p>Agosto 2015 ECA=27 N total pacientes=5.462</p> <p>Criterios de inclusión ECA Dolor cervical Acupuntura</p>	<p>Metaanálisis (n=8)</p> <p>Para el dolor mecánico cervical, la acupuntura fue beneficiosa de forma inmediata y a corto plazo comparado con placebo y/o lista de espera y/o tratamiento inactivo. Mejora la discapacidad funcional a corto plazo.</p> <p>Acupuntura vs placebo a corto plazo SMD -0.23, IC95% -0.20– -0.07; p=0.0006. El efecto no se mantiene a largo plazo.</p> <p>Es una terapia segura, efectos adversos menores (dolor local, hematomas, mareos, empeoramiento de los síntomas, hinchazón local).</p>
Lumbalgia	Ernst 2010	OV	<p>2000-2010 RS=6 ECA=117</p> <p>Criterios de inclusión RS Patologías reumáticas Acupuntura</p>	<p>Dolor lumbar Seis RS (Yuan 2008, Furlan 2005, Manheimer 2005, Henderson 2002, Ernst 2002, Zhu 2002)</p> <p>Rango de n de estudios primarios: 6-35</p> <p>Tres RS con resultados positivos (Yuan 2008, Manheimer 2005, Zhu 2002) mientras que las otras tres RS (Furlan 2005, Henderson 2002, Ernst 2002) dan resultados no concluyentes.</p>
Lumbalgia	Liu 2015	OV	<p>Febrero 2014 RS=16 ECA=267</p> <p>Criterios de inclusión RS con ECA Dolor lumbar Acupuntura</p>	<p>Dolor lumbar agudo/subagudo dos RS con metaanálisis (Lee 2013, Furlan 2012)</p> <p><u>Acupuntura vs sham acupuntura</u></p> <p>Dolor</p> <p>2 RS resultados conflictivos. Furlan 2012, analiza 2ECAs, la efectividad de la acupuntura no fue mejor que el sham acupuntura en el manejo del dolor. La RS de Lee 2013, basada en 2ECAs de bajo riesgo de sesgos mostró una diferencia significativa (pero no clínicamente importante) a favor de la acupuntura, luego de una sesión en pacientes con lumbalgia (MD -9.38, IC95% -17.00– -1.76; p=0.02; I² 27%).</p> <p>Funcionalidad</p> <p>2 RS (Lee 2013, Furlan 2012) calidad moderada resultados similares entre ambas intervenciones (no diferencias).</p> <p>Dolor crónico</p> <p><u>Acupuntura vs sham acupuntura</u></p> <p>Dolor</p> <p>Cuatro RS (Lam 2013, Xu 2013, Yuan 2008, Manheimer 2005), dos RS (Lam 2013, Manheimer 2005, una de calidad alta y otra moderada) mostraron efectos beneficiosos en el dolor de la acupuntura verdadera vs sham. Dos RS (Xu 2013, Yuan 2008, una moderada y otra de baja calidad) no mostraron diferencias entre los grupos.</p> <p>Funcionalidad</p>

				<p>Cuatro RS (Lam 2013, Xu 2013, Yuan 2008, Manheimer 2005), no mostraron efectos en la funcionalidad de la acupuntura vs sham.</p> <p>Acupuntura vs terapias sham (TENS o mix) Acupuntura vs sham TENS (Rubinstein 2010, Ammedolia 2008, Furlan 2005) y vs mix (Furlan 2012)</p> <p><i>Dolor</i> 5 revisiones (Rubinstein 2010, Ammedolia 2008, Furlan 2005, Furlan 2012, Machado 2009) mostraron resultados contradictorios, 3 RS de calidad alta mostraron menor dolor en el grupo acupuntura vs tratamientos sham. Una revisión (Ammedolia 2008) de baja calidad no mostró beneficios positivos de acupuntura vs terapias sham, por el contrario, 3 de 4 RS (Furlan 2012, Rubinstein 2010, Furlan 2005) con metaanálisis (una de alta calidad y dos de moderada calidad) mostraron que la acupuntura vs terapias sham mejoró el dolor a corto plazo. Tamaño del efecto pequeño a moderado WMD -5.88 (IC95% -11.20– -0.55) al mes (Rubinstein 2010) y de -17.79 (IC95% -25.5– -10.07) a los tres meses (Furlan 2005).</p> <p><i>Funcionalidad</i> 4 RS (Rubinstein 2010, Ammedolia 2008, Furlan 2012, Furlan 2005) no mostraron efectos en la funcionalidad de la acupuntura vs terapias sham.</p> <p><u>Acupuntura vs no tratamiento</u> <i>Dolor y funcionalidad</i> Las 7 RS (Lam 2013, Furlan 2012, Rubinsten 2010, Ammedolia 2008, Yuan 2008, Manheimer 2005, Furlan 2005) (dos de alta, tres de moderada, y dos de baja calidad) mostraron que la acupuntura fue superior en mejorar el dolor y la funcionalidad en el dolor lumbar crónico. De forma global el tamaño del efecto fue de medio a grande en las dos medidas (7 RS)</p> <p><u>Acupuntura sumada a la terapia convencional vs terapia convencional sola</u> Terapia convencional (cuidados habituales (Lam 2013), fisioterapia, medicación o ejercicios) (Rubinstein 2010, Ammedolia 2008, Yuan 2008, Furlan 2005)</p> <p><i>Dolor y funcionalidad</i> 5 RS (Lam 2013, Rubinstein 2010, Ammedolia 2008, Yuan 2008, Furlan 2005) (una de calidad alta, dos moderada y dos baja) mostraron de forma consistente que la acupuntura como adyuvante a la terapia convencional es mejor que terapia convencional sola. Dolor en dos de tres revisiones (Rubinstein 2010, Furlan 2005) mostraron un efecto de medio a alto, la tercera revisión mostró mejoría estadística pero no clínicamente significativa (15/100 VAS dolor como MIC (<i>MinimalImportantChanges</i>)) MD -13.99 (IC95% -20.48– -7.5) $p < 0.000$ I^2 34% (Lam 2013).</p>
--	--	--	--	--

