

Eficacia de la acupuntura en la cefalea/migraña y diferentes situaciones

The efficacy of acupuncture in
the treatment of cephalalgia/
migraine and different
conditions. *Executive summary.*

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2008
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

AETSA 2006/04



Eficacia de la acupuntura en la cefalea/migraña y diferentes situaciones

The efficacy of acupuncture in
the treatment of cephalalgia/
migraine and different
conditions. *Executive summary.*

Martínez Pecino, Flora

Eficacia de la acupuntura en la cefalea/migraña y diferentes situaciones = The efficacy of acupuncture in the treatment of cephalalgia/migraine and different conditions/ Flora Martínez Pecino; Ivan Solá Arnau; María Betina Nishishinya Aquino [traducido por: Leda Ojeda Florido] . -Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. 150 p.; 24 cm.
1. Transtornos de Cefalalgia 2. Cefalea. 3 Terapia por Acupuntura I. Solá Arnau, Iván II. Nishishinya Aquino, María Betina III. Andalucía. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias IV. España. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Autores: Flora Martínez Pecino¹, Ivan Solá Arnau², María Betina Nishishinya Aquino².

¹ *Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía*

² *Escuela Andaluza de Salud Pública*

Dirección Técnica: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Edita:

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Avda. de la Innovación s/n

Edificio RENTA SEVILLA, 2ª planta

41020 Sevilla

España - Spain

Este documento se ha realizado en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Sanidad y Consumo, y la Fundación Progreso y Salud de Andalucía.

© de la presente edición: Ministerio de Sanidad y Consumo.

© de los contenidos: Consejería de Salud - JUNTA DE ANDALUCÍA

ISBN: 978-84-96990-09-8

NIPO: 354-07-056-1

Depósito Legal: SE-3165-2008

Imprime: Utrera Gráfica - 955 86 49 17 - utreragrafica@gmail.com

Este documento puede ser reproducido en todo o en parte, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

Eficacia de la acupuntura en la cefalea/migraña y diferentes situaciones

The efficacy of acupuncture in
the treatment of cephalalgia/
migraine and different
conditions. *Executive summary*



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO



Plan de **Calidad**
para el Sistema Nacional
de Salud



Instituto
de Salud
Carlos III

Ministerio de Sanidad y Consumo

AE
TIS de Tecnologías Sanitarias



JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD

Índice

Acrónimos	9
Resumen ejecutivo	11
Executive summary	15
Introducción	19
Descripción de la tecnología	20
Técnicas de acupuntura	21
Objetivos	23
Material y métodos	25
Cefalea / migraña	25
Estrategia de búsqueda	25
Criterios de inclusión y de exclusión	26
Métodos de valoración, síntesis y clasificación final de la evidencia	28
Diferentes situaciones de salud	30
Estrategia de búsqueda	30
Criterios de inclusión de estudios en la revisión global y actualización de la revisión	30
Métodos de valoración síntesis y resumen final de la evidencia	32
Resultados	33
Cefaleas/migraña	33
Diferentes situaciones de salud	40
Accidente vascular cerebral	41
Adicciones	49
Asma	54
Colon irritable	58
Demencia de origen vascular	60
Depresión	62
Enfermedad Arterial Periférica (EAP)	66
Enuresis nocturna en niños	67
Epilepsia	69
Esquizofrenia	70
Infertilidad	72
Insomnio	74
Náuseas y vómitos	76

Obesidad	86
Parálisis de Bell	88
Problemas obstétricos (presentación no cefálica)	91
Problemas obstétricos (inducción del trabajo de parto)	93
Patologías prostáticas	95
Síntomas relacionados con el climaterio	97
Tabaquismo	99
Tinnitus	103
Xerostomía	105
Evaluación de la seguridad del tratamiento con acupuntura en las patologías incluidas	107
Discusión	109
Conclusiones	115
Referencias	119
Anexo I	145
Anexo II <i>Checklist</i> de validez interna de las revisiones sistemática	147

Acrónimos

ACV: Accidente cerebrovascular

AIS: Athens Insomnia Scale

ADL : Activity of Daily Living

BI: Barthel Index

BDI: Beck Depression Inventory

BDW : Bowel Disease Questionnaire

BRMS: Beck Rafaelsen Melancholia Scale

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale

CCVA : cuestionario de calidad de vida del asma.

CCTT: Cefalea crónica de tipo tensional

CCib: Centro Cochrane Iberoamericano

CGI: Clinical Global Impression Scale

CSRM: Chinese Stroke Recovery Measure

CSS/SSS: Chinese stroke Scale/Scandinavian Stroke Scale

DME: diferencia media estandarizada

EAP: Enfermedad arterial periférica

ECA : Ensayo clínico aleatorizado

EEG: electroencefalograma

EEUU: Estados Unidos

EQ: EuroQol Score

FEV1: volumen espiratorio forzado en 1 segundo.

FDDQL: Functional Digestive Diseases Quality of Life Questionnaire

FDIP: Facial Disability Index

HAD: Hospital Anxiety Depression

HADS: Hamilton Assessment Depression Scale

HAMD: Hamilton Rating Scale for Depression

HBS: Escala de House-Brackmann

IMC: Índice de Masa Corporal

IHS : International Headache Society

ISI: Insomnia Severity Index

MTC: Medicina Tradicional China

MMSE : Minimental Status Examination

MQ: Morning Questionnaire

NADA: National Acupuncture Detoxification Association

NHP: Nottingham Health Profile

NRS: Numerical Rating Scale

PSQI: Pittsburg Sleep Quality Index

RS: Revisiones sistemáticas
STAI: State/Trait Anxiety Inventory
SANS: Assessment of Negative Symptoms
SC: Subcutáneo
SAPS: Scale for the Assessment of Positive Symptoms
SF36: Estado general de salud
VCE : Versión Cefálica Externa

Resumen ejecutivo

Introducción: La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, propone al Ministerio de Sanidad y Consumo ofrecer a los profesionales sanitarios la mejor información disponible en la literatura científica sobre la eficacia de la acupuntura en la cefalea y en cualquier patología o situación de salud, en la cual el dolor no sea el síntoma principal, como proyecto a desarrollar en el marco del convenio de colaboración para el desarrollo del Plan Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Objetivo: Evaluar la eficacia de la acupuntura en la cefalea/migraña y en cualquier patología o situación de salud, en la cual el dolor no sea el síntoma principal.

Además de la cefalea los temas revisados son: accidente cerebrovascular (ACV), adicciones, asma, colon irritable, demencia de origen vascular, depresión, enfermedad arterial periférica, enuresis nocturna, epilepsia, esquizofrenia, infertilidad, insomnio, náuseas y vómitos, obesidad, parálisis de Bell, patologías prostáticas, problemas obstétricos (inducción del trabajo de parto, presentación no cefálica), síntomas relacionados con el climaterio, tabaquismo, tinnitus y xerostomía.

Metodología: Para elaborar este documento la AETSA ha tratado de integrar en un sólo documento los resultados encontrados sobre la eficacia de la acupuntura en la cefalea y la eficacia de la acupuntura en cualquier patología o situación de salud en la cual el dolor no sea el síntoma principal. Para ello se realizaron en colaboración con el Centro Cochrane Iberoamericano dos revisiones globales (revisión global de revisiones sistemáticas y actualización de los resultados de la revisión global, mediante la incorporación de ensayos clínicos aleatorizados publicados posteriormente). Una de ellas con un objetivo más amplio del que nos atañe, eficacia de la acupuntura en el tratamiento del dolor, en la que se incluye la cefalea y la migraña y otra sobre la eficacia de la acupuntura en cualquier patología o situación de salud en las que el síntoma principal no fuera el dolor.

Resultados: Se han incluido un total de 37 revisiones sistemáticas y 61 ensayos clínicos para la elaboración de los resultados. Para valorar la eficacia de la acupuntura en la cefalea/ migraña se utilizaron 5 revisiones sistemáticas y 15 ensayos clínicos. Para evaluar la eficacia del resto de las situaciones se identificaron 32 revisiones y 46 ensayos clínicos.

Conclusiones: Dada la complejidad de la técnica evaluada, la heterogeneidad de los estudios y las dificultades metodológicas encontradas, con este informe sólo podemos dar respuesta a cuestiones generales relacionadas con la eficacia de la acupuntura.

La calidad metodológica de los estudios incluidos es muy variable, encontrando revisiones y ensayos clínicos aleatorizados de calidad metodológica alta, así como estudios de baja calidad.

Para exponer las conclusiones se han clasificado las intervenciones con acupuntura según el nivel de eficacia encontrado en los estudios para cada patología o situación de salud evaluadas.

CEFALEA

- Se han clasificado como **Intervenciones probablemente beneficiosas** o de eficacia bastante clara, pero menos concluyente que en el caso de intervenciones beneficiosas.

La acupuntura para reducir el impacto de los ataques de cefalea en la calidad de vida de los pacientes, comparado con el tratamiento farmacológico habitual.

La acupuntura para la profilaxis de los ataques de migraña, cuando se compara con no dar ningún tratamiento. No es beneficiosa si se compara con la acupuntura simulada o con el tratamiento profiláctico estándar.

- Se han clasificado como intervenciones de cierta eficacia sugerida por una evidencia escasa o limitada (**potencialmente beneficiosas**).

La acupuntura comparado con la acupuntura simulada, para la disminución de los ataques de cefalea genérica.

La combinación de la acupuntura con un tratamiento médico, en comparación con dar sólo el tratamiento.

La eficacia de la acupuntura a corto plazo para la profilaxis de la migraña en mujeres, comparado con ser medicado con Flunarizina.

- El resto de intervenciones valoradas en el informe sobre cefalea se clasificaron como **intervenciones de eficacia desconocida o controvertida** con resultados no concluyentes o controvertidos que no permiten clarificar si existe o no eficacia de la intervención.

- Tras la valoración crítica de los resultados encontrados no se ha clasificado ninguna intervención como:
 - Intervenciones beneficiosas** o de eficacia demostrada por una evidencia clara procedente de revisiones sistemáticas y/o ensayos clínicos de razonable calidad y consistencia.
 - Probablemente no beneficiosa** con ausencia de eficacia (o presencia de perjuicio) sugerida por las pruebas disponibles.
 - No beneficiosa** con ausencia de eficacia (o presencia de perjuicio) demostrada por las pruebas disponibles.

DIFERENTES SITUACIONES DE SALUD

A continuación, se presenta una relación de diferentes patologías o situaciones de salud para las cuales diversos esquemas de acupuntura se han comparado con diversos grupos control. La clasificación viene dada según el nivel de eficacia:

- Se han clasificado como **Intervenciones probablemente beneficiosas** o de eficacia bastante clara, pero menos concluyente que en el caso de intervenciones beneficiosas.
 - La acupuntura (electroacupuntura, auriculopuntura, acupresión) comparada con acupuntura simulada, no acupuntura o tratamiento farmacológico antiemético para el manejo de las **náuseas y vómitos** agudos provocados por la quimioterapia.
- Se han clasificado **como intervenciones potencialmente beneficiosas** o de cierta eficacia sugerida por una evidencia escasa o limitada.
 - La acupuntura (con o sin auriculopuntura) comparada con acupuntura simulada o no acupuntura en mujeres en programas de reproducción asistida una para mejorar la tasa de **fertilidad**.
 - La acupuntura comparada con acupuntura simulada, medidas de higiene, reflexoterapia o musicoterapia para los pacientes con **insomnio**.
 - La acupuntura (electroacupuntura, auriculopuntura, acupresión) comparada con acupuntura simulada, no acupuntura o tratamiento farmacológico antiemético para el manejo de las **náuseas y vómitos en el postoperatorio**.
- Las patologías o diferentes situaciones de salud sobre las que se encontraron intervenciones valoradas en el informe como **inter-**

venciones de eficacia desconocida o controvertida con resultados no concluyentes o controvertidos que no permiten clarificar si existe o no eficacia de la intervención son las siguientes:

Accidente cerebrovascular, adicciones (cocaína, heroína, alcohol), asma, colon irritable, demencia de origen vascular, enfermedad arterial periférica, enuresis nocturna, epilepsia, esquizofrenia, náuseas y vómitos de la embarazada, obesidad, parálisis de Bell, patología prostática, trabajo de parto, versión cefálica del feto, manejo de los síntomas menopáusicos en mujeres sanas y con cáncer de mama, deshabitación del hábito tabáquico, xerostomía.

- Se han clasificado como intervenciones con ausencia de eficacia (o presencia de perjuicio) sugerida por las pruebas disponibles **(probablemente no beneficiosas)**.

En el manejo de las **náuseas y vómitos tardíos**.

La acupuntura (electroacupuntura) comparada con acupuntura simulada, no acupuntura o fármacos para la mejoría sintomática del **tinnitus**.

Finalmente, además de la eficacia, hay que considerar otros aspectos adicionales al igual que en cualquier otra tecnología que se incorpore al sistema sanitario. Por un lado se valora si la tecnología a incorporar aporta beneficios sobre las que están en uso en la actualidad, es decir si es más eficaz que el tratamiento estándar. Por otro, debe valorarse la organización equitativa de la oferta de asistencia, de forma que no se fomenten desigualdades en el acceso. Por último, la formación y la experiencia de los profesionales que también influye en la puesta en marcha.

*Las tablas descriptivas de los estudios
incluidos están disponibles en la página web de
AETSA
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/aetsa>
y en archivo PDF en el CD-ROM
que acompaña este libro.*

Executive summary

Introduction: The Andalusian Agency for Healthcare Technology Assessment (AETSA) proposes that the Ministry for Health and Consumer Affairs avail all healthcare professionals of the best information available from the scientific literature regarding the efficacy of acupuncture to treat cephalalgia and any pathology or health issue in which pain is not the main symptom, as a project to be developed in the context of the agreed collaboration supporting the National Healthcare System's Quality Plan.

Objective: To evaluate the efficacy of acupuncture in the treatment of cephalalgia/migraine and any pathology or health issue in which pain is not the main symptom.

In addition to cephalalgia, the health topics reviewed were: cerebrovascular accident (CVA or stroke), addictions, asthma, irritable bowel syndrome, vascular-related dementia, depression, peripheral artery disease, nocturnal enuresis, epilepsy, schizophrenia, infertility, insomnia, nausea and vomiting, obesity, Bell's paralysis, prostatic pathologies, obstetric problems (inducing labour, breech presentation), menopausal symptoms, tobacco addiction, tinnitus and xerostomia.

Methodology: To conduct this document, AETSA has sought to integrate in a single text the results available on the efficacy of acupuncture in treating cephalalgia and the efficacy of acupuncture in managing any pathology or health issue in which pain is not the main symptom. To this effect, two overviews were performed in collaboration with the Iberoamerican Cochrane Network an overview of systematic reviews, and an update of this, using data from randomised clinical trials published previously). One with a broader aim than is set out in our remit, the efficacy of acupuncture in the management of pain, including cephalalgia and migraine, and another that assesses the efficacy of acupuncture in treating any pathology or other health situations in which pain is not the main symptom.

Results: The document features data from 37 systematic reviews and 61 clinical trials. To assess the efficacy of acupuncture in the treatment of cephalalgia, 5 systematic reviews and 15 clinical trials were used. In relation to the other medical situations, 32 systematic reviews and 46 clinical trials were involved.

Conclusions: Given the complexity of the assessed technique, the heterogeneity of the studies and the methodological difficulties encountered, this report enables us to only respond to general issues related to the efficacy of acupuncture.

The methodological quality of the included studies varies significantly, with high-quality reviews and randomised clinical trials, and low-quality studies.

To present the conclusions, the acupuncture interventions have been classified according to the degree of efficacy found in the studies relevant to the assessed pathologies or health conditions.

CEPHALALGIA/MIGRAINE

- The following interventions have been classified as being **probably beneficial** or as having demonstrated fairly clear efficacy, but not as conclusively as those classed as beneficial.

Acupuncture to reduce the impact of cephalalgia attacks on the quality of life of patients, compared with standard pharmacological treatment.

Acupuncture as prophylaxis of migraine attacks, compared to no treatment regime. It is not beneficial when compared with simulated acupuncture or with standard prophylactic treatment.

- The following interventions have been classified as having a degree of efficacy, as suggested by limited evidence (**potentially beneficial**).

Acupuncture, compared with simulated acupuncture, for reducing generic cephalalgia.

The combination of acupuncture with medical treatment, compared with the treatment alone.

The efficacy of acupuncture in the short term for the prophylaxis of migraine in women, compared with treatment with flunarizine.

- All other interventions assessed in this report for the management of cephalalgia have been deemed as having **unknown or controversial efficacy**, on the basis of inconclusive or controversial results that do not provide a clear indication of the intervention's efficacy or otherwise.

- Following a critical assessment of the reviewed results, no intervention was deemed to fall in the following categories:

Beneficial or as having an efficacy that is demonstrated by clear evidence in systematic reviews and/or clinical trials of reasonable quality and consistency.

Probably not beneficial, due to a lack of efficacy or to potential detriment, as suggested by the available data.

Not beneficial, due to a lack of efficacy or to potential detriment, as demonstrated by the available data.

OTHER HEALTH SITUATIONS

There follow a series of pathologies and healthcare conditions for which various acupuncture-based regimens have been compared with various control groups. The classification is based on the following levels of efficacy:

- The interventions classified as being **probably beneficial** or as having demonstrated fairly clear efficacy, but less conclusively than those classed as beneficial.
Acupuncture (electro-acupuncture, auriculopuncture, acupressure), compared with simulated acupuncture, no acupuncture or antiemetic pharmacological treatment for the management of acute **nausea and vomiting** caused by chemotherapy.
- The interventions classified as **potentially beneficial** or as having some efficacy suggested by limited or scant evidence.
Acupuncture (with or without auriculopuncture), compared with simulated acupuncture or no acupuncture, in women who are undergoing an assisted **fertility** programme.
Acupuncture, compared with simulated acupuncture, measures of personal hygiene, reflexotherapy or music therapy for patients with **insomnia**.
Acupuncture (electro-acupuncture, auriculopuncture, acupressure), compared with simulated acupuncture, no acupuncture or antiemetic pharmacological treatment for the management of **nausea and vomiting in the postoperative setting**.
- The pathologies or health situations for which the interventions assessed in this report were deemed as having **unknown or controversial efficacy**, on the basis of inconclusive or controversial results that do not provide a clear indication of the intervention's efficacy or otherwise, are as follows: Cerebrovascular accident (stroke), addictions (cocaine, heroine, alcohol), asthma, irritable bowel syndrome, vascular-related dementia, peripheral artery disease, nocturnal enuresis, epilepsy, schizophrenia, nausea and vomiting during pregnancy, obesity, Bell's paralysis, prostatic pathologies, labour, foetal cephalic version, the management of menopausal symptoms in healthy women and with breast cancer, withdrawal from tobacco addiction, xerostomia.

- Interventions deemed **probably not beneficial**, due to a lack of efficacy (or to a potential detriment), as suggested by the available data.
Acupuncture in the management of **nausea and late vomiting**.
Acupuncture (electro-acupuncture), compared with simulated acupuncture, no acupuncture or pharmacological treatments to alleviate the symptoms of **tinnitus**.

Finally, in addition to efficacy, other aspects must be considered, as with any other technology entering the healthcare system. On the one hand, the technology is assessed for whether it provides comparative benefits – i.e. is more effective – over those that are currently in use, as standard. On the other hand, the organisational capacity to provide the technique must also be assessed, so as not to generate inequalities of access to it. Lastly, the issues of staff training and experience that affect the introduction of the technology must also be considered.

*Descriptive tables with included studies
are available in the webpage of AETSA
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/aetsa>
and as a PDF file in the CD-ROM
attached to this book*

Introducción

La cefalea es un problema de salud, que afecta de forma negativa al ámbito laboral y social, así como a la calidad de vida, provocando consultas en los diferentes niveles asistenciales.

Los datos encontrados sobre la prevalencia de la cefalea crónica de tipo tensional (CCTT) en los distintos países oscila entre el 4,1%, en Estados Unidos (EEUU), según una encuesta realizada a la población general (Rokicki LA, 1999) y el 2% en una encuesta de 2500 estudiantes en EEUU (Rasmussen BK, 1991). Así como el 2,5% en Dinamarca en un estudio poblacional de 975. En Singapur en un estudio comunitario la prevalencia era de 1,8% en mujeres y 0,9% en hombres (Ho KH, 2003). (2096 personas de la población general).

La Sociedad Internacional de la Cefalea (IHS (International Headache Society)), en 1988 mediante un consenso de expertos estableció una serie de criterios diagnósticos comunes, publicando la clasificación internacional de cefaleas. En el 2004 se publicó la Segunda Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas de la IHS (*The International Classification of Headache Disorders, International Headache Society*). Esta ha sufrido una primera revisión en el 2005.

La etiología así como los factores de riesgo y pronóstico varían según el tipo de cefalea. El tratamiento se basa fundamentalmente en tres pilares:

- Identificación del tipo de cefalea y si es posible la supresión o modificación de los factores desencadenantes;
- Prescripción de un tratamiento sintomático adecuado para disminuir la intensidad y acortar la duración de los ataques;
- Prevención de las crisis recurrentes en función de la frecuencia, intensidad e incapacidad que produzcan.

Entre las opciones terapéuticas se encuentra la acupuntura, utilizada como terapia complementaria y no como un sistema médico alternativo.

La acupuntura es utilizada también para otros problemas de salud importantes por su alta prevalencia como el asma, accidentes isquémicos transitorios y situaciones de salud como el embarazo y parto, tabaquismo, dismenorrea, obesidad y pérdida de peso, parálisis de Bell e insomnio.

Por todos estos motivos La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, propone al Ministerio de Sanidad y Consumo ofrecer a los profesionales sanitarios la mejor información disponible en la literatura científica sobre la eficacia de la acupuntura en la cefalea y en cualquier patología o situación de salud, en la cual el dolor no sea el síntoma principal,

como proyecto a desarrollar en el marco del convenio de colaboración para el desarrollo del Plan Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Descripción de la tecnología

La acupuntura es una tecnología compleja, que se basó en sus orígenes en la Medicina Tradicional China (MTC) y se ha utilizado desde hace más de 2.500 años en China (Vickers A, 1999). Se aplica cada vez más en todo el mundo, especialmente para tratar el dolor, desarrollándose teorías diferentes para adaptarse a una comprensión occidental de la función corporal.

Aunque los detalles de la práctica pueden ser diferentes entre las diferentes escuelas, la teoría general de la acupuntura está basada en la premisa de que hay patrones de flujo de energía (Qi) en todo el cuerpo, que son esenciales para el estado de salud. Se cree que las interrupciones de estos flujos son la causa de la aparición de enfermedades. La acupuntura busca corregir este desequilibrio del flujo mediante la estimulación de puntos específicos de la piel situados a lo largo del recorrido de los meridianos (canales por los cuales circula la Qi) (White 1999; Vickers A, 1999), a partir de la inserción de agujas sólidas, que miden de 1 a 10 cm, hechas de oro, plata, cobre, acero o una combinación de metales; deben insertarse en la piel no más de 8 cm de profundidad (Leake 1999), pueden ser manipuladas manualmente o por estimulación eléctrica. Otras técnicas que se utilizan son la estimulación de las diferentes áreas a través de la presión, el calor (moxibustión) y la energía láser.

El paciente siente en la zona de inserción de la aguja una sensación de entumecimiento, electricidad, cosquilleo u hormigueo, calor o “plenitud” (de Qi) (Furlan 2005). La persona que aplica el tratamiento tiene una sensación de tensión y/o pesadez en la aguja (He 2004). En la MTC estas sensaciones indican que la energía Qi se ha movilizad, pero actualmente hay controversias entre los que practican la acupuntura sobre si es necesario o no provocar esta sensación para que el tratamiento sea efectivo (Furlan 2005).

Aunque existen claras diferencias entre la acupuntura occidental y tradicional se solapan considerablemente (Vickers A 1999). Se han desarrollado muchos estilos diferentes de acupuntura, cada uno con características propias, como son el tratamiento meridiano japonés, la acupuntura energética francesa, la acupuntura coreana constitucional o la acupuntura Lemington del quinto elemento.

Se supone que la acupuntura produce un efecto analgésico y se han propuesto varias hipótesis sobre la cadena de eventos que conducen a la analgesia a partir de la acupuntura. Algunos autores sugieren que se activan

las fibras A-Delta (Leake 1999) y atribuyen sus efectos a la liberación de endorfinas y a un aumento del nivel de 5-hidroxitriptófano en el cerebro.

Muchos profesionales de la “medicina convencional” que practican acupuntura, han comprobado que los puntos de acupuntura corresponden a características anatómicas y fisiológicas, tales como unión de nervios periféricos y el diagnóstico que realiza en términos convencionales. Un concepto que utilizan estos acupuntores son los “puntos gatillos”: son áreas de sensibilidad aumentada dentro de un músculo que origina un tipo de dolor referido en un segmento del cuerpo (Vickers A 1999).

Existe variabilidad a la hora de seleccionar los puntos de acupuntura, el acupuntor es libre de elegir los puntos a utilizar, o utilizar una fórmula con puntos predeterminados para todos los pacientes o utilizar una fórmula fija y además algunos puntos adicionales según la sensibilidad y/o síntomas del paciente. Existen técnicas de acupuntura diferentes a la MTC que no utilizan meridianos y pueden utilizarse solas o en combinación con la terapia basada en los meridianos. La auriculopuntura se basa en el sistema reflejo somatotópico de la superficie externa de la oreja, similar al sistema somatotópico del córtex cerebral. En la osteopuntura se colocan agujas hasta el nivel del periostio, el mecanismo de acción es una estimulación de las fibras simpáticas que rodean el periostio, por el cual se estimula el flujo sanguíneo en la zona. La estimulación percutánea eléctrica nerviosa, coloca las agujas a lo largo de los dermatomas, miotomas y esclerotomas para activar los nervios periféricos.

Técnicas de acupuntura

- **Acupuntura:** se realiza mediante la inserción de agujas sólidas, que miden de 1 a 10 cm, hechas de oro, plata, cobre, acero o una combinación de metales; deben insertarse en la piel no más de 8 cm de profundidad (Leake 1999)
- **Moxibustión:** consiste en la utilización de una hierba *Artemisia vulgaris* que se quema sobre el punto de acupuntura para generar calor local (White 1999, Furlan 2005, Mayer 2000).
- **Electroacupuntura:** con esta técnica se aplica una corriente eléctrica (en diferentes frecuencias) a la aguja, una vez que ésta ha sido introducida en la piel.
- **Acupuntura láser o laserpuntura:** es aquella que utiliza un rayo de láser para estimular los puntos específicos de acupuntura. Otras técnicas consisten en utilizar agujas calientes en los sitios acupunturales, las agujas se calientan aplicando moxa sobre ellas.

- **Vacuoterapia, terapia por vacío o ventosas:** se produce un vacío sobre los puntos acupunturales y en algunas situaciones también se genera un sangrado a través de la piel.
- **Acupresión** es una técnica de la MTC basada en los mismos conceptos que la acupuntura. Consiste en hacer presión con las manos, codos, o con la ayuda de varios dispositivos sobre diferentes puntos de presión en la superficie del cuerpo humano (éstos pueden estar bastante distantes del síntoma, relacionados por lo que se llama el sistema de meridianos) para aliviar gracias a un mejor balance y circulación de Qi.
- **Auriculopuntura** es el método para tratar síntomas del cuerpo mediante la aplicación de agujas en el pabellón auricular.
- **Auriculopuntura eléctrica** es una variante de la auriculopuntura, que se realiza a través de un dispositivo que genera corriente continua en los puntos de la oreja donde están las agujas.
- **Estimulación intramuscular** es una técnica que consiste en la aplicación de agujas en las áreas sensibles. Dentro de este apartado podrían incluirse por un lado la inyección o punción sobre puntos gatillo (trigger points), que tiene un paralelismo con la punción que los acupuntores hacen de los puntos Ashi (puntos sensibles al dolor) con la diferencia de que normalmente no se punturan de forma aislada estos puntos sino en combinación con puntos clásicos de acupuntura, por otro lado podría incluirse el PENS que es una estimulación percutánea con electricidad y superficial sobre zonas dolorosas que practican algunos autores, es un procedimiento intermedio entre el anterior y la electroacupuntura pero al igual que la punción sobre puntos gatillos tiene un origen y una inspiración occidental poco relacionada con la acupuntura china.