				<p>Funcionalidad</p> <p>Tres RS (Lam 2013, Rubinstein 2010, Furlan 2005) mostraron efectos grandes.</p> <p>Efectos adversos no hay datos</p>
Lumbalgia	Zeng 2015	OV	<p>Mayo 2014 RS=17 ECA=246</p> <p>Criterios de inclusión RS con ECA Dolor lumbar Acupuntura</p>	<p>Acupuntura vs no tratamiento o lista de espera</p> <p>Dolor</p> <p>El efecto global para reducir el dolor Xu 2013, (n=13) -0.64 (IC95% -1.13– -0.14). Vickers 2012, 0.49 (IC95% 0.33– 0.64). Manheimer 2005 0.69 (IC95% 0.40– 0.98) en pacientes con dolor lumbar crónico. Rubinstein 2010, MWD -24.1 (IC95% -31.52– -16.88) vs lista de espera. 4 RS (Yuan 2008, Furlan 2005, Furlan 2012, Hutchinson 2012) informaron resultados similares positivos para el manejo del dolor la acupuntura vs no tratamiento.</p> <p>8 RS mostraron una evidencia consistente que la acupuntura es más efectiva que no hacer tratamiento o lista de espera, siendo el efecto global entre 0.49– 0.69.</p> <p>Acupuntura vs no tratamiento, medicación placebo, o tratamiento de modalidad pasiva (sham acupuntura, sham TENS)</p> <p>La revisión de Hutchinson 2012, mostró que la acupuntura era tan efectiva como la acupuntura sham. Por el contrario, Xu 2013, mostró un efecto a favor de acupuntura de -0.26 (IC95% - 0.56– -0.05), Vickers 2012, 0.20 (IC95% 0.09– 0.32) y Manheimer 2005, mostró un efecto mayor que Xu y Vickers, 0.54 (IC95% 0.35– 0.73) a corto plazo (3 meses) Rubinstein 2010 mostró que la MWD de acupuntura vs sham o medicación placebo fue de -5.88 (IC95% -11.20– -0.55), acupuntura vs modalidades pasivas fue -0.18 (IC95% - 0.32– -0.04). Yuan 2008 mostró que las comparaciones con sham acupuntura y TENS placebo mejoran el dolor en tamaño de efectos pequeño o moderado. Dos revisiones (Furlan 2005, 2012) mostraron resultados similares positivos en la reducción del dolor comparado con sham a corto plazo (3 meses) tamaño del efecto entre -0.21– -1.11.</p> <p>Existe una evidencia relativamente consistente (7 RS) que apoya que la acupuntura es más efectiva que la acupuntura sham, el rango del efecto global es de 0.26– 0.54.</p> <p>Acupuntura plus intervención (fisioterapia, cuidados habituales o ejercicios) vs intervención sola</p> <p>La revisión de Yuan 2008 mostró que el suplemento de acupuntura mejora el dolor y la funcionalidad de forma moderada a alta, a corto plazo (3 meses).</p>

				<p>Rubinstein 2010, mostró MWD de alivio del dolor de -9.80 (IC95% -14.93– -4.67), y de la funcionalidad -1.04(IC95% -1.46– -0.61).</p> <p>La RS Cochrane de Furlan 2005 también mostró que agregar acupuntura al tratamiento habitual para el dolor lumbar crónico es más efectivo que esas terapias convencionales solas.</p> <p>Aunque no se observa un efecto claro de la acupuntura, las 3 RS concluyen que la acupuntura como complemento a la terapia convencional es mejor que la terapia convencional sola.</p> <p>Acupuntura vs otros tratamientos activos (masajes, terapia de manipulación espinal) Dos revisiones mostraron resultados positivos, Xu 2013, el efecto de acupuntura vs otros tratamientos fue -0.49 (IC95% -0.90– -0.09), Rubinstein 2010, mostró alivio del dolor y funcionalidad MWD -8.50 (IC95% -11.04– -5.96), y -0.53 (IC95% -0.67– -0.38) respectivamente.</p> <p>La revisión de Keller 2007 evalúa 5 intervenciones diferentes, mostrando que la acupuntura tuvo mayor efecto 0.61 (IC95% 0.41– 0.81) y el TENS el menor 0.19 (IC95% -0.13– -0.51); el tamaño del efecto está calculado según cada intervención, pero NO lo comparan con acupuntura u otro tratamiento activo.</p> <p>Una RS (Furlan 2005) mostró que la acupuntura no fue más efectiva que le tratamiento convencional “alternativo”. Una revisión del mismo autor (Furlan 2012) mostró que la manipulación de la columna fue significativamente mejor que la acupuntura para disminuir el dolor y mejorar la funcionalidad a corto plazo (<3 meses) (-10.0, IC95% -14.0– -4.0 vs -6.0, IC95% -16.0–2.0).</p> <p>Tres revisiones (Hutchinson 2012, Manheimer 2005, Yuan 2008) presentaron resultados no concluyentes.</p> <p>Hay evidencia conflictiva con respecto a la efectividad de la acupuntura comparado con otros tratamientos activos.</p> <p>Acupuntura vs otros tipos de acupuntura Dos RS (Furlan 2005, Rubinstein 2010) evalúan diferentes intervenciones de acupuntura, ambas con resultados no concluyentes, no pueden hacer recomendaciones sobre la técnica de acupuntura.</p> <p>Técnica de acupuntura, una revisión (Yuan 2008) recomienda los siguientes puntos: V23, V25, V40, R13, Jiaji extra,Ashi y puntos gatillo; número de puntos (10– 11 agujas), duración de intervención (20– 25.5 minutos), frecuencia semanal (1– 2 o 5– 6) número total de sesiones (alrededor de 10).</p> <p>El informe de la Guía NationalInstituteForHealth and ClinicalExcellence (NICE) (UK) recomienda 10 sesiones y Trigkilidas 2010 concluye que 10 sesiones en 12 semanas está justificado.</p>
--	--	--	--	---