Objetivos

Evaluar la eficacia de la acupuntura en la cefalea/migraña y en cualquier patología o situación de salud, en la cual el dolor no sea el síntoma principal.

Además de la cefalea los temas revisados son: accidente cerebrovascular (ACV), adicciones, asma, colon irritable, demencia de origen vascular, depresión, enfermedad arterial periférica, enuresis nocturna, epilepsia, esquizofrenia, infertilidad, insomnio, náuseas y vómitos, obesidad, parálisis de Bell, patologías prostáticas, problemas obstétricos (inducción del trabajo de parto, presentación no cefálica), síntomas relacionados con el climaterio, tabaquismo, tinnitus y xerostomía.

Material y métodos

Para elaborar este documento la AETSA ha tratado de integrar en un sólo documento los resultados encontrados sobre la eficacia de la acupuntura en la cefalea y la eficacia de la acupuntura en cualquier patología o situación de salud en la cual el dolor no sea el síntoma principal. Para ello se realizaron en colaboración con el Centro Cochrane Iberoamericano dos revisiones globales (revisión global de revisiones sistemáticas y actualización de los resultados de la revisión global, mediante la incorporación de ensayos clínicos aleatorizados publicados posteriormente). Una de ellas con un objetivo más amplio del que nos atañe, eficacia de la acupuntura en el tratamiento del dolor, en la que se incluye la cefalea y la migraña y otra sobre la eficacia de la acupuntura en cualquier patología o situación de salud en las que el síntoma principal no fuera el dolor.

Se llevaron a cabo de la siguiente forma:

Cefalea / migraña

Para evaluar la eficacia de la acupuntura en la cefalea nos hemos basado principalmente en los resultados sobre la eficacia de la acupuntura en la cefalea extraídos de una revisión global (overview), más amplia que el objetivo que nos atañe. La revisión en la que nos basamos es de buena calidad realizada en colaboración con el Centro Cochrane Iberoamericano y con la colaboración de la Red Cochrane Iberoamericana, sobre la eficacia de la acupuntura en el control del dolor hasta el 2005, así como en una actualización hasta julio de 2006, dado el volumen de publicaciones que surgía durante la realización.

La revisión más amplia en la que nos basamos consta de:

- Una revisión global (Overview) de las revisiones sistemáticas publicadas sobre la eficacia de la acupuntura en el tratamiento del dolor.
- Una actualización de los resultados de la revisión global, completando la información mediante la incorporación de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA).

Estrategia de búsqueda

La búsqueda exhaustiva para la identificación de revisiones sistemáticas se realizó en las bases de datos Medline (PubMed) 1966-2005, y en la Bibliote-

ca Cochrane Plus número 2, 2005 con las estrategias recogidas en el Anexo I. La búsqueda para la identificación de ECA se realizó en las bases de datos Medline (PubMed) 1996-2005, en CENTRAL (Biblioteca Cochrane Plus número 2, 2005) y EMBASE con la estrategia de búsqueda también descrita en el Anexo I.

Dado el número de publicaciones que iban surgiendo una vez finalizada la búsqueda se decidió actualizar las búsquedas para cada uno de los temas por separado, identificando las revisiones sistemáticas y los ensayos aleatorizados publicados a partir de la última fecha de publicación de los estudios incluidos en el informe. La búsqueda se llevó a cabo hasta Julio de 2006 (última fecha de búsqueda: 4 de Julio). Se realizó una búsqueda electrónica en MEDLINE (accedido a través de PubMed), EMBASE (accedido a través de Ovid), y CENTRAL (accedido a través de La Biblioteca Cochrane Plus) a partir del algoritmo de búsqueda que se encuentra en el Anexo I.

El algoritmo se presenta en su versión de MEDLINE, aplicado con un filtro de máxima sensibilidad para recuperar ensayos clínicos (Robinson 2002). Se realizaron las modificaciones oportunas en el lenguaje controlado y en el filtro de ensayos clínicos para realizar la búsqueda en el resto de bases de datos. A este algoritmo de búsqueda se le añadieron los descriptores y términos clave relacionados con cada uno de los temas. Se revisaron las listas de referencias de todos los estudios relevantes para identificar estudios adicionales.

Criterios de inclusión y de exclusión

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión, tanto para las RS incluidas e informes de evaluación si los hubiere, así como para los ensayos de actualización de las RS (Tabla 1). Se seleccionaron los que cumplían los criterios de inclusión y ningún criterio de exclusión.

Para considerar un estudio como RS, los autores debían dar criterios explícitos de cuál era el tema clínico de la revisión, explicitar qué estrategias se habían seguido para recuperar la evidencia científica relevante (búsqueda bibliográfica explícita de la literatura científica, información sobre bases de datos, fechas, listado de las instrucciones) para el tema de revisión, así como debían tener unos criterios de inclusión explícitos y una valoración de la calidad de los estudios incluidos (Montori 2005).

Tabla 1. Criterios de inclusión y de exclusión.

		Revisión global	Actualización de revisión global
Criterios Inclusión	Estudios	RS de EC en pacientes con dolor. Informes de evaluación que incluían búsqueda y valoración metodológica de los estudios. Idiomas: español, inglés.	ECA que evalúan la eficacia de la acupuntura en el tratamiento de los pacientes con dolor sin tener en cuenta inicialmente la calidad. Idiomas: español, inglés.
	Participantes en EC	Humanos >16años De cualquier raza Con patología que genere dolor crónico o agudo.	Humanos >16años De cualquier raza Con patología que genere dolor crónico o agudo.
	Intervenciones	Acupuntura comparada con acupuntura simulada (Sham), electroacupuntura, acupuntura láser, control inerte (lista de espera), otros tratamientos estándares según la patología estudiada.	Acupuntura comparada con acupuntura simulada, electroacupuntura, acupuntura láser, control inerte (lista de espera), otros tratamientos estándares según la patología estudiada, etc.
	Medidas de resultado	Las RS debían tener por lo menos una medida de dolor considerada como variable clínica de los ensayos.	Una medida de dolor considerada como variable clínica en los ensayos.
Criterios exclusión		Revisiones (RV) exclusivamente con estudios no aleatorizados. RV narrativas. Documentos de consenso. RV con búsqueda bibliográfica manifiestamente incompleta o sin especificar en absoluto. RV sin valoración de la calidad metodológica de los estudios incluidos.	ECA que comparaban diversas técnicas de acupuntura entre sí cuando las RS identificadas previamente no habían incluido estas comparaciones.

Métodos de valoración, síntesis y clasificación final de la evidencia

Dos revisores independientes llevaron a cabo tanto la selección de revisiones sistemáticas, como de los ensayos localizados para actualizar la revisión sistemática de cada uno de los temas (para lo que se tuvo en cuenta los aspectos de inclusión de ECA, búsqueda bibliográfica indicando fecha y bases de datos buscadas, valoración de la calidad de los trabajos, metanálisis/integración numérica opcional).

Las revisiones finalmente seleccionadas fueron clasificadas de forma jerárquica por temas generales (eficacia de la acupuntura en general o según dolor crónico, agudo, otros) y seguidamente por subtemas específicos .

Para este informe nos hemos centrado en la eficacia de la acupuntura en la cefalea.

Los dos revisores valoraron críticamente de forma independiente la calidad de todos los estudios incluidos. Para la calidad de las revisiones sistemáticas se usaron los criterios propuestos por el Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2004). Los criterios de calidad se basaron principalmente en la validez interna de cada estudio, evaluando el enfoque del tema de revisión, el rigor de la búsqueda de la literatura, la explicitud en la evaluación de la calidad de los estudios incluidos, la explicitud en la descripción de la metodología seguida para la realización de la revisión, y la descripción de los resultados de la revisión, según la información fuera buena , adecuada o mala.

De la valoración crítica de los distintos apartados se obtenía una valoración de resumen de la validez de la revisión:

- Las revisiones con alta validez interna y bajo riesgo de sesgo se valoraban como **(++)**
- Las revisiones con validez interna y riesgo moderado de sesgo se valoraban como **(+)**
- Las revisiones que presentaban un riesgo elevado de sesgo se valoraban como **(-)**

Para la actualización de la revisión global, se procedió a un trabajo desglosado por temas. Para cada tema, se seleccionó la revisión sistemática más actualizada (teniendo en cuenta los aspectos de inclusión de ensayos aleatorizados, búsqueda bibliográfica listada indicando fecha y bases de datos buscadas, valoración de la calidad de los trabajos, metanálisis/integración numérica opcional).

La calidad de los ensayos clínicos se realizó siguiendo un doble enfoque: se aplicó la escala de Jadad (Jadad 1996), y para sufragar posibles problemas asociados a la aplicación de escalas de calidad (Higgins 2005) se

valoraron los siguientes componentes individuales para cada ensayo clínico (Juni 2001): generación de la secuencia de aleatorización, encubrimiento de la secuencia de asignación, cegamiento, adecuación del seguimiento de los participantes en el estudio.

Todos los estudios incluidos en el informe se resumieron en tablas descriptivas recogidas en el CD adjunto. En estas tablas se resumen las principales características de cada uno de los estudios en relación con las características del diseño, su calidad, las intervenciones evaluadas, los participantes del estudio, las variables de resultado y los principales resultados del estudio. También se recogieron las principales impresiones de los autores sobre el estudio y posibles comentarios de los revisores.

Una vez analizada la evidencia disponible y sintetizada por temas, se decidió exponer tanto los resultados como las conclusiones a partir de la valoración consensuada, halladas en cada caso y para cada comparación sobre las pruebas de eficacia, de la forma más clara posible utilizando para ello el sistema de clasificación empleado por la publicación *Clinical Evidence*, adaptado a las especificidades de este informe. Se ha optado por esta clasificación más simple y pragmática, en detrimento de otras alternativas de uso más extendido (por ejemplo, la de SIGN, Oxford, etc.) debido a que el presente informe se limita sólo a la evaluación de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos, excluyéndose cualquier otro tipo de diseños.

El sistema de clasificación de la evidencia establece seis categorías de eficacia:

- **Beneficiosa:** Eficacia demostrada por una evidencia clara procedente de revisiones sistemáticas y/o ensayos clínicos de razonable calidad y consistencia.
- **Probablemente beneficiosa:** Eficacia bastante clara pero menos concluyente que en el caso anterior.
- **Potencialmente beneficiosa:** Cierta eficacia sugerida por una evidencia escasa o limitada.
- **Eficacia desconocida o controvertida:** Resultados no concluyentes o controvertidos que no permiten aclarar si existe o no eficacia de la intervención.
- **Probablemente no beneficiosa:** Ausencia de eficacia (o presencia de perjuicio) sugerida por las pruebas disponibles.
- **No beneficiosa:** Ausencia de eficacia (o presencia de perjuicio) demostrada por las pruebas disponibles.

Diferentes situaciones de salud

Para evaluar la eficacia de la acupuntura en cualquier patología o situación de salud, en la cual el dolor no sea el síntoma principal, se ha realizado en colaboración con el Centro Cochrane Iberoamericano una revisión global (*overview*) mediante:

- Revisión global (*overview*) de las revisiones sistemáticas publicadas hasta la fecha sobre la eficacia de la acupuntura en cualquier patología o situación de salud.
- Actualización de los resultados de la revisión global, completando la información mediante la incorporación de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) publicados posteriormente.

Estrategia de búsqueda

Para la identificación de revisiones sistemáticas en la revisión global se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos Medline (PubMed) 1966-2006, y en la Biblioteca Cochrane Plus número 2, 2006 utilizando la estrategia de búsqueda que se describe en el anexo I.

Para la identificación de los ensayos clínicos se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos Medline (PubMed) 1966-2006, y en CENTRAL (Biblioteca Cochrane Plus número 2, 2006) utilizando la estrategia de búsqueda que se describe en el anexo I.

Criterios de inclusión de estudios en la revisión global y actualización de la revisión

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión, tanto para las RS incluidas e informes de evaluación si los hubiere, así como para los ensayos de actualización de las RS (Tabla 2).

Las unidades de análisis son las revisiones sistemáticas con los criterios de inclusión indicados. Para aceptar un estudio como revisión sistemática se siguieron los mismos criterios que en la revisión global de revisiones sistemáticas sobre la eficacia de la acupuntura en el dolor.

Tabla 2. Criterios de inclusión y de exclusión.

		Revisión global	Actualización de revisión global
Criterios Inclusión	Estudios	RS de EC en pacientes con patologías diferentes al dolor. Informes de evaluación que incluyan búsqueda y valoración metodológica de los estudios. Idiomas: español, inglés.	ECA que evalúan la eficacia de la acupuntura en el tratamiento de los pacientes con diversas patologías sin tener en cuenta inicialmente la calidad. Idiomas: español, inglés.
	Participantes en EC	Humanos >16años De cualquier raza Con patología o situación de salud que hayan recibido como intervención la acupuntura.	Humanos >16años De cualquier raza Con algún tipo de patología o situación de salud que haya recibido como intervención a la acupuntura.
	Intervenciones	Acupuntura comparada con acupuntura simulada (Sham), electroacupuntura, acupuntura láser, control inerte (lista de espera), otros tratamientos estándares según la patología estudiada.	Una de las intervenciones analizadas debía ser la acupuntura comparada con acupuntura simulada, electroacupuntura, acupuntura láser, control inerte (lista de espera), otros tratamientos estándares según la patología estudiada
	Medidas de resultado	Debían tener por lo menos una medida principal acorde con la patología o situación de salud evaluada como variable clínica en los ensayos.	Los ensayos debían haber considerado alguna variable principal según la patología o situación de salud como variable clínica de resultado.
Criterios exclusión		Revisiones (RV) exclusivamente con estudios no aleatorizados. RV narrativas. Documentos de consenso. RV con búsqueda bibliográfica manifiestamente incompleta o sin especificar en absoluto. RV sin valoración de la calidad metodológica de los estudios incluidos.	ECA que comparaban diversas técnicas de acupuntura entre sí cuando las RS identificadas previamente no habían incluido estas comparaciones.