				<p>En general la acupuntura es más efectiva cuando se compara con no tratamiento, lista de espera o sham tratamientos y como suplemento adyuvante de otras modalidades terapéuticas.</p> <p>No se puede realizar recomendaciones cuando se compara con otros tratamientos activos o tipos de acupuntura.</p> <p>Coste-efectividad y seguridad</p> <p>7 RS (Ambrosio 2012, Canter 2006, Furlan 2012, Kim 2012, Johnston 2008, van der Roer 2005, Yuan 2008) evaluaron coste-efectividad de la acupuntura, 5 mostraron hallazgos positivos. La acupuntura es costoefectiva comparado con tratamiento habitual o no tratamiento.</p> <p>Kim 2012 y Yuan 2008 mostraron que la acupuntura con o sin cuidados habituales, la costo-utilidad comparada con lista de espera o cuidados habituales es mejor. La costo-efectividad es mejor con acupuntura.</p> <p>En dos RS Cherkin 2003 y van der Roer 2005 los resultados son no concluyentes.</p> <p>Eventos adversos</p> <p>Dos revisiones (Furlan 2012, Cherkin 2003) describen efectos adversos, siendo estos menores.</p> <p>La acupuntura es relativamente segura.</p>
Dolor asociado a columna vertebral	Lu 2011	RS	<p>Octubre 2008 ECA=5 N total pacientes=3.276</p> <p>Criterios de inclusión ECA Dolor asociado a columna Acupuntura</p>	<p>Funcionalidad física</p> <p>Acupuntura fue más efectiva que lista de espera en el plazo inmediato (Brinkhaus 2006, Witt 2006; n=2808) SMD0.68, IC95% 0.39– 0.97 y a corto plazo SMD0.51, IC95% 0.43– 0.59.</p> <p>Tres ECAs (Brinkhaus 2006, Itoh 2006, Kennedy 2008; n=375) la acupuntura fue mejor que sham intervenciones de forma inmediata.</p> <p>Acupuntura no fue mejor que intervenciones sham a corto plazo, pero tuvo un efecto pequeño en el seguimiento intermedio.</p> <p>Dolor</p> <p>Dos estudios (Brinkhaus 2006, Witt 2006; n=2008) compararon acupuntura con lista de espera, la acupuntura fue mejor con un efecto medio y grande de forma inmediata SMD 0.88, IC95% 0.58– 1.17 (Brinkhaus 2006) y a corto plazo SMD0.69, IC95% 0.61– 0.77 (Witt 2006).</p> <p>Cuatro ECAs (Brinkhaus 2006, Itoh 2006, Kerr 2003, Kennedy 2008; n=435) compararon acupuntura con intervenciones sham, la acupuntura fue mejor de forma inmediata y a corto plazo (Itoh 2006, Kennedy 2008).</p> <p>No hubo diferencias a plazo intermedio. Test de sensibilidad y análisis de subgrupo no modificó los resultados. No se pudo realizar análisis de correlación entre el dolor y las medidas de calidad.</p>

				<p align="center">Efectos adversos No hay datos.</p>
Lumbalgia	Yuan 2015	RS	<p>Mayo 2014 ECA=31 N total pacientes=6.656</p> <p>Criterios inclusión >17 años ECA en inglés y chino Dolor lumbar MTC</p>	<p align="center">Acupuntura vs sham acupuntura</p> <p>13 estudios (Cho 2013, Miyazaki 2009, Cherkin 2009, Haake 2007, Itoh 2006, Inoue 2006, Brinkhaus 2006, Itoh 2004, Molsberger 2002, Leibing 2002, Hasegawa 2014, Su 2010, Kennedy 2008) compararon acupuntural vs sham acupuntural , de los cuales 10 (n = 1864) (Cho 2013, Miyazaki 2009, Cherkin 2009, Haake 2007, Itoh 2006, Inoue 2006, Brinkhaus 2006, Itoh 2004, Molsberger 2002, Leibing 2002) fueron en lumbalgia crónica y los otros tres (n=188) (Hasegawa 2014, Su 2010, Kennedy 2008) de lumbalgia aguda.</p> <p align="center">Dolor</p> <p>9 estudios (Cho 2013, Miyazaki 2009, Haake 2007, Itoh 2006, Inoue 2006, Brinkhaus 2006, Itoh 2004, Molsberger 2002, Leibing 2002; n=1387) mostraron que la acupuntura fue superior que la acupuntura sham al final del tratamiento (SMD -0.49, IC95% -0.76– -0,21) y a los 3 meses post-tratamiento(SMD -0.45, IC95% -0.76– -0.14), con alta heterogeneidad entre los estudios (I²72.8% y 76.9%, respectivamente). La fuente de la heterogeneidad no pudo identificarse.</p> <p align="center">Discapacidad</p> <p>No hubo diferencias entre los grupos en la lumbalgia crónica.</p> <p align="center">Acupuntura vs lista de espera (no tratamiento)</p> <p>4ECAs (Brinkhaus 2006, Zaringhalam 2010, Witt 2006, Coan 1980; n=2911) realizaron esta comparación. La acupuntura mejoró el dolor de forma inmediata SMD -0.73, IC95% -0.96– -0.49), en los cuatro estudios.</p> <p>Tres estudios (Brinkhaus 2006, Zaringhalam 2010, Coan 1980) con resultados combinados mostraron que la acupuntura mejora la funcionalidad de forma significativa al final del tratamiento SMD -0.95 (IC 95% -1.42– -0.48).</p> <p align="center">Acupuntura vs TENS</p> <p>Dos estudios (Itoh 2009, Grant 1999; n=70) evaluaron estas intervenciones y no mostraron diferencias entre los grupos con respecto al dolor, la funcionalidad no fue medida.</p> <p align="center">Acupuntura vs medicación</p> <p>6 estudios (Giles 2003, Giles 1999, Zaringhalam 2010, Itoh 2009, Muller 2005, Wang 2004; n=242) evaluaron estas comparaciones. El dolor mejora de forma inmediata MD -0.52 (IC95% -1.27– 0.23, VAS 10 cm). Cuatro estudios (Giles 2003, Giles 1999, Zaringhalam 2010, Muller 2005; n=186) evaluaron la funcionalidad, SMD fue -0.23 (IC95% -0.52– -0.06). Estas diferencias no son significativas.</p> <p align="center">Acupuntura + cuidados habituales vs cuidados habituales</p>

				<p>Cuidados habituales (masajes, terapia física, más fármacos tipo AINES)</p> <p>Dolor</p> <p>5 estudios (Molsberger 2002, Leibing 2002, Zaringhalam 2010, Itoh 2009, Hunter 2012; n=320). La acupuntura asociada a cuidados habituales mejoró el dolor (VAS 100 mm) comparado con cuidados habituales solo, inmediatamente luego de la intervención MD = -11.47, IC95% -19.33– -3.61, I² 59.9%).</p> <p>En el análisis de sensibilidad según aleatorización adecuada, cuatro estudios (Molsberger 2002, Leibing 2002, Zaringhalam 2010, Itoh 2009)] el MD fue -14.41 (IC95% -19.38– -9.45, I² 0) VAS 100 mm.</p> <p>La efectividad homogénea se mostró en el seguimiento con MD de -14.30 (IC95% -26.07– -2.54, I² 85.6%) de VAS 100 mm (Molsberger 2002, Leibing 2002, Zaringhalam 2010, Itoh 2009, Hunter 2012).</p> <p>Funcionalidad</p> <p>Cuatro estudios (Leibing 2002, Zaringhalam 2010, Itoh 2009, Hunter 2012; n=195) mostraron que la funcionalidad mejora a favor de acupuntura SMD -0.55, IC95% -1.00– -0.10.</p> <p>Acupuntura vs cuidados habituales</p> <p>Seis estudios (Yun 2012, Shankar 2011, Tsui 2004, Sator-Katzenschlager 2004, Yeung 2003, Meng 2003; n=443) el dolor mejora de forma inmediata a favor de acupuntura SMD -1.56 (IC95% -2.45– -0.67), pero con heterogeneidad elevada entre los estudios (I² 93.2%). No se identificó fuente de heterogeneidad; al analizar estudios con buena aleatorización (Shankar 2011, Tsui 2004, Yeung 2003, Meng 2003) la SMD fue -0.75 (IC95% -1.04– -0.46, I² 0).</p> <p>Cinco estudios (Yun 2012, Tsui 2004, Sator-Katzenschlager 2004, Yeung 2003, Meng 2003; n=383) mostraron mejoría del dolor SMD -1.76 (IC95% -2.76– -0.75, I² 93,1%), en el análisis de sensibilidad el SMD -0.86 (IC95% -1.21– -0.50, I² 29.7%) (Tsui 2004, Yeung 2003, Meng 2003).</p> <p>Efectos adversos</p> <p>10 personas de un estudio (Cho 2013; n=130), presentaron empeoramiento transitorio del dolor lumbar (4), dolor (2), parestesias (1) en el sitio de inserción, dolor de hombro (2) otros (1). Otro estudio (Hunter 2012) informó dolor (14%), enrojecimiento cutáneo (2%) y sangrado menor (1%) en el sitio de puntura.</p>
Hombro doloroso	Rueda Garrido 2016	ECA	<p>N pacientes=68 Edad media 34 años</p> <p>Acupuntura vs Placebo acupuntura ECA</p>	<p>Dolor</p> <p>Hubo una disminución del dolor (VAS 100 mm) con acupuntura de 44.13 mm al finalizar tratamiento (IC95% 36.7– 51.5) y 87.58 mm a los 3 meses (IC95% 28.32– 46.81), en el grupo de placebo la disminución fue 19.84 mm al finalizar el tratamiento (IC95% 12.2– 27.4) y 20 mm a los 3 meses (IC95% 10.9– 29.09).</p> <p>La puntuación de la UCLA (funcionalidad) fue favorable a acupuntura.</p> <p>No hubo efectos adversos.</p>

			Pacientes con dolor de hombro	
Capsulitis adhesiva	Jain 2014	RS	Enero 2012 ECA=39 (varias intervenciones, 3 de acupuntura) Criterios de inclusión ECA acupuntura, electroacupuntura Capsulitis adhesiva	Electroacupuntura y acupuntura con ejercicios mejoran el dolor y la movilidad (grado de recomendación B)
Trastornos psicológicos				
Ansiedad	Amorin 2018	RS	Septiembre 2017 ECA=13 Criterios de inclusión ECA Inglés Acupuntura y electroacupuntura	Los resultados fueron favorables a acupuntura y electroacupuntura para mejorar las alteraciones relacionadas con la ansiedad.
Insomnio	Shergis 2016	RS	Marzo 2014 ECA=30 N pacientes=2.363 Criterios de inclusión Insomnio ECA Acupuntura	La Acupuntura fue superior a placebo en la puntuación del PSQI (MD -0.79, IC95% -1.38– -0.19, I ² 49%). También mejor que tratamientos farmacológicos (MD -2.76, IC95% -3.67– -1.85, I ² 94%). Pocos efectos adversos descritos. Estudios con alto riesgo de sesgos.
Insomnio relacionado con depresión	Dong 2017	RS	Marzo 2016 ECA=18 Criterios de inclusión ECA >18 años Insomnio relacionado con depresión Acupuntura	Acupuntura mejoró el PSQI (MD -2.37, IC95% -3.52– -1.21) comparado con medicina occidental. La Acupuntura combinada con medicina occidental mejoró la calidad del sueño (MD -2.63, IC95% -4.40– -0.86) comparado con medicina occidental solo. No hubo diferencias entre acupuntura y medicina occidental en la puntuación del HAMD (MD -2.76, IC95% -7.65– 2.12). Pero la combinación de ambas terapias mejoró la puntuación del HAMD comparada con medicina occidental sola (MD -5.46, IC95% -8.55– -2.38).