Métodos de valoración síntesis y resumen final de la evidencia

A partir de las búsquedas bibliográficas de la literatura desarrolladas en el Centro Cochrane Iberoamericano (CCIb), dos revisores independientes seleccionaron las revisiones sistemáticas que cumplieran los criterios de inclusión y no cumplieran ningún criterio de exclusión.

Las revisiones finalmente seleccionadas fueron clasificadas de forma jerárquica por temas generales según las diferentes patologías o situaciones de salud: accidente cerebrovascular (ACV), adicciones, asma, colon irritable, demencia de origen vascular, depresión, enfermedad arterial periférica, enuresis nocturna, epilepsia, esquizofrenia, infertilidad, insomnio, náuseas y vómitos, obesidad, parálisis de Bell, patologías prostáticas, problemas obstructivos (inducción del trabajo de parto, presentación no cefálica), síntomas relacionados con el climaterio, tabaquismo, tinnitus y xerostomía.

La descripción de las revisiones sistemáticas, mediante los documentos estandarizados de valoración de la validez y extracción de datos así como la valoración de la validez se realizó de la misma forma que para la revisión global sobre la eficacia de la acupuntura en el dolor. Se procedió también de igual forma, para la actualización de la revisión global, en cada uno de los temas (búsqueda, selección final de los ensayos identificados, según su adecuación a la actualización de la revisión global y según si ya estaban incluidos en las revisiones identificadas, descripción en tablas, valoración de la calidad.

Los efectos adversos registrados en las diferentes revisiones sistemáticas y ensayos se describen en el CD adjunto, además se realizó un comentario de los mismos.

De forma narrativa, para cada tema se redactó un texto en el que se comentaba cómo se integraban los resultados de los ensayos incluidos con los resultados y conclusiones de las revisiones, y en qué medida se refuerzan, modifican o contradicen las conclusiones derivadas en la primera fase de la revisión global sobre la eficacia de la acupuntura en cada tema. También se ha valorado la validez de esta actualización y las limitaciones impuestas por las circunstancias y la calidad de los ensayos y la revisión.

La síntesis y clasificación final de la evidencia se realizó siguiendo los mismos pasos que para la revisión sobre la eficacia de la acupuntura en el dolor

Resultados

Se han incluido un total de 37 revisiones sistemáticas y 61 ensayos clínicos para la elaboración de los resultados. Para valorar la eficacia de la acupuntura en la cefalea / migraña se utilizaron 5 revisiones sistemáticas y 15 ensayos clínicos. Para evaluar la eficacia del resto de las situaciones se identificaron 32 revisiones y 46 ensayos clínicos.

Cefaleas/migraña

Resultados de la búsqueda

Revisiones sistemáticas

Se identificaron cinco revisiones sistemáticas (Melchart 2001, Melchart 1999; Vernon 1999, Elorriaga Claraco 2003), de las que se excluyeron dos (Elorriaga Claraco 2003, Manias 2000) por tratarse de revisiones narrativas de la literatura o por no cumplir con los criterios de revisión sistemática preestablecidos en el proyecto.

Ensayos clínicos aleatorizados

Se incluyeron en total 15 ensayos. Inicialmente se identificaron 16 ensayos clínicos posteriores a las revisiones, de los cuales se excluyeron 5: 2 por tener un número muy alto de pérdidas (Linde 2000, Linde 2004), uno por ser un artículo duplicado de un ensayo finamente incluido (Vickers 2004 (a)), uno por no evaluar específicamente la acupuntura (Melchart 2004) y otro por ser un estudio de coste-efectividad (Wonderling 2004).

De los 11 ensayos que se incluyen, 8 evalúan la eficacia de la acupuntura tradicional china en los distintos tipos de cefalea (Allais 2002, Allais 2003, Melchart 2003, Linde 2005, Karst 2000, Karst 2001, Vickers 2004 (b), White 2000), uno evalúa la eficacia de la electroacupuntura (Xue 2004), uno evalúa la eficacia de agujas secas en puntos gatillo para la cefalea tensional (Karakurum 2001) y el último ensayo (Ebnesahidi 2005) evalúa la eficacia de la acupuntura láser en la cefalea tensional crónica.

Tras la actualización de la búsqueda hasta el 2006 dado el número de publicaciones durante la realización de la revisión se identificaron 23 estudios de los cuales se consideraron elegibles 16. De éstos, 12 fueron excluidos por los siguientes motivos: 1 porque ya lo habíamos incluido (Ebnesahidi 2005), 10 por no cumplir con los criterios metodológicos de inclusión

(Ashkenazi 2005, Backer 2004, Black 2006, Calandre 2006, Coeytaux 2006, Fernández de las Penas 2006, Griggs 2006, Hayhoe 2004, Melchart 2005a, Swanson 2006) y 1 porque resultó ser un duplicado de un estudio ya incluido (Linde 2006).

Los 4 ensayos incluidos fueron todos aleatorizados, 1 fue simple ciego (Coeytaux 2005) y los 3 restantes doble ciego (Andrade 2006, Diener 2006, Melchart 2005b).

Calidad de la evidencia

De las tres revisiones identificadas hubo dos con alta calidad metodológica, siendo ambas del mismo autor (Melchart 1999, Melchart 2001). La revisión Cochrane (Melchart 2001) trata sobre la eficacia de la acupuntura en la cefalea idiopática y la otra revisión (Melchart 1999) sobre las cefaleas recurrentes (migrañas, cefalea tensional y en acúmulos). Si bien ambas revisiones son del mismo autor, sólo se solapan 5 estudios de los 26 y 22 incluidos en cada una de las revisiones, respectivamente. La otra revisión es de calidad media (Vernon 1999). En general, los ensayos incluidos en las revisiones presentaban deficiencias metodológicas o bien faltaba información detallada acerca de los métodos.

Cinco de los ensayos que se identificaron sobre la eficacia de la acupuntura para la migraña (Linde 2005, Melchart 2003, Andrade 2006, Diener 2006, Melchart 2005b) fueron de muy buena calidad, el de (Coeytaux 2005) fue un ensayo simple ciego de buena calidad, el estudio no informa claramente como se hizo el cegamiento de los evaluadores de resultados, y los autores reconocen que la medida de la variable de resultado principal no está suficientemente validada. Los tres ensayos restantes fueron de calidad media (Allais 2002, Allais 2003, Vickers 2004 (b)). Los ensayos sobre cefaleas generales o tensionales fueron (White 2000) en general, de mala calidad (Ebnesahidi 2005, Karakurum 2001, Karst 2000, Karst 2001, Xue 2004).

Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas

La revisión Cochrane (Melchart 2001) evaluó la eficacia de la acupuntura en la cefalea idiopática, incluyendo 26 ensayos, con un número total de 1151 pacientes (con un rango de 10 a 150). Dieciséis (16) ensayos fueron sobre migraña, 6 sobre cefalea tensional y 4 sobre diversos tipos de cefaleas. La puntuación media de calidad en la escala de Jadad fue de 1,5 (rango de 1 a 5, sobre un máximo de 5) y la de la validez interna (evaluada mediante la

Internal Validity Scale, diseñada por uno de los autores) fue de 2,5 (rango de 1 a 5, sobre un máximo de 6).

Dada la gran heterogeneidad clínica observada entre los estudios incluidos en la revisión, los autores solamente ofrecieron una estimación global del efecto de la acupuntura basada en un consenso entre los propios autores, mediante un sistema de 5 categorías.

En ocho de los 16 ensayos que compararon acupuntura con acupuntura simulada (placebo) en pacientes con migraña o con cefalea tensional, se observaron resultados significativos favorables a la acupuntura. En 4 ensayos se observó una tendencia favorable no significativa a la acupuntura, y en dos no hubo ninguna diferencia entre ambas intervenciones. Los resultados no fueron interpretables en los dos estudios restantes.

Los 10 ensayos que compararon la acupuntura con otras formas de tratamiento (fisioterapia, fármacos, ausencia de tratamiento) proporcionaron resultados contradictorios.

Una segunda revisión del mismo autor (Melchart 1999) evaluó la eficacia de la acupuntura en la cefalea recurrente. Incluyó 22 ensayos con un número total de 1042 pacientes (rango de 10 a 150): 15 ensayos fueron sobre migraña, 6 sobre cefalea tensional y uno sobre diversos tipos de cefaleas. La puntuación media de calidad en la escala de Jadad fue de 2 (rango de 1 a 5) y la de la validez interna de 2,5 (rango de 1 a 5).

Hubo 14 ensayos que comparaban la acupuntura tradicional con la acupuntura simulada (placebo). Los dos tipos de medidas de resultado evaluadas en la revisión fueron la mejoría global de la cefalea (basada en el consenso entre los autores, del mismo modo que en la revisión anterior) y el índice de respuesta al tratamiento (cociente entre las tasas de pacientes respondedores, definido como al menos un 33% de mejoría), en un intento de proporcionar una medida cuantitativa “exploratoria” del efecto. En cuanto a la mejoría global de la cefalea después del tratamiento, 6 ensayos mostraron resultados significativos favorables a la acupuntura, 3 ensayos mostraron una tendencia favorable no estadísticamente significativa, 2 estudios no mostraron diferencias entre los grupos y en 3 no se pudo interpretar los resultados.

En cuanto al índice de respuesta al tratamiento, hubo un resultado global favorable a la acupuntura cuando se consideraron conjuntamente los ensayos clínicos realizados en migraña y en cefalea tensional. Este resultado favorable a la acupuntura se presentó también al limitar el análisis a los 7 ensayos clínicos realizados en pacientes con migraña (n=351). En cambio, no hubo diferencias significativas entre los tratamientos al analizar solamente los 2 estudios realizados en pacientes con cefalea tensional (n=48).

Cuando se analizaron los resultados de la acupuntura frente a otros tipos de intervención (fármacos, fisioterapia, terapia conductual) los resultados fueron contradictorios.

Una tercera revisión (Vernon 1999) evaluó terapias alternativas y complementarias en el tratamiento de la cefalea tensional y cervicogénica. Incluyó 8 ensayos sobre acupuntura, con un número total de 264 pacientes, de los cuales 5 compararon acupuntura con acupuntura simulada (placebo). La calidad de los estudios fue evaluada mediante una versión modificada de la escala de van Tulder (0-100%). La puntuación media fue de 58 (rango de 44 a 69%). Sólo 4 estudios fueron considerados como de alta calidad (puntuación entre 61 y 69), realizados en un total de 91 pacientes (media 25, rango 10 a 30).

De entre estos ensayos de alta calidad, los 2 ECA que mostraron unos resultados favorables para la acupuntura frente a acupuntura simulada, deben ser interpretados con precaución debido a que sólo incluyeron a 39 pacientes. Un estudio adicional que comparó acupuntura con acupuntura simulada y otro que comparó acupuntura con fisioterapia no presentaron diferencias significativas entre los grupos evaluados.

De entre los estudios de calidad baja-moderada (44-50%), la acupuntura mostró un efecto favorable comparada con acupuntura simulada, con ningún tratamiento y con medicación, mientras que no mostró diferencias significativas comparada con tablilla (*splint*) oclusiva. En cambio, obtuvo resultados desfavorables cuando se comparó con fisioterapia.

Sola la revisión de Vernon 1999 presentó datos sobre los efectos adversos. En esta revisión, de los 8 ensayos clínicos incluidos, 4 no mencionan los efectos adversos, en 3 los pacientes no presentaron efectos adversos, y en 1 ensayo se menciona que un paciente empeoró el dolor provocado por las agujas.

ECA adicionales

Cinco ensayos evaluaron la acupuntura en la migraña. El ECA más reciente (Linde 2005) fue doble ciego y con una alta calidad metodológica (Jadad 5). Este ECA incluyó 304 pacientes en tres grupos: acupuntura, acupuntura simulada (placebo) y lista de espera (durante 12 semanas, tras las cuales se les realizó acupuntura). Se observó una disminución en el número de días con cefalea moderada y severa en los grupos de acupuntura y acupuntura simulada. La proporción de respondedores fue significativamente mayor con acupuntura y acupuntura simulada que en los pacientes en lista de espera. La diferencia entre acupuntura y acupuntura simulada no fue significativa. El porcentaje de respondedores en el grupo de lista de espera empezó a incrementarse a partir de la semana 12 una vez se les aplicó acupuntura.

Otro ensayo (Melchart 2003) evaluó 179 pacientes en tres grupos: acupuntura, sumatriptán 6 mg subcutáneo (SC) y un placebo SC, mediante un diseño doble ciego parcial, ya que los pacientes que recibieron acupuntura no podían ser cegados. La prevención completa de un ataque de migraña a las 48 horas fue prácticamente igual con acupuntura y con sumatriptán, mostrando diferencias significativas con respecto al placebo. No obstante, el tiempo transcurrido hasta el inicio de un ataque de migraña fue muy superior (más del doble) en los pacientes tratados con sumatriptán en relación con los tratados con acupuntura, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Así, los pacientes que recibieron sumatriptán tendían a permanecer más tiempo libres de ataques de migraña. De entre los pacientes que necesitaron una reintervención de rescate (esto es, a pesar de la primera intervención persistían con migraña), un mayor número de los tratados con sumatriptán experimentaron una disminución del 50% o más en la intensidad del dolor con respecto a la acupuntura.

El ensayo de Vickers 2004 comparó la combinación de acupuntura con el tratamiento rutinario de la migraña frente a únicamente el tratamiento rutinario en 401 pacientes, de los que el 95% estaba diagnosticado de migraña. Los pacientes tratados con acupuntura recibieron hasta doce sesiones individualizadas repartidas en tres meses, con un seguimiento a los 6, 9 y 12 meses. Un número significativamente mayor de pacientes del grupo de acupuntura consiguió mejorar la intensidad del dolor provocado por la cefalea comparado con los pacientes que no recibieron acupuntura. El alivio del dolor de los pacientes tratados con acupuntura pareció prolongarse en el tiempo. Los pacientes del grupo de acupuntura también tuvieron significativamente menos días de migraña por año con respecto a los pacientes control. El uso de medicación de rescate, las visitas al médico y los días perdidos debidos a la cefalea también fueron significativamente menores en el grupo de acupuntura.