Depresión	Chan 2015	RS	<p>Marzo 2014 ECA=13 N pacientes=1.046</p> <p>Criterios de inclusión Depresión mayor ECA Acupuntura</p>	<p>Los resultados mostraron una mejoría de la puntuación de la escala de Hamilton de depresión de -3.74 (IC95% -4.77– -2.70, $p=0.001$) en semana 1 y de -2.52 (IC95%, -4.12– -0.92; $p=0.01$) en semana 6, a favor de la combinación y acupuntura + inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.</p> <p>La tasa de respuesta es favorable a la combinación (RR, 1.23, IC95% 1.10– 1.39; $p=0.001$; $I^2 68\%$)</p>
Depresión	Smith 2018	RS	<p>Junio 2016 ECA=64 ECA N pacientes=7104</p> <p>Criterios de inclusión ECA Acupuntura Depresión</p>	<p>Acupuntura versus ningún tratamiento/control en lista de espera/tratamiento habitual</p> <p>Se encontró evidencia de baja calidad que indicó que la acupuntura (manual y electroacupuntura) puede reducir de forma moderada la gravedad de la depresión al final del tratamiento (SMD -0.66, IC95% -1.06– -0.25; cinco ECA, 488 participantes). No está claro si los datos muestran diferencias entre los grupos en cuanto al riesgo de eventos adversos (RR 0.89, IC95% 0.35– 2,24; un ECA, 302 participantes; evidencia de baja calidad).</p> <p>Acupuntura versus acupuntura control (controles invasivos, simulados no invasivos)</p> <p>La acupuntura se puede asociar con una reducción pequeña de la gravedad de la depresión de 1,69 puntos en la Hamilton Depression Rating Scale al final del tratamiento (IC95%: -3.33– -0,05; 14 ECA, 841 participantes; evidencia de baja calidad). No está claro si los datos muestran diferencias entre los grupos en cuanto al riesgo de eventos adversos (RR 1.63, IC95% 0.93– 2.86; cinco ECA, 300 participantes; evidencia de calidad moderada).</p> <p>Acupuntura versus medicación</p> <p>Se encontró evidencia de muy baja calidad que indicó que la acupuntura puede brindar efectos beneficiosos pequeños en la reducción de la gravedad de la depresión al final del tratamiento (SMD -0.23, IC95% -0.40– -0.05; 31 ECA, 3127 participantes). Los estudios muestran una variación significativa como resultado de la administración de diferentes clases de fármacos y diferentes modalidades de estimulación de la acupuntura.</p> <p>Evidencia de muy baja calidad indicó calificaciones inferiores de los eventos adversos después de la acupuntura en comparación con la medicación sola, medidos a través de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MD -4.32, IC95% -7.41– -1.23; tres ECA, 481 participantes).</p> <p>Acupuntura más medicación versus medicación sola</p> <p>Se encontró evidencia de muy baja calidad que indicó que la acupuntura es muy beneficiosa para la reducción de la gravedad de la depresión al final del tratamiento (SMD -1.15, IC95%: -1.63– -0.66; 11 ECA, 775 participantes). Los estudios muestran una variación significativa como resultado del uso de diferentes modalidades de estimulación de la acupuntura. No está claro si las diferencias en los eventos adversos se</p>

				<p>asocian con las diferentes modalidades de la acupuntura (SMD -1.32, IC95% -2.86– 0.23; tres ECA, 200 participantes; evidencia de muy baja calidad).</p> <p style="text-align: center;">Acupuntura versus terapia psicológica</p> <p>No está claro si los datos muestran diferencias entre la acupuntura y la terapia psicológica en cuanto a la gravedad de la depresión al final del tratamiento (SMD -0.5, IC95% -1.33– 0.33; dos ECA, 497 participantes; evidencia de baja calidad). Evidencia de baja calidad no indicó diferencias entre los grupos en cuanto a las tasas de eventos adversos (RR 0.62, IC95% 0.29– 1.33; un ECA, 452 participantes).</p> <p style="text-align: center;">Conclusión:</p> <p>Los autores de la revisión calificaron la calidad de la evidencia de la mayoría de los estudios incluidos como muy baja o baja, y los efectos descritos a continuación deben interpretarse con precaución.</p> <p>La acupuntura puede dar lugar a una reducción moderada de la gravedad de la depresión en comparación con tratamiento habitual/ningún tratamiento.</p> <p>El uso de la acupuntura puede dar lugar a una reducción pequeña en la gravedad de la depresión en comparación con la acupuntura control.</p> <p>Los efectos de la acupuntura versus la medicación y la terapia psicológica no están claros debido a la calidad muy baja de la evidencia, aunque los resultados de acupuntura + medicación vs medicación sola: evidencia de muy baja calidad indican que la acupuntura es muy beneficiosa para la reducción de la gravedad de la depresión al final del tratamiento.</p> <p>Los riesgos de eventos adversos con la acupuntura tampoco están claros, ya que la mayoría de los ensayos no informaron los eventos adversos.</p>
Depresión postparto	Li 2018	RS	<p>Enero 2018 ECA=9 N pacientes=653</p> <p>Criterios de inclusión ECA Depresión postparto Acupuntura</p>	<p>La acupuntura mostro una mayor tasa de mejoría comparado con grupo control²24%, RR 1.15, IC95% 1.06– 1.24; $p<0.001$.</p> <p>La acupuntura mejoró el nivel de estradiol comparado con grupo control MD 36.92, IC95% 23.14– 50.71, $p<0.001$.</p> <p>Las puntuaciones de los cuestionarios específicos de depresión no mostraron diferencias entre los grupos evaluados, con una gran variabilidad entre los diferentes estudios.</p>
Rinitis alérgica				
	Taw 2015	R Narrativa	Enero 2013 –diciembre 2014	Wang2013: Mejoría en el grupo de acupuntural del 95% vs 83% del grupo control, postratamiento.

			ECA=5 N pacientes=831	Hauswald2014: Grupo acupuntural una mejoría del 87% a las 6 semanas y del 80% a las 16 semanas; Grupo control mejoría del 67% a las 6 semanas y del 0% a las 16 semanas. Ou 2014: Acupuntura mejoría del 94% vs 73% del grupo control, postratamiento. Brinkhaus 2013: acupuntura fue mejor que cetirizina. Choi 2013: acupuntura fue mejor que el grupo placebo o lista de espera.
	Feng 2015	RS	Julio 2013 ECA=13 N pacientes=2365 Criterios de inclusión ECA Rinitis alérgica Acupuntura	El grupo acupuntura, en comparación con control, obtuvo reducción significativa en las puntuaciones de los síntomas nasales (WMD -4.42, IC95% -8.42– -0.43, $p=0.03$), puntuaciones de la medicación (WMD 1.39, IC95% -2.18– -0.61, $p=0005$) e IgE sérica (WMD -75.00, IC95% -91.17– -58.83, $p<0.00001$). También se obtuvo diferencia en la mejoría en calidad de vida relacionada con la salud (SF-36). No se informaron eventos fatales en ninguno de los estudios incluidos, y ninguna reacción sistémica grave, estuvo relacionada con el tratamiento con acupuntura.
Cefalea / Migraña				
Migraña sin aura (profilaxis)	Zhao 2017	ECA	Duración 4 semanas de tratamiento con un seguimiento de 20 semanas. N=249 participantes 18 – 65 años de edad 245 incluidos en análisis ITT Comparan acupuntural verdadera con 1) acupuntura simulada, o con 2) lista de espera	La acupuntura verdadera se asocia con una reducción a largo plazo de la recurrencia de la migraña en comparación con la acupuntura simulada o con la lista de espera
Migraña (profilaxis)	Linde 2016	RS	Enero 2016 ECA=22 ECA N total=4985 participantes Criterios de inclusión	Comparación con no-acupuntura Después del tratamiento, la frecuencia del dolor de cabeza se redujo a la mitad en 41% de los participantes que recibieron acupuntura y 17% en los de no-acupuntura (RR agrupado 2.40, IC95% 2.08– 2.76; 4 estudios, 2519 participantes) con un número necesario a tratar para obtener un resultado beneficioso adicional (NNTB) de 4 (IC95%: 3– 6); no hubo indicios de heterogeneidad estadística (I^2 7%; evidencia de calidad moderada). El único ensayo con seguimiento posterior al tratamiento encontró un

			<p>Incluyeron ECA de al menos ocho semanas de duración que comparasen intervención de acupuntura con 1) control sin acupuntura (sin tratamiento profiláctico o tratamiento habitual solamente), 2) intervención de acupuntura simulada o 3) fármaco profiláctico, en participantes con migraña episódica, hasta enero 2016</p>	<p>beneficio pequeño pero significativo 12 meses después de la asignación al azar (RR 2.16, IC 95% 1.35– 3.45; NNT 7; IC95% 4– 25; 377 participantes, evidencia calidad de baja).</p> <p style="text-align: center;">Comparación con acupuntura simulada</p> <p>Después del tratamiento, la frecuencia de la cefalea se redujo al menos a la mitad en el 50% de los participantes que recibieron acupuntura verdadera y el 41% recibió acupuntura simulada (RR agrupado 1.23, IC95% 1.11– 1.36; I² 48%; 14 ensayos, 1825 participantes) y en el seguimiento en 53% y 42%, respectivamente (RR agrupados 1.25, IC95% 1.13– 1.39; I² 61%; 11 ensayos, 1683 participantes; pruebas de calidad moderada). Los NNTB correspondientes son 11 (IC95% 7– 20) y 10 (IC95% 6– 18), respectivamente. La cantidad de participantes que abandonaron debido a efectos adversos y la cantidad de participantes que informaron efectos adversos no difirieron significativamente entre los grupos de acupuntura y los simulados.</p> <p style="text-align: center;">Comparación con tratamiento farmacológico profiláctico</p> <p>La acupuntura redujo la frecuencia de la migraña significativamente más que la profilaxis farmacológica después del tratamiento (DME -0.25; IC95% -0.39– -0.10; 3 ensayos, 739 participantes), pero la importancia no se mantuvo en el seguimiento (DME -0.13; IC95% -0.28– 0.01; 3 ensayos, 744 participantes; evidencia de calidad moderada). Después de tres meses, la frecuencia de la cefalea se redujo al menos a la mitad en el 57% de los participantes que recibieron acupuntura y el 46% en recibir fármacos profilácticos (RR agrupados 1.24; IC95% 1.08– 1.44) y después de seis meses en el 59% y 54%, respectivamente (RR agrupados 1.11; IC95% 0.97– 1.26; evidencia de calidad moderada). Los hallazgos fueron consistentes entre los ensayos con I² siendo 0% en todos los análisis. Los participantes en el ensayo que recibieron acupuntura tuvieron menos probabilidades de abandonar debido a los efectos adversos (OR 0.27; IC95% 0.08– 0.86; 4 ensayos, 451 participantes) y de reportar efectos adversos (OR 0.25; IC95% 0.10– 0.62; 5 ensayos 931 participantes) que los participantes que recibieron fármacos profilácticos (evidencia de calidad moderada).</p> <p style="text-align: center;">Conclusiones:</p> <p>La evidencia disponible sugiere que añadir acupuntura al tratamiento sintomático de los ataques reduce la frecuencia de los dolores de cabeza.</p> <p>Contrariamente a los hallazgos anteriores (en 2009), la evidencia actualizada también sugiere que hay un efecto sobre la acupuntura simulada, pero este efecto es pequeño.</p> <p>Los ensayos disponibles también sugieren que la acupuntura puede ser al menos igualmente efectiva como el tratamiento con fármacos profilácticos. La acupuntura puede considerarse una opción de tratamiento para los pacientes que desean someterse a este tratamiento. En cuanto a otros tratamientos para la migraña, faltan estudios a largo plazo que duren más de un año.</p>
--	--	--	---	---