Allais 2002 comparó un tratamiento con acupuntura tradicional de una duración de seis meses frente a una toma diaria de Flunarizina de 10 mg durante seis meses para la profilaxis de la migraña en mujeres. En ambos grupos se observó una disminución de los ataques de migraña y del uso de medicación de rescate después de los 2 meses de tratamiento. La disminución en los ataques de migraña y el uso de medicación de rescate fue significativamente mayor en el grupo de acupuntura a los 2 y 4 meses de seguimiento. A los 6 meses no existieron diferencias significativas. La disminución de la intensidad del dolor solamente disminuyó significativamente en el grupo de acupuntura.

En el ensayo de Allais 2003 se asignaron a 60 mujeres con migraña a un grupo de acupuntura tradicional, uno de TENS, y otro de electroláser. Los

tratamientos se aplicaron 2 veces por semana en las primeras 2 semanas y después semanalmente en las 6 semanas siguientes, en un total de 10 sesiones. El número de días con migraña mensuales disminuyeron significativamente en los tres grupos de tratamientos durante la duración del tratamiento, sin apreciarse diferencias significativas entre los grupos.

En cuanto a la cefalea tensional episódica y crónica, se identificaron tres estudios sobre acupuntura (Karst 2000, Karst 2001, White 2000), todos ellos de baja a mediana calidad metodológica. En los tres ensayos se compara la acupuntura tradicional con acupuntura simulada (placebo). Los resultados de los tres estudios a corto plazo mostraron que no hubo diferencias entre los grupos evaluados.

Un ensayo clínico con diseño cruzado (Xue 2004) comparó la electroacupuntura frente a electroacupuntura simulada (placebo) en la cefalea tensional. El estudio era de baja calidad y con escaso número de pacientes, observándose una disminución de la frecuencia, duración e intensidad de la cefalea cuando se recibía la intervención activa. Hubo una mejoría en las puntuaciones en las escalas de calidad de vida empleadas al finalizar la intervención activa.

Un ensayo (Karakurum 2001) de baja calidad evaluó la eficacia de la técnica de agujas secas en la estimulación intramuscular en 6 puntos gatillo relacionados con la cefalea tensional comparado con placebo (acupuntura superficial). A las 4 semanas hubo una mejoría de la sensibilidad a la palpación de los puntos gatillo y del rango de movilidad a favor del grupo activo. El índice de cefalea (Headache index), calculado a partir de la intensidad y duración de los ataques de migraña, mejoró en ambos grupos, sin diferencias significativas entre ellos.

Un ensayo (Ebnesahidi 2005), también de baja calidad, evaluó la eficacia de la acupuntura láser en la cefalea tensional crónica. A los 3 meses se observó una mejoría significativa del dolor medido con una EVA, en el número de días de cefalea y en la duración en horas de los ataques a favor del grupo activo comparado con placebo.

El ensayo simple ciego de Coeytaux 2005 (n=74) en pacientes con cefalea crónica mostró una mejora de la frecuencia y gravedad de los ataques de cefalea durante el estudio (6 semanas) tanto en el grupo de acupuntura y tratamiento farmacológico como en el grupo que tan sólo recibió tratamiento farmacológico, pero no hubo diferencias entre los grupos.

El ensayo en pacientes con cefalea crónica (Coeytaux 2005; n=74) mostró una mejora significativa de las puntuaciones de calidad de vida comparadas con las del grupo que recibió tratamiento farmacológico solamente durante las 6 semanas de estudio (diferencia de 3 puntos en el Headache Impact Test; IC 95% 1 a 4,9; P=0,003). De todos modos los autores no aclaran si

la mejora de los pacientes que recibieron acupuntura llega a ser clínicamente relevante. La diferencia desapareció al final del seguimiento (6 semanas; diferencia de 2,5 puntos; IC 95% 5,7 a 0,6).

Un ensayo en pacientes con cefalea crónica (Coeytaux 2005; n=74) mostró mejoras significativas en los pacientes que recibían acupuntura y tratamiento farmacológico en varias escalas del SF-36 (escalas de problemas físicos, función social, salud mental general). También mostró una mejora clínicamente significativa en los niveles de depresión a las 6 semanas comparados con los de los pacientes que sólo recibieron tratamiento farmacológico (diferencia de 3,5 puntos en el Beck Inventory; IC 95% 0 a 7; P=0,05).

Un ensayo de gran calidad en pacientes con cefalea tensional (Melchart 2005b; n=270) mostró que los pacientes tratados con acupuntura disminuían significativamente los días con cefaleas en comparación con los pacientes en lista de espera (5,7 días de diferencia; IC 95% 3,9 a 7,5; P<0,001). Sin embargo esta diferencia en la reducción de días con cefalea no se observó entre los grupos de acupuntura y acupuntura simulada (0,6 días de diferencia; IC 95% -1,5 a 2,6; P=0,58). El 46% de pacientes del grupo de acupuntura y el 35% de pacientes del grupo de acupuntura simulada consiguieron una reducción del 50% en los días con cefalea, aunque la diferencia entre los grupos no fue significativa.

Eficacia de la acupuntura para la profilaxis de la migraña

Un ensayo de gran calidad (Diener 2006; n=906) mostró que a pesar de que tanto el grupo de acupuntura, acupuntura simulada y terapia profiláctica reducían significativamente los días con ataques de migraña en relación con los niveles basales después de 6 semanas de tratamiento (media de 2,3 días, 1,5 días y 2,1 días respectivamente), no había diferencias entre estos grupos. En este ensayo un alto número de participantes consiguieron reducir en un 50% los días con ataques de migraña (el 47% en el grupo de acupuntura, el 39% en el grupo de acupuntura simulada, el 40% en el grupo de tratamiento profiláctico estándar), pero sin diferencias entre los grupos.

Un estudio pequeño adicional de gran calidad (Andrade 2006; n=31) no mostró diferencias en la frecuencia de los ataques de migraña entre los grupos de acupuntura y acupuntura simulada, aunque los pacientes de ambos grupos registraron mejores resultados al final del estudio (este estudio no ofrece los resultados numéricos, por lo que no se puede valorar la magnitud del efecto).

Resumen de la evidencia

La evidencia incluida en el presente informe muestra en general resultados favorables a la acupuntura para el tratamiento de la cefalea y la migraña. Sin

embargo la diversidad de cuadros clínicos de los pacientes en los estudios incluidos y las comparaciones que evalúan estos estudios no permiten realizar conclusiones rotundas.

Teniendo esto presente, podemos decir que la eficacia de la acupuntura es desconocida en el tratamiento de la cefalea tensional y crónica, en comparación con permanecer en una lista de espera de acupuntura, o con un placebo farmacológico.

La acupuntura es un tratamiento potencialmente beneficioso, comparado con la acupuntura simulada, para la disminución de los ataques de cefalea genérica.

La acupuntura es probablemente beneficiosa para reducir el impacto de los ataques de cefalea en la calidad de vida de los pacientes, comparado con el tratamiento farmacológico habitual.

La combinación de la acupuntura con un tratamiento médico es potencialmente beneficiosa, en comparación con dar sólo el tratamiento.

La eficacia de la electroacupuntura, de la técnica de agujas secas, o de la acupuntura láser es desconocida en comparación con la acupuntura simulada.

La eficacia de la acupuntura es desconocida para el tratamiento de las cefaleas, en comparación con otros tipos de intervención activa (fisioterapia, fármacos, etc.).

La acupuntura es probablemente beneficiosa para la profilaxis de los ataques de migraña, cuando se compara con no dar ningún tratamiento. No es beneficiosa si se compara con la acupuntura simulada o con el tratamiento profiláctico estándar.

La eficacia de la acupuntura es potencialmente beneficiosa a corto plazo para la profilaxis de la migraña en mujeres, en comparación ser medicada con Flunarizina.

Diferentes situaciones de salud

Resultados de la búsqueda

Las búsquedas bibliográficas de revisiones sistemáticas generaron más de 3000 posibles registros que fueron depurados en tres etapas, seleccionando 117 registros potencialmente incluibles, de los cuales se obtuvo en formato papel y que cumplían con la condición de no ser duplicados, referirse a la eficacia de la acupuntura en las diferentes patologías y ser probables revisiones sistemáticas.

La lectura detallada de las revisiones permitió incluir definitivamente 32 revisiones que cumplieran con los criterios preestablecidos de selección de revisiones sistemáticas.

Por cada tema identificado se seleccionó la revisión de mayor calidad que debía ser actualizada, y a partir de la fecha de la última búsqueda bibliográfica indicada en la revisión, se realizó una búsqueda bibliográfica de los ensayos clínicos que debían actualizarla.

A partir de 741 registros recuperados por las búsquedas bibliográficas, el proceso de selección y depuración de referencias identificó 108 ensayos clínicos potencialmente incluíbles. La lectura detallada de las copias en papel de estos estudios y su contraste con las revisiones a ser actualizadas permitió seleccionar finalmente un total de 46 ensayos para la actualización de la revisión global.

El tema de demencia de origen vascular se ha mantenido en la revisión global a pesar de no haber identificado ninguna revisión, dado que sí se identificaron ensayos y era posible generar algún tipo de información sobre la evidencia existente de la eficacia de la acupuntura en esta patología.

Accidente vascular cerebral

1. Resultados de la búsqueda

Revisiones sistemáticas

Se identificaron nueve revisiones (Ernst 1996, Park 2001, SBU 2000, Sze 2002, Thomas 2005, Wang 2006, Xi 2005, Zhang 2005, Zhang 2005(b)), de las cuales se excluyeron dos (Ernst 1996, SBU 2000) por no ser revisiones sistemáticas y otra (Zhang 2005 (b)) por ser una versión de la revisión narrativa. Otras dos revisiones (Wang 2006, Xi 2005), se excluyeron por estar publicadas en chino.

Se incluyeron cuatro revisiones (Park 2001, Thomas 2005, Sze 2002, Zhang 2005). La revisión de Thomas 2005 es sobre prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria posterior a un ACV.

Ensayos clínicos aleatorizados

Se identificaron 30 ensayos no incluidos en la revisión sistemática más reciente (Alexander 2004, Chen 2005, Fan 2005, Guo 2005, Jin 2005, Kong 2005, Lai 2004, Lei 2005, Li DR 2005, Li JA 2005, Li JY 2003, Li T 2006, Moon 2003, Park 2005, Rorsman 2006, Schnyer 2006, Schuler 2005, Seki 2005, Wang L 2005, Wang W 2003, Wayne 2005, Xie 2005, Yi 2005, Yue (a) 2005, Yue (b) 2005, Zeng H 2005, Zeng X 2003, Zhang R 2005, Zhao D 2005,

Zhao X 2004). De éstos se excluyeron 22, 20 de ellos por estar publicados en idioma chino y los otros dos estudios (Schnyer 2006, Yi 2005) por no ser ensayos clínicos aleatorizados.

Los ocho estudios incluidos (Alexander 2004, Kong 2005, Moon 2003, Park 2005, Rorsman 2006, Schuler 2005, Seki 2005, Wayne 2005) evaluaron diferentes intervenciones (acupuntura, electroacupuntura, moxibustión, scalp-acupuntura, TENS y placebo) en pacientes con ACV.

2. Calidad de la evidencia

Revisiones sistemáticas

Tres revisiones son de buena calidad, dos de ellas (Zhang 2005, Thomas 2005) son revisiones Cochrane. Dos realizaron metanálisis de los resultados y la tercera (Thomas 2005) sólo identificó un ensayo clínico (Chu 1997) sobre acupuntura craneal frente a no acupuntura (cuidados habituales) para la reducción de la frecuencia urinaria en pacientes con ACV.

La revisión de Park 2001 es de calidad aceptable, aunque debido a la variabilidad clínica detectada en los diferentes ensayos incluidos no realiza una combinación de los resultados a través de un metanálisis.

Ensayos clínicos aleatorizados

De los estudios adicionales incluidos, seis (Alexander 2004, Kong 2005, Moon 2003, Rorsman 2006, Schuler 2005, Seki 2005) son de baja calidad (Jadad <3), no describen la metodología de la aleatorización, son simple ciegos o abiertos y algunos no ofrecen datos sobre los abandonos y sus motivos.

Dos ensayos (Park 2005, Wayne 2005) son de calidad alta con una puntuación de Jadad de 5 y con un buen enmascaramiento de la asignación de las intervenciones. Estos dos ensayos realizaron análisis por intención de tratar.

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas

La revisión Cochrane de Thomas (2005) sobre prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria en pacientes con ACV identificó un ensayo (n = 60) que evaluó la efectividad de la acupuntura de craneal frente a cuidados habituales durante dos semanas. Hubo una reducción de la frecuencia miccional de un 90,3% en pacientes con ACV, en el grupo acupuntura, pero no presentaron los resultados del grupo control.

La revisión de Park (2001) (n=8 ECA, n=538 pacientes), evaluó electroacupuntura y acupuntura frente a placebo, tratamiento rehabilitador y

cuidados habituales. Observó una variabilidad clínica entre los estudios (diferentes instrumentos utilizados y resultados inconsistentes) no realizó meta-análisis.

- **CSRM (*Chinese Stroke Recovery Measure*)**
Dos estudios (de baja calidad) que compararon acupuntura manual frente a cuidado habitual entre 4 y 6 semanas (Duan 1998, Zou 1990) (n = 155) mostraron una mejoría significativa. Un tercer ensayo (Zhang 1996) (n = 64) también de baja calidad, que evaluó electroacupuntura frente a rehabilitación habitual por dos semanas no encontró diferencias entre los grupos.
- **CSS/SSS (*Chinese stroke Scale/Scandinavian Stroke Scale*)**
Esta medida de resultado la utilizaron el ensayo de Si (1998) (n = 42) de baja calidad, que comparó electroacupuntura frente a cuidado habitual por 5 semanas, y el de Hu 1993 (n=30) también de baja calidad que evaluó electroacupuntura frente a rehabilitación por 4 semanas. Ambos estudios observaron una respuesta favorable en forma significativa en el grupo que recibió la electroacupuntura.
- **Barthel ADL (*Activity of Daily Living*)**
El ensayo de Gosman-Hedström (1998) (n = 104) de calidad alta, evaluó 20 sesiones de electroacupuntura más acupuntura manual frente a acupuntura simulada y cuidados habituales, no mostró diferencias entre los grupos.
Los ensayos de Hu (1993) (n = 30) y Johansson (1993) (n = 78), de baja calidad, evaluaron electroacupuntura frente a rehabilitación por 4 y 10 semanas respectivamente, tampoco mostraron diferencias entre los grupos en el *Barthel ADL*.
- **Sunnas ADL (*Activity of Daily Living*)**
Un ensayo (Sallström 1995) (n = 49), de baja calidad, que evaluó electroacupuntura frente a rehabilitación por 6 semanas, midió esta variable de resultado sin observar mejoría significativa en ninguno de los grupos.