<p>Cefalea tensional (profilaxis)</p>	<p>Linde 2016</p>	<p>RS</p>	<p>Enero 2016</p> <p>N=12 ECA N total= 2349 participantes</p> <p>Criterios de inclusión Incluyeron ECA de al menos ocho semanas de duración que comparasen intervención de acupuntura con 1) un control (tratamiento exclusivo para cefalea aguda o cuidados habituales), 2) una intervención de acupuntura simulada, 3) u otra intervención profiláctica, en adultos con cefalea tensional episódica o crónica.</p>	<p>Comparación con cuidados habituales o tratamiento para la cefalea aguda 2 ECA. La proporción de participantes que experimentaron al menos un 50% de reducción de la frecuencia de cefalea fue mucho mayor en los grupos que recibieron acupuntura que en los grupos control (evidencia de calidad moderada; ECA 1: 302/629 (48%) versus 121/636 (19%); RR 2.5; IC95% 2.1– 3.0; ECA 2: 60/132 (45%) versus 3/75 (4%); RR 11; IC95% 3.7– 35). No se investigaron los efectos a largo plazo (más de cuatro meses).</p> <p>Comparación con acupuntura simulada 7ECA de calidad moderada a alta (bajo riesgo de sesgo); 5 grandes ECA proporcionaron datos para uno o más metanálisis. Entre los participantes que recibieron acupuntura, 205 de 391 (51%) tuvieron al menos un 50% de reducción de la frecuencia de cefalea en comparación con 133 de 312 (43%) en el grupo simulado después del tratamiento (RR 1.3; IC95% 1.09– 1.5). Los resultados seis meses después de la asignación al azar fueron similares. Tres ECA informaron el número de participantes que informaron efectos adversos: 29 de 174 (17%) con acupuntura versus 12 de 103 con simulacro (12%; OR 1.3; IC95% 0.60– 2.7; evidencia de baja calidad).</p> <p>Comparación con otra intervención profiláctica La acupuntura se comparó con fisioterapia, masaje o ejercicio en 4 ECA de calidad baja a moderada (alto riesgo de sesgo); Los hallazgos del estudio fueron informados inadecuadamente. Ningún ensayo encontró una superioridad significativa de la acupuntura.</p> <p>Conclusiones: Los resultados disponibles sugieren que la acupuntura es efectiva para tratar la cefalea tensional crónica o episódica frecuente.</p>
<p>Migraña (con o sin aura), profilaxis</p>	<p>NICE/2015 (cg150)</p>	<p>GPC</p>		<p>Si no están recomendados o no resultan efectivos el topiramato y propranolol, considerar un máximo de 10 sesiones durante 5-8 semanas como tratamiento profiláctico en base a las preferencias del paciente, comorbilidades y riesgo de eventos adversos</p>
<p>Cefalea tensional (profilaxis)</p>	<p>NICE/2015 (cg150)</p>	<p>GPC</p>		<p>Recomiendan un máximo de 10 sesiones durante 5-8 semanas como tratamiento profiláctico</p>
<p>Cefalea en niños y jóvenes</p>	<p>Scottish Government National 2018</p>	<p>GPC</p>		<p>La acupuntura se puede considerar para controlar el dolor crónico en niños y jóvenes, para la lumbalgia y la cefalea. Si se usa, la eficacia debe ser evaluada formalmente.</p>
<p>Dolor oncológico y síntomas derivados de la medicación antineoplásica</p>				

Dolor oncológico	Anshasi 2018	OV	RS=14	<p>Comparado con analgésicos en solitario, acupuntura y terapias relacionadas resultan en reducción de dolor relacionado con cáncer.</p> <p>Los clínicos deben considerar acupuntura y técnicas relacionadas como terapia coadyuvante para el manejo de dolor relacionado con cáncer, cuando el control del dolor es insatisfactorio con analgésico en solitario.</p>
	Chiu 2017	RS	ECA=29	<p>El tamaño de efecto general de acupuntura en dolor relacionado con cáncer es de -0.45. El subanálisis indica que acupuntura alivia dolor relacionado con tumor y el inducido por cirugía oncológica, con un tamaño de efecto de -0.71 y -0.40. Pero no el dolor relacionado quimio, radio u hormono terapia.</p> <p>Autores concluyen: Acupuntura es efectiva para aliviar dolor relacionado con cáncer, especialmente dolor relacionado con el tumor y el inducido por la cirugía.</p>
Síntomas relacionados con cáncer	Lee 2016	RS	ECA=23	<p>Estimulación de puntos de acupuntura tiene un efecto terapéutico en dolor general y fatiga.</p>
Neuropatía periférica inducida por quimioterapia	Oh 2018	RS	ECA=22 N total pacientes=954	<p>Acupuntura reduce de forma significativa síntomas, signos de neuropatía periférica inducida por quimioterapia y dolor de neuropatía inducida por quimioterapia ($p<0.001$).</p>
Artralgias inducidas por inhibidores de aromatasa	Kim 2018	RS con NTM	RS=6	<p>Acupuntura es la modalidad terapéutica más estudiada. En vistas de las limitaciones del nivel de confianza general para cada revisión, la evidencia de la acupuntura como efectivo para el tratamiento de artralgias por inhibidores de la aromatasa eran bajas.</p>
	Chen 2017	RS	ECA=5 N total pacientes=181	<p>Reducción significativa de dolor tras 6-8 semanas de terapia de acupuntura. Pacientes que reciben acupuntura muestran reducción significativa de la puntuación del peor dolor del BriefPainInventoryy de la puntuación de dolor de WOMAC (Western Ontario and McMasterUniversitiesOsteoarthritisIndex).</p> <p>Uno de los estudios informa de 18 eventos adversos menores en 8 pacientes durante 398 sesiones.</p> <p>Conclusión de autores: Acupuntura es un tratamiento no-farmacológico seguro y viable para aliviar dolor en pacientes con artralgia inducida por inhibidores de aromatasa.</p>
	Yang 2017	RS	Estudios=19 estudios: 6 calidad fuerte, 8 calidad moderado 5 calidad débil. Intervenciones: Fármacos	<p>El tamaño de efecto general sobre el dolor era grande:abordaje farmacológico, acupuntura y técnicas de relajación con tamaño de efecto entre moderado a grande. Suplementos nutricionales y ejercicio físico no tenían efectos significativos.</p>