Acupuntura más rehabilitación convencional frente a rehabilitación convencional

Seis ensayos (Hu 1993, Johansson 1993, Sallstrom 1996, Gosman-Hedstrom 1998, Wong 1999, Sze 2002) (n=485) evaluaron acupuntura más rehabilitación convencional frente a rehabilitación convencional sola por 2 a 10 semanas.

La acupuntura no presentó efecto adicional en la recuperación motora (n = 485) (tamaño del efecto 0,06 IC95% -0,12 a 0,24), aunque sí presentó un efecto beneficioso en la recuperación de la invalidez o incapacidad (0,49

IC95% 0,03-0,96). Cuando esta variable fue convertida al Barthel Index (BI), hubo una diferencia de 2,6 puntos a los 3 meses entre los dos grupos, lo que representó un efecto clínicamente pequeño.

Acupuntura más rehabilitación convencional frente a acupuntura simulada más rehabilitación convencional

La revisión Cochrane (Zhang 2005) incluyó 14 estudios (n=1208), la mayoría fueron de baja calidad. Ocho ensayos (Tang 1996, Si 1998, Jin 1999, Li 1999, Zhang 1999, Chou 2000, Naeser 1992, Johansson 2001) (n=728) compararon acupuntura y electroacupuntura frente a acupuntura convencional y no convencional, acupuntura craneal, simulada más cuidados habituales por 2 a 10 semanas.

No hubo diferencias entre los grupos, tanto en la recuperación motora (tamaño del efecto -0,06 (IC95% -1,24 a 1,12)) como en la invalidez o incapacidad (tamaño del efecto 0,07 (IC95% -0,34 a 0,48)). Los autores de esta revisión concluyen que eficacia de la acupuntura es incierta principalmente debido a la baja calidad de los estudios.

- **Muerte o cuidado institucional al final del seguimiento**

Los datos de este resultado estuvieron disponibles en cuatro ensayos con un total de 373 pacientes. Todos los ensayos realizaron un seguimiento de los pacientes durante un año. La dependencia se definió como un BI (Barthel Index) menor o igual a 60, sobre un total potencial de 100 (tres estudios) y un BI menor o igual a 12, sobre un total potencial de 20 (un estudio). No hubo heterogeneidad significativa entre los mismos (P = 0,46).

La acupuntura redujo un 34% el número de pacientes fallecidos o dependientes en el grupo con en comparación con el grupo control, al límite de la significación (OR 0,66; IC95% 0,43 a 0,99). Cuando la acupuntura se comparó con el placebo y el control abierto por separado, desapareció la significación estadística del efecto (OR 0,67; IC 95% 0,40 a 1,12; OR 0,63; IC 95% 0,31 a 1,29 respectivamente).

- **Muerte o cuidado institucional al final del período**

Tres ensayos describieron la supervivencia en diferentes ámbitos al final del seguimiento a los 12 meses. No estuvo disponible el número de pacientes que vivían en su domicilio y que necesitaban apoyo familiar considerable. En el análisis se incluyó el número de pacientes que vivían en unidades de rehabilitación, hospicios u hogares de ancianos y hospitales de agudos, como el número de pacientes que requerían cuidado institucional. No hubo

heterogeneidad significativa entre los tres ensayos. En conjunto, hubo una reducción significativa del número de pacientes fallecidos o con necesidad de cuidado institucional en el grupo con acupuntura en comparación con el grupo control (OR 0,58; IC95% 0,35 a 0,96). Cuando se comparó la acupuntura verdadera con la simulada, la diferencia todavía fue significativa (OR 0,49; IC95% 0,25 a 0,96). Al comparar la acupuntura con el control abierto, la diferencia no fue significativa (OR 0,73; IC95% 0,34 a 1,55).

- **Cambio en la puntuación del déficit neurológico global al final del período de tratamiento y del seguimiento (de más de tres meses)**

Pese a que diez ensayos midieron este resultado al final del período de tratamiento, solo pudieron extraerse la desviación media y estándar de los cambios en la puntuación neurológica global en seis ensayos, con un total de 453 pacientes. Hubo heterogeneidad significativa entre los seis ensayos ($p < 0,00001$), que posiblemente se debió a diferencias en las escalas de medición, el momento de la evaluación desde el inicio del accidente cerebrovascular y los grupos de control usados. En conjunto, los pacientes en los grupos que recibieron acupuntura se recuperaron más rápidamente de los déficit neurológicos que los pacientes en los grupos de control; la diferencia alcanzó significación estadística (DME 1,17; IC95% 0,30 a 2,04). Sin embargo, cuando la acupuntura se comparó con acupuntura simulada, la diferencia no fue significativa (DME 0,01; IC95% -0,55 a 0,57). Un ensayo midió este resultado al final del seguimiento durante más de tres meses, momento en el cual no hubo diferencias significativas entre los grupos (DMP 0,29; IC95% -3,36 a 3,94).

- **Cambio en la puntuación de la función motora al final del período de tratamiento y del seguimiento (de más de tres meses)**

Cuatro ensayos determinaron el cambio en la puntuación de la función motora en lugar del déficit neurológico global en los sobrevivientes de un ACV. Hubo heterogeneidad significativa entre estos cuatro ensayos ($p < 0,00001$), lo que posiblemente también se debió a diferentes medidas, momentos de evaluación desde el inicio del ACV y grupos de control usados. No hubo diferencias significativas en la función motora (DME 0,76; IC95% -0,25 a 1,77). Dicha diferencia alcanzó significación estadística cuando la acupuntura se comparó con el control abierto, pero

no lo hizo cuando se la comparó con la acupuntura simulada (DME -0,12; IC95% -0,41 a 0,17; DME 1,67; IC95% 0,76 a 2,58, respectivamente). Al final del seguimiento, durante más de tres meses, dos ensayos proporcionaron datos sobre la puntuación de la función motora; ambos mostraron que no hubo diferencias significativas entre los grupos de acupuntura verdadera y simulada.

- **Muerte durante las dos primeras semanas y durante todo el período de seguimiento**

Diez ensayos proporcionaron datos sobre la muerte dentro de las dos primeras semanas; no se encontró heterogeneidad significativa entre ellos. Hubo menos muertes en los grupos que recibieron acupuntura que en los grupos de control, pero la diferencia no fue significativa y el intervalo de confianza fue amplio debido al escaso número de eventos (OR 0,60; IC95% 0,18 a 2,01). Cuando se comparó la acupuntura verdadera con la simulada y con el control abierto por separado, no se detectó ninguna diferencia estadísticamente significativa (OR 0,62; IC95% 0,06 a 6,10; OR 0,60; IC95% 0,14 a 2,47 respectivamente).

También estuvieron disponibles los datos sobre la muerte durante el período de seguimiento completo para los mismos diez ensayos; estos tampoco mostraron heterogeneidad significativa entre ellos. No hubo diferencias en la probabilidad de muerte entre el grupo de acupuntura y el grupo de control (OR 0,92; IC 95% 0,56 a 1,53). Cuando se comparó la acupuntura verdadera con la simulada y con el control abierto por separado, no se detectó ninguna diferencia estadísticamente significativa (OR 0,87; IC95% 0,44 a 1,71; OR 1,00; IC95% 0,47 a 2,14 respectivamente).

- **Calidad de vida al final del seguimiento**

Cuatro ensayos evaluaron la calidad de vida al final del seguimiento de 12 meses. No fue posible realizar un metanálisis dado que no estuvieron disponibles las desviaciones estándar de las puntuaciones en la Nottingham Health Profile (NHP) para la mayoría de los ensayos. Todos los ensayos mostraron diferencias no significativas en tres dimensiones del NHP (energía, dolor y sueño) entre los grupos de acupuntura y los grupos de acupuntura simulada o control abierto. En otras tres dimensiones del NHP (movilidad, aislamiento social y emoción), un ensayo informó una diferencia significativa a favor de la acupuntura en la

mejoría de la movilidad y la emoción, y otro ensayo informó una diferencia significativa a favor de la acupuntura en la mejoría del aislamiento social. Sin embargo, en comparación con dos ensayos con resultados negativos, estos dos ensayos positivos tuvieron muestras más pequeñas. Por lo tanto, no existe evidencia definitiva, a partir de los ensayos actuales, de que la acupuntura puede mejorar la calidad de vida a largo plazo.

Para corroborar la robustez de los resultados se realizó un análisis de sensibilidad, para el que se realizaron las siguientes estrategias:

Exclusión de los ensayos que no utilizaron placebo ni tratamiento simulado en el grupo de control

Se incluyeron tres ensayos en el análisis (Gosman-Hedstrom 1998; Hopwood 2003; Jonhansson 2001). No se detectó ningún efecto significativo de la acupuntura sobre las distintas variables evaluadas.

Exclusión de los ensayos cuasialeatorios

Sólo un ensayo cuasialeatorio proporcionó datos utilizables sobre los cambios en la puntuación del déficit neurológico global al final del período de tratamiento. La exclusión de los datos de este ensayo no alteró el resultado.

Exclusión de los ensayos en los que el momento exacto del comienzo de la acupuntura era incierto

En un solo ensayo el que el tiempo exacto del comienzo del tratamiento con acupuntura era incierto. La exclusión de los datos de este ensayo sobre los cambios en la puntuación del déficit neurológico global al final del período de tratamiento, no alteró el resultado (DME 1,00; IC95% 0,05 a 1,95).

Ensayos clínicos aleatorizados

El ensayo de Wayne (2005) de alta calidad, evaluó 33 pacientes con acupuntura frente a placebo (acupuntura simulada) en pacientes con afectación del miembro superior por un ACV (dentro de los seis meses desde el evento). Observaron a las diez semanas que por análisis de intención de tratar no hubo diferencias entre los grupos en la función motora, la espasticidad, el rango de movilidad articular, la calidad de vida ni en el estado anímico.

El segundo ensayo (Park 2005) de alta calidad, evaluó la eficacia de la acupuntura frente a placebo (acupuntura simulada) por dos semanas, a 116 pacientes con ACV de menos de cuatro semanas de evolución. Sólo observaron una mejoría intragrupo en ambos grupos a las dos semanas, pero no hubo diferencias entre los grupos.

Un ensayo (Alexander 2004) comparó 32 pacientes que recibieron rehabilitación y acupuntura frente a cuidados habituales de rehabilitación por dos semanas. Hubo una mejoría en ambos grupos con respecto a sus valores

básales, pero sin diferencias entre los grupos en las diferentes escalas utilizadas. Ensayo de baja calidad.

El ensayo de Schuler (2005) (n = 120) compara electroacupuntura frente a electroacupuntura simulada frente a control, por cuatro semanas. No hubo diferencias entre los grupos en las medidas de resultados (*European Stroke Scale* y *el Barthel Index*). Ensayo de baja calidad.

Moon 2003 (n=35) comparó acupuntura y electroacupuntura frente a moxibustión frente a control (acupuntura y ejercicios de rehabilitación) por 15 días. En el grupo de electroacupuntura observaron una reducción de la espasticidad en forma inmediata a la aplicación y a la 3er hora y al 5º día con respecto a sus valores basales. No hubo cambios en el grupo de moxibustión. Ensayo de baja calidad.

En una carta al director, Seki (2005) (n = 32) describió sus hallazgos videofluoroscópicos de la aplicación de la acupuntura frente a cuidados habituales para el manejo de la disfagia post-ACV. Observaron a las cuatro semanas una reducción significativa de los tiempos de deglución del agua y de alimentos licuados en el grupo acupuntura, sin cambios en el grupo control. También presentaron significativamente menor cantidad de días de fiebre que el grupo control. Ensayo de baja calidad.

Kong (2005) (n = 180) evaluó la “*scalp-acupuncture*” (acupuntura craneal) vs. la misma técnica pero con levantamiento de agujas (*lifting manipulation*) por cuatro semanas. La miodinamia de los miembros afectados de los pacientes con ACV mejoró en forma significativa en el grupo con levantamiento de agujas (*lifting manipulation*). Ensayo de baja calidad.

Por último Rorsman (2006) (n = 54) evaluó la electroacupuntura frente a TENS frente a TENS placebo por 10 semanas. Los autores evaluaron en pacientes con ACV, la función cognitiva a través del *Global Cognitive Functioning*, *Minimental State Inventory*, *Rey Auditory verbal Learning test*, *Facial Recognition Memory*, *Star Cancellation Test*, *Time Perception*, *Token Test*, *Word Fluency*) y el componente emocional a través del *Hospital Anxiety and Depression Scale*, *Comprehensive Psychiatric Rating Scale*. No hubo diferencias entre los tres grupos en las diferentes escalas aplicadas, aunque si hubo mejoría significativa en algunas subescalas en los tres grupos (análisis intragrupo). Ensayo de baja calidad.

4. Resumen de la evidencia

Hay evidencia sobre el uso de acupuntura en el tratamiento y la recuperación de los pacientes con ACV, pero los estudios hasta la fecha son de baja calidad y con resultados inconsistentes.

Los ensayos clínicos identificados son en general de baja calidad (excepto dos) y no muestran resultados consistentes y válidos sobre la eficacia de la acupuntura en la recuperación de los pacientes con ACV.

Adicciones

1. Resultados de la búsqueda

Revisiones sistemáticas

Se identificaron 16 revisiones (Brewington 1994, Culliton 1996, D'Alberty 2004, Dean 2005, Gates 2006, Jordan 2006, Kunz 2004, Lu 2004, Margolin 2003, McLellan 1993, Mills 2005, Moner 1996, Setter 2002, Tang 2006, ter Riet 1990, Whitehead 1978) de las cuales se excluyeron 11 (Brewington 1994, Culliton 1996, Dean 2005, Kunz 2004, Lu 2004, Margolin 2003, McLellan 1993, Moner 1996, Setter 2002, Tang 2006, Whitehead 1978) por no ser revisiones sistemáticas. Además una de ellas (Kunz 2004) estaba publicada en idioma alemán. La revisión de Jordan (2006) es una revisión global, que no valora calidad de los estudios y no quedan claros sus criterios de inclusión.