			Acupuntura, Suplementos nutricionales, Relajación Ejercicios	
	Zhang 2018	RS	ECA=10 N total pacientes=1.327	Acupuntura tiene un efecto marcado sobre la fatiga en pacientes con cáncer, sin importar el tratamiento anticanceroso concurrente, particularmente en pacientes con cáncer de mama.
Náuseas y vómitos secundarios a quimioterapia	Mc Donald 2017	Revisión comparativa de la literatura	RS=2 ECA=25 McKeon 2013: RS de 7 ECA acupuntura, 6 ECA acupresión Garcia 2014: RS update con 18 ECA nuevos	McKeon 2013: Acupuntura reduce la frecuencia de vomito agudo y dosis de medicación de rescate, pero no redujo severidad de nauseas agudas o frecuencia comparado con control. Calidad de evidencia: de bajo a moderado. Garcia 2014: Acupuntura es una opción apropiada para náuseas y vómitos inducido por quimioterapia.
Miscelánea				
Obesidad	Zhao 2018	MA	ECA=29 N pacientes = 3013	La acupuntura es efectiva para el tratamiento de la obesidad , asociándose su utilización con una reducción significativa del peso corporal promedio (1.72 kg, IC95% 0.50– 2.93 kg) y con una mejoría de la obesidad (RR 2.57, IC95% 1.98– 3.34). En el metanálisis analizado, basado en 29 ECA con 3013 pacientes, se ha demostrado como el uso de acupuntura redujo significativamente el peso corporal de 1.56 kg (0.74– 2.38 kg), en promedio, en comparación con los tratamientos con placebo o tratamiento simulado. La acupuntura también mostró mejores resultados para el peso corporal (MD 1.90 kg; 1.66– 2.13 kg), así como para la obesidad (RR 1.13; 1.04– 1.22), que la medicación convencional.
Veijga Hiperactiva	Zhao 2018	MA	ECA=10 N pacientes =794	Para el análisis de los resultados de tratamiento con acupuntura de la vejiga hiperactiva se han seleccionado 10 ECA con un total de 794 pacientes. Los resultados han mostraron que la electroacupuntura (EA) puede ser más efectiva que la electroacupuntura simulada para mejorar los episodios de nicturia de 24 horas y la EA puede mejorar los efectos de la tolterodina para aliviar los síntomas de evacuación y mejorar la calidad de vida del paciente.
Síndrome premenstrual	Armour 2018	Revisión Cochrane	ECA=5 N pacientes =277	En el Síndrome premenstrual se ha demostrado que el tratamiento con Acupuntura puede mejorar el estado de ánimo general y los síntomas físicos en comparación con el tratamiento con acupuntura simulada. Estos datos se obtienen de una revisión basada en cinco ECA que incluyeron a 277 pacientes.
Náuseas y Vómitos Postoperatorios	Mc Donald 2017 The Acupuncture Evidence Project: A	Revisión comparativa de la literatura	Estudio incluidos: RS (2) de ECA (30, 59 respectivamente.)	Cheong 2013: RS de 30 ECA: Acupuntura y acupresión reducen número de casos de náuseas y vómitos precoces (hasta 24 horas). Calidad baja

	Comparative Literature Review was funded by the Australian Acupuncture and Chinese Medicine Association Ltd (AACMA).			Lee 2015: Estimulación de PC6 real superior a sham. No diferencias entre PC6 y antieméticos. No evidencia de que PC6 + antieméticos sea superior a antieméticos aislados.
	Asmussen 2017	RS y MA de ECA	Estudios incluidos: RS y MA de 10 ECA (n=700)	Acupuntura reduce significativamente la cantidad de anestésicos volátiles durante cirugía ($p<0.001$), lleva a velocidad de extubación más rápida ($p=0.001$), reduce significativamente ocurrencia de náuseas y vómitos postoperatorios ($p=0.017$)
Náuseas y Vómitos y Dolor Postoperatorios Tras amigdalectomía	Mc Donald 2017 The Acupuncture Evidence Project: A Comparative Literature Review was funded by the Australian Acupuncture and Chinese Medicine Association Ltd (AACMA).	Revisión comparativa de la literatura	Estudios incluidos:	Cho 2016: MA de 12 ECA, 7 de alta calidad. Puntuaciones de dolor, necesidades analgésicas y náuseas y vómitos reducidos significativamente. No efectos adversos significativos. Evidencia insuficiente. Shin 2016: RS y MA de 4 ECA (3 de alta calidad), 3 ensayos prospectivos aleatorios y 1 piloto. Acupuntura superior a controles y coste-efectivo. No evidencia suficiente.
Náuseas y Vómitos durante embarazo (Hiperémesis Grávidica)	Sridharan 2018.	NMA	Estudios incluidos: RS de 20 ECA y MA de 18 ECA	Acupuntura, Acupresión y Metilprednisolona están asociados a mejor control de HG comparado con cuidados estándar.

Notas

ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado; EC: Estudio Clínico; GPC: Guías Práctica Clínica; HT: Informes Tecnológicos; IC95%: Intervalo de Confianza al 95%; ITT: Intención de Tratar; MA: Metaanálisis; MD: Diferencia de Medias; NNT: Número Necesario a Tratar; NNTB: Número Necesario a Tratar para obtener un resultado Beneficioso adicional; NTM: Network Meta-análisis; OR: Odds Ratio; OV: Overview; RR: Riesgo Relativo; RS: Revisión Sistemática; SMD: Diferencia de Medias Estandarizada; UR: Umbrella Review; WMD: Diferencia de Medias Ponderada.