De las revisiones incluidas, tres (D'Alberty 2004, Gates 2006, Mills 2005) evaluaron la eficacia de la auriculopuntura en la dependencia por cocaína o crack, y la revisión de ter Riet 1990 evaluó la calidad de los estudios sobre la eficacia de la acupuntura en la dependencia tabáquica, por heroína y alcohol.

Ensayos clínicos aleatorizados

Se identificaron cuatro ensayos (Berman 2004, Margolin 2005, Trumpler 2003, Zeng 2005) que no estaban incluidos en las revisiones sistemáticas.

Dos ensayos son de auriculopuntura: Margolin 2005 comparó auriculopuntura (dos conjuntos de puntos diferentes) y grupos de terapia espiritual en pacientes HIV positivos y consumidores de drogas; el de Berman 2004 comparó el protocolo NADA* (colocación de agujas en el pabellón auricular) frente a otras localizaciones sin efecto en la deshabituación de drogas en población reclusa.

Un ensayo (Trumpler 2003) evaluó acupuntura frente a acupuntura láser y láser simulado en pacientes con abstinencia alcohólica, y el último estudio (Zeng 2005) comparó acupuntura y tratamiento con metadona frente a un grupo control que recibió sólo tratamiento con metadona para la deshabituación de la heroína.¹

1 *nota protocolo NADA (National Acupuncture Detoxification Association) Acudetox points (ShenMen, Sympathetic, Kidney, Liver, Lung)

2. Calidad de la evidencia

Revisiones sistemáticas

De las revisiones incluidas, sólo una (ter Riet 1990) es de baja calidad. Las demás son de buena calidad. Dos revisiones (Mills 2005, ter Riet 1990) no combinaron los resultados y las otras dos (D'Alberty 2004, Gates 2006) si lo hacen.

Ensayos clínicos aleatorizados

Sólo un ensayo (Trumpler 2003) es de calidad moderada (Jadad de 3) con descripción de la ocultación de la asignación, pero se detectaron diferencias significativas basales en las poblaciones evaluadas. El resto de los ensayos son de baja calidad (Jadad <3), no describieron el método de aleatorización, no son doble ciego y uno de ellos (Margolin 2005) no describió los motivos de las pérdidas. Hubo un alto porcentaje de pérdida de los pacientes (25-61%) en los ensayos. Todos los estudios fueron de corta duración (de 10 días a 8 semanas).

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas

La revisión más antigua (ter Riet 1990) evaluó la calidad metodológica a través de una escala ad hoc. No hay datos sobre el número de pacientes incluidos en cada ensayo, ni el método de acupuntura utilizado, sus comparaciones ni el tiempo de duración de los ensayos. Sólo menciona estudios sobre la acupuntura en la deshabituación del tabaco, la heroína y el alcohol. No describieron las medidas de resultados, sólo como “positivos” y “negativos” sin otros datos.

Tabaquismo

Incluyeron 15 estudios. Sólo tres de ellos, de baja calidad, mostraron resultados positivos. El resto de los estudios mostraron resultados negativos.

Heroína

Cinco estudios evaluaron el efecto de la acupuntura en la heroína, tres fueron positivos y todos de baja calidad.

Alcohol

En el tema del alcohol sólo identificaron dos ensayos (ambos del mismo autor) de baja calidad con resultados positivos.

Dependencia de cocaína

La revisión de D'Albarto 2004 identificó seis ensayos (n=1356), que compararon auriculopuntura, acupuntura frente a acupuntura simulada o terapia de relajación. Tuvieron una duración de cuatro a 12 semanas. La calidad fue evaluada por la escala de Ter Riet modificada (0 - 100 puntos). Todos presentaron una adecuada calidad metodológica (rango 83 - 64 y una media de 75). Sólo dos ensayos (Avants 2000, Lipton 1994) mostraron resultados positivos. En los demás ensayos (Bullock 1999, Killeen 2002, Margolin 2002, Otto 1998) los resultados fueron negativos.

La revisión de Mills 2005 identificó nueve ensayos clínicos (n=1747), evaluó auriculopuntura y/o acupuntura frente a auriculopuntura simulada, terapia psicológica, de relajación y fármacos. Con una duración desde una sesión hasta 28 semanas. La calidad de los estudios fue de moderada a baja. Los nueve ECA utilizaron auriculopuntura, cuatro de ellos, el régimen específico de detoxificación (NADA: National Acupuncture Detoxification Association), dos utilizaron una combinación de auriculopuntura y acupuntura corporal.

Abstinencia a la cocaína (bioquímicamente validado)

La revisión Cochrane (Gates 2006) incluyó siete ensayos (n = 1433), que compararon auriculopuntura frente a acupuntura simulada, auriculopuntura vs. terapia cognitivo conductual y auriculopuntura frente a terapia de relajación con una duración entre 4 a 12 semanas. La combinación de los resultados no mostró diferencias significativas, OR 0,76 (IC95% 0,45 a 1,27). En un análisis secundario, considerando todos los abandonos como fallo del tratamiento, el OR fue de 0,76 (IC95% 0,54 a 1,08).

Consumo de cocaína (bioquímicamente validado)

Todos los estudios incluidos informaron el uso de cocaína bioquímicamente validado, pero solamente cuatro proporcionaron datos en un formato adecuado para el metanálisis. La combinación de estos estudios no mostró diferencias entre la acupuntura auricular y la acupuntura simulada en el análisis del tipo intención de tratar, ya sea a corto plazo (3 estudios) (RR 1,01; IC95% 0,94 a 1,08) o a largo plazo (un estudio) (RR 0,98; IC95% 0,89 a 1,09).

Cuando la acupuntura auricular se comparó con ninguna acupuntura, no se encontraron diferencias a corto plazo (2 estudios) (RR 0,99; IC95% 0,92 a 1,05); heterogeneidad $I^2 = 67,9\%$. Las medidas de resultado a largo plazo, registrados a los 6 y 9 meses en los dos estudios con datos, no mostraron diferencias, pero el límite de confianza del 95% superior solamente excedió 1 (2 estudios) (RR 0,92; IC95% 0,84 a 1,01). Los resultados fueron similares para el análisis de casos disponibles; no se encontraron diferencias

en las medidas de resultado a corto o largo plazo para la acupuntura frente a acupuntura simulada (corto plazo, 3 estudios) (RR 1,00; IC95% 0,85 a 1,18); (largo plazo, un estudio) (RR 1,06; IC95% 0,83 a 1,35) o acupuntura comparado con ninguna acupuntura (corto plazo, 2 estudios) (RR 0,96; IC95% 0,80 a 1,15); (largo plazo, 2 estudios) (RR 0,90 IC95% 0,74 a 1,10).

De los otros tres estudios, Otto 1998 no publicó datos, pero mencionó que no había diferencias significativas entre los grupos de acupuntura y acupuntura simulada. Bullock 1997 y Lipton 1994 proporcionaron los resultados como porcentaje de cribajes (screenings) de orina positivos en lugar del número de participantes con cribajes (screenings) positivos, y fue incierto si los mismos se habían analizado correctamente, con un ajuste para la inclusión de los datos no independientes. Tres de los cuatro estudios incluidos en los metanálisis presentaron análisis repetidos de las medidas de la varianza que incluían todos los cribajes (screenings) de orina obtenidos. Margolin 2002 no mostró diferencias entre la acupuntura auricular y cualquiera de los grupos de comparación (estadísticas no proporcionadas); Avants 1995 no encontró diferencias entre la acupuntura y la acupuntura simulada (estadísticas no proporcionadas). Avants 2000 halló que el grupo de acupuntura auricular tenía una menor probabilidad de presentar muestras de orina positivas para la cocaína que el grupo de acupuntura simulada o el grupo sin acupuntura, e informó los odds-ratios, OR: 2,40 (IC del 95% 1,00 a 5,75) y 3,41 (IC del 95% 1,33 a 8,72), respectivamente. Richard 1995 no informó diferencias significativas entre la acupuntura y ninguna acupuntura para el consumo de cocaína ($p = 0,46$).

- Consumo de cocaína (autoinforme)

Los datos sobre el consumo de cocaína autoinformado se obtuvieron de dos estudios. Richard 1995 informó el número de participantes que consumían cocaína a los 30 días y a los 6 meses. No se observaron diferencias entre los grupos de acupuntura y ninguna acupuntura en el análisis del tipo intención de tratar (a corto plazo) RR: 1,09 (IC del 95% 0,71 a 1,69); (a largo plazo) RR: 1,04 (IC95% 0,76 a 1,43), o en el análisis de casos disponibles (a corto plazo) RR: 1,17 (IC95% 0,67 a 2,04); (a largo plazo) RR: 1,07 (IC del 95% 0,73 a 1,58). Avants 1995 informó la cantidad de cocaína usada a las 6 semanas (gramos). No hubo diferencias entre los grupos de acupuntura auricular y acupuntura simulada (diferencia de medias: 0,00; IC del 95% -0,29 a +0,29).

Margolin 2002 registró el consumo de cocaína autoinformado, y mencionó que no hubo diferencias entre los grupos (ningún dato presentado).

- **Gravedad de la dependencia**
Se utilizó el Addiction Severity Index en 5 estudios. Todos informaron que no hubo diferencias significativas entre los grupos de acupuntura y de control, pero no presentaron datos.
- **Deseo imperioso (“craving”) de consumo de cocaína**
Solamente un estudio que comparaba la acupuntura y la acupuntura simulada informó datos para el deseo imperioso (“craving”) de cocaína, medido en una escala de 0 a 10. La diferencia de medias fue -2,30 (-3,78; -0,82) que indicó una reducción en el deseo imperioso (“craving”) del grupo de acupuntura, aunque hubo pruebas de asimetría en los datos y las desviaciones estándar diferían entre los grupos. El deseo imperioso (“craving”) se midió en otros 4 estudios. Margolin 2002 mencionó que no había diferencias significativas entre los tres grupos de tratamiento (datos no proporcionados); Bullock 1997 no especificó la medida utilizada, pero no hubo diferencias significativas entre los grupos; Otto 1998 utilizó la escala del deseo imperioso (“craving”) de cocaína de Halikas, pero no presentó resultados; Lipton 1994 utilizó una escala del deseo imperioso (“craving”) de 5 puntos y mencionó que no hubo diferencias significativas entre los grupos.

Ensayos clínicos aleatorizados

El estudio de Trumpler 2003, (n=48) comparó auriculopuntura láser frente a auriculopuntura con agujas frente a láser simulado, las intervenciones se aplicaban hasta el final de la abstinencia. El ensayo presentó diferencias basales en las poblaciones incluidas: los pacientes del grupo placebo presentaban mayor gravedad de la enfermedad por lo que hubo una mayor prescripción de clometiazol en estos pacientes. También se observó diferencias entre los grupos en cuanto al consumo de fármacos. Hubo menor duración (significativa) de los días de síntomas en el grupo acupuntura comparado con el grupo láser simulado ($p=0,019$), no habiendo diferencias entre el grupo acupuntura láser frente a láser simulado (NS). No hubo diferencias significativas en el consumo del clometiazol entre los tres grupos.

Zeng 2005 (n = 57) comparó acupuntura más metadona frente a metadona por diez días. Los autores utilizaron una escala de abstinencia de los síntomas ad hoc. Observaron una mejoría significativa de la puntuación de los síntomas de abstinencia (perspiración, ansiedad y el dolor muscular y óseo) a partir del 2º y del 5º al 10º días de tratamiento a favor del grupo acupuntura.

Hubo una diferencia significativa en la puntuación de los síntomas de abstinencia antes y después del tratamiento en el grupo acupuntura.

En el estudio de Margolin 2005 (n=40), por 8 semanas compararon acupuntura más auriculopuntura (protocolo NADA) más apoyo espiritual frente a las mismas técnicas pero sin apoyo espiritual en pacientes HIV consumidores de drogas.

Los pacientes que recibieron apoyo espiritual (además de la acupuntura) mostraron una abstinencia a la heroína y cocaína por mayor tiempo (3,1 ±3,1 semanas), durante el control urinario de tóxicos libres al final del ensayo comparado con 1,0 ± 1,5 semanas en el grupo que no recibió apoyo espiritual.

Hubo una reducción significativa de las puntuaciones del BDI (Beck Depression Inventory) y del STAI (State/Trait Anxiety Inventory) con mayor efecto en el grupo que recibió apoyo espiritual (pero sin llegar a la significación estadística).

Por último el estudio de Berman 2004 evaluó la auriculopuntura (protocolo NADA vs otros puntos en pabellón auricular) por cuatro semanas, en 158 pacientes consumidores de diferentes drogas que estaban en régimen de prisión. Observaron una disminución significativa en ambos grupos en la puntuación de los cuestionarios ATAS (Acupuncture Treatment Assessment Scale), SCL90 (Check List 90) al final del período comparado con los valores basales (análisis intragrupo). Datos presentados en forma de gráfico.

4. Resumen de la evidencia

No hay suficiente evidencia que respalde el uso de acupuntura en el tratamiento de las adicciones (principalmente la dependencia a la cocaína)

No hay evidencia de que la acupuntura sea mejor que el placebo (acupuntura simulada) en el manejo de las adicciones.

Los ensayos clínicos identificados son baja calidad, con fallos metodológicos y con variabilidad clínica (diferentes técnicas, poblaciones y medidas de resultados) entre sí.

La evidencia sobre la eficacia de la acupuntura para la deshabituación tóxicológica es escasa y de baja calidad.

Asma

1. Resultados de la búsqueda.

Revisiones sistemáticas

Se identificaron 17 revisiones (Blazek-O'Neill 2005, Davis 1998, Györik 2004, Hased 2005, Jobst 1996, Kleijnen 1991, Lewith 1996, Markham 2004, Martin 2002, McCarney 2003, McCarney 2004, Passalacqua 2005, Passalacqua 2006,

Reznik 2005, Schäfer 2004, Steurer-Stey 2002, Vickers 1997), de las cuales se excluyeron 14 por no ser revisiones sistemáticas, o ser comentarios de otras revisiones. La revisión de Passalacqua del 2006, es una revisión global del tema pero que sólo incluye las revisiones que se analizan.

Las tres revisiones incluidas (Kleijnen 1991, Martin 2002, McCarney 2003) valoran la eficacia de la acupuntura en pacientes con asma de todas las edades.

Ensayos clínicos aleatorizados

Se identificaron cuatro ensayos clínicos (Cai 2005, Gao 2005, Li 2005, Zheng 2005) posteriores a los incluidos en las revisiones, pero no se incluyó ninguno por estar publicados en idioma chino.

2. Calidad de la evidencia

Revisiones sistemáticas

Una revisión (Kleijnen 1991) es de baja calidad ya que no describe bien la metodología seguida (hay que considerar el año de publicación de la misma). Esta revisión describió la calidad de los ensayos sobre acupuntura y asma, pero no ofreció datos sobre los resultados, solo si fueron positivo o negativo. Las otras revisiones (Martin 2002, McCarney 2004) son de buena calidad, e incluyeron metanálisis de los estudios.

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas

La revisión de Kleijnen 1991 incluyó 13 estudios, evaluó la calidad de los mismos con una escala ad hoc (de 18 ítems con una puntuación máxima de 100). No hay datos sobre los ensayos por lo que se refiere a número de pacientes, criterios de inclusión, intervenciones evaluadas ni medidas de resultados. Ocho de los 13 estudios puntuaron con más de 50, el mejor llegó a 72 puntos. Sólo tres de los ocho que puntuaron más de 50 presentaron resultados positivos, los demás (5 estudios) presentaron resultados negativos.

La revisión de Martin 2002 incluyó 11 estudios (n=202), no hay datos sobre las intervenciones y comparaciones realizadas, los estudios presentaron limitaciones metodológicas y falta de datos. El estudio con mayor número de pacientes, incluyó 31.

- FEV1 (volumen espiratorio forzado en 1 segundo) y PEFr (pico flujo espiratorio)

La diferencia media estandarizada (DME) fue de 0,12 (IC 95% -0,07 a 0,31) esto corresponde aproximadamente a una diferencia del FEV1 de 1,7 (IC 95% -1,3 a 4,7), no se observó heterogeneidad entre los estudios. El grupo de estudios con broncoconstricción inducida por el ejercicio tuvo un efecto 0,3 (IC95% 0,04 a 0,56), la heterogeneidad fue mínima entre los estudios. El grupo de estudios con broncoconstricción no inducida por el ejercicio tuvo un efecto -0,08 (IC95% -0,28 a 0,20). El test de heterogeneidad fue de $p=0,11$.

- FEV1 (volumen espiratorio forzado en 1 segundo)
Se analizó en 5 estudios, la diferencia de media general fue de 3,53 (IC 95% 0,44 a 6,62), y la diferencia media estandarizada (DME) de 0,17 (IC 95% -0,05 a 0,39). El test de la heterogeneidad fue de 0,40.
A través de un funnel plot se evaluó el sesgo de publicación, observándose que todos los estudios con un número de pacientes entre 11 a 19 fueron positivos y los dos estudios más grandes ($n=26$ y 31) presentaron resultados negativos.
La revisión Cochrane (McCarney 2004) incluyó 11 ensayos clínicos ($n=324$), compararon tres tipos de intervenciones diferentes, desde la aplicación de una sesión y 12 semanas de duración del estudio.

A. Acupuntura con agujas frente a acupuntura con agujas simulada (n=8 estudios)

- Función pulmonar
Los estudios midieron la función pulmonar en puntos temporales diversos; sin embargo, se combinaron los datos para el FEV1 después del tratamiento con acupuntura o simulación. No se observaron diferencias significativas (DPE: 0,12; IC95% -0,31 a 0,55)
- Uso de medicación
El uso de fármacos se monitorizó de diferentes maneras (como valores absolutos y como cambio de puntuaciones iniciales). Siete de los ocho estudios de acupuntura con agujas intentaron monitorizar el uso de fármacos. Sin embargo, se presentaron datos reales en siete estudios, y los métodos de evaluación y monitorización difirieron fundamentalmente, con la exclusión del metanálisis. Dos ensayos encontraron reducciones estadísticamente significativas en el uso de medicación frente a el tratamiento simulado (Christensen 1984 $p = 0,001$; Ojos 2000 no se informan valores).
- Mediciones subjetivas

Todos los ensayos intentaron monitorizar los síntomas subjetivos de alguna manera. Nuevamente, las diferencias en los métodos y la presentación de datos hicieron que sólo fuera posible un metanálisis limitado.

Dos ensayos midieron la mejoría percibida del bienestar general sin que se observaran diferencias significativas en la probabilidad de mejoría entre la acupuntura simulada y la acupuntura activa. La heterogeneidad de este resultado fue considerable. Biernacki 1998 midió las puntuaciones de CCVA (cuestionario de calidad de vida del asma) y detectó una mejoría significativa después del tratamiento en ambos (grupo activo $p=0,003$ y el grupo simulado $p=0,005$). Puesto que éste era un estudio cruzado no debe descartarse un efecto de arrastre.

Los síntomas se midieron por separado en cuatro estudios. No se observaron diferencias significativas entre el tratamiento y la acupuntura simulada. Informaron una disminución significativa en la puntuación diaria de síntomas frente a placebo, pero los valores iniciales fueron más elevados en el grupo de tratamiento activo. Sin embargo, las puntuaciones semanales fueron significativamente más altas en el grupo de tratamiento activo en comparación con el placebo a la cuarta semana, después de la cual no se observaron diferencias. No se observaron diferencias significativas entre los valores iniciales y las mediciones realizadas durante todo el estudio en el grupo de acupuntura simulada sobre las puntuaciones de síntomas diarias o semanales.

B. Acupuntura láser comparada con acupuntura láser simulada (n=2 estudios)

- Función pulmonar

Los dos estudios evaluados no detectaron diferencias significativas en las puntuaciones de cambio para el flujo máximo matutino o vespertino, ni para el FEV1. Hirsch 1994 no detectó diferencias significativas en las puntuaciones de cambio en las puntuaciones iniciales versus activas sobre el flujo máximo matutino o vespertino o pC20.

Se detectó una disminución significativa en el FEV1% predicho (113,6% *versus* 103,23%). No se detectaron diferencias significativas entre el tratamiento simulado y el valor inicial para el flujo máximo matutino o vespertino, VEF1% predicho y PC20.

- Uso de la medicación

Se observaron diferencias no significativas en el uso de beta-agonistas, Hirsch 1994 no midió el uso de medicación.

- Mediciones subjetivas

No hubo diferencias significativas en las puntuaciones de síntomas. Hirsch 1994 no detectó diferencias significativas en las

puntuaciones de síntomas en comparación con el valor inicial para ambos tratamientos.

C. Acupuntura con agujas comparado con acupuntura láser simulada (n=1 estudio)

- **Función pulmonar**

No se observaron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento y de control en el flujo máximo matutino a los 90 días.

- **Uso de la medicación**

No se observaron diferencias significativas en el uso de la medicación entre los grupos de tratamiento y de control a los 90 días.

Los autores de las revisiones incluidas concluyen que no hay suficiente evidencia que respalde el uso de acupuntura en el manejo del asma.

Se necesitan más estudios bien diseñados y de gran tamaño.

4. Resumen de la evidencia

- No hay suficiente evidencia que respalde el uso de acupuntura en el tratamiento del asma.
- No hay datos que discriminen el efecto de la acupuntura en el asma de niños y de adultos.
- No hay evidencia de que la acupuntura sea mejor que el placebo (acupuntura simulada) en el manejo del asma.

Colon irritable

1. Resultados de la búsqueda.

Revisiones sistemáticas

Se identificó una revisión sistemática (Hussain 2006) que se excluyó por no describir las bases de datos ni las estrategias utilizadas ni la calidad de los estudios incluidos.

Ensayo clínicos aleatorizados: se identificaron tres ensayos clínicos (Firman 2001, Forbes 2005, Schneider 2005) que evaluaron el efecto de la acupuntura comparado con placebo (acupuntura simulada) en el manejo del colon irritable.

2. Calidad de la evidencia

Ensayos clínicos aleatorizados

El estudio de Forbes 2005 es de buena calidad (Jadad de 5) con un enmascaramiento adecuado de la asignación de las intervenciones.

El estudio de Schneider 2005 es de buena calidad (Jadad de 4) aunque los autores no describen el método de aleatorización utilizado, el tercer estudio (Fireman 2001) es de baja calidad (Jadad de 2) y de diseño cruzado con sólo dos aplicaciones de las intervenciones evaluadas.

3. Eficacia de la acupuntura

Ensayos clínicos aleatorizados

El ensayo de Forbes 2005 evaluó la eficacia de la acupuntura comparado con acupuntura simulada en 60 pacientes con colon irritable durante 13 semanas. En la Escala validada de Bristol hubo una mejoría significativa de la puntuación en ambos grupos cuando se comparó con los valores basales: grupo acupuntura de $13,5 \pm 4,51$ a $11,6 \pm 5,13$ y en el grupo acupuntura simulada de $13,1 \pm 4,30$ a $11,2 \pm 4,17$ ($p < 0,05$). No hubo diferencias en la valoración del médico, ni en el deterioro de los síntomas ni en el número de abandonos entre los grupos. No hubo diferencias en la valoración de cada síntoma (dolor, flatulencia, diarrea, estreñimiento), ni en la puntuación del HAD (Hospital Anxiety Depression), EQ (EuroQol Score) entre los grupos. No hubo diferencias entre los pacientes tratados por el acupuntor A y el B.

El segundo estudio (Schneider 2005) evaluó 43 pacientes durante cinco semanas acupuntura frente a acupuntura simulada.

- Calidad de vida (FDDQL Functional Digestive Diseases Quality of Life Questionnaire)

Hubo una mejoría de la puntuación global en ambos grupos al final del período con respecto a sus valores basales. No hubo diferencias entre los grupos.

Algunas subescalas del cuestionario mostraron mejoría significativa en ambos grupos (por ejemplo: índice de actividad diaria, dieta, malestar, aceptación de la enfermedad). Otras subescalas no mostraron mejoría (ansiedad, sueño, control de la enfermedad, estrés). El análisis de todas las subescalas no mostró diferencias entre los grupos.

- Estado general de salud (SF36)
Mostró una tendencia similar al FDDQL, sólo el dolor corporal mejora en ambos grupos al final del estudio, pero sin diferencias entre ellos.

BDW (Bowel Disease Questionnaire)

No observaron diferencias entre los grupos.

El estudio de Fireman 2001 evaluó 25 pacientes con acupuntura frente a acupuntura simulada, por cuatro semanas con tres semanas de lavado entre cada intervención.

- Síntomas del colon irritable
Se observó una mejoría de todos los síntomas en el grupo acupuntura (en la primera fase) ($p=0,05$) pero no hubo diferencias luego con el cambio de intervención (segunda fase). La acupuntura no mejoró la diarrea, la flatulencia, la molestia abdominal ni la defecación con moco.

4. Resumen de la evidencia

- Los tres ensayos incluidos no mostraron ningún efecto beneficioso de la acupuntura comparada con acupuntura simulada en pacientes con colon irritable. La evidencia es escasa y muy limitada.

Demencia de origen vascular

1. Resultados de la búsqueda.

Revisiones sistemáticas

No se identificaron revisiones sistemáticas sobre esta patología.

Ensayos clínicos aleatorizados

Se identificaron tres ensayos clínicos (Huang 2005, Lai 2005, Yu 2006) de los cuales se excluyeron dos por estar publicados en idioma chino (Huang 2005, Lai 2005). El ensayo de Yu 2006 evaluó dos conjuntos de puntos acupunturales diferentes (“*Yi qi tiao xue, fu ben pei yuan*”; puntos: CV6, CV12, CV17, SP10, ST36 frente a Acupuntura tradicional, puntos: PC6, SP6, GV26) en pacientes con demencia vascular.

2. Calidad de la evidencia

Ensayos clínicos aleatorizados

El ensayo incluido es de baja calidad (Jadad 2), no hay datos de la metodología de la aleatorización, enmascaramiento de la asignación y es un estudio abierto.

3. Eficacia de la acupuntura

Ensayos clínicos aleatorizados

El estudio de Yu 2006 evaluó 60 pacientes con dos técnicas diferentes de acupuntura por seis semanas.

- MMSE (*Minimental Status Examination*)

Hubo una mejoría significativa de la puntuación en los dos grupos con respecto a sus valores basales, siendo la diferencia mayor en el grupo activo “*Yi qi tiao xue, fu ben pei yuan*”. El grupo activo, mejoró algunos dominios del MMSE: memoria, cálculos y orientación luego de las seis semanas. Pero no hubo cambios en las funciones ejecutivas ni en los pensamientos abstractos.

- HDS-R (*Hasegawa Dementia Scale*) y ADL Score (*Activity Daily Living*)

Hubo una mejoría significativa de la puntuación en los dos grupos con respecto a sus valores basales pero no hubo diferencias entre los dos grupos.

No hubo diferencias en los resultados entre los pacientes con demencia según el tiempo de evolución (a) a los 3 meses, b) 3 meses a 1 año, c) 1-2 años y d) >2 años)

- Tasa de efectividad

Grupo activo presentó una tasa de efectividad en los casos leves y moderados de 86,7% y 90,9% respectivamente. En los pacientes severos la tasa fue de 25%.

- Efecto clínico terapéutico

El grupo activo (n=30) hubo 18 pacientes con marcada mejoría y seis con mejoría. Mientras que en el grupo control (acupuntura) (n=30) hubo 10 con marcada mejoría y cuatro pacientes con mejoría.

- Tasa de efectividad global

El grupo experimental tuvo una tasa de 80% frente a 46,7% en el grupo control (acupuntura) ($p < 0,05$).

4. Resumen de la evidencia

- No hay suficiente evidencia que respalde el uso de acupuntura en el tratamiento de la demencia vascular, el único ensayo hasta la fecha evalúa dos conjuntos de puntos acupunturales diferentes, sin observar resultados significativos entre ellos.

Depresión

1. Resultados de la búsqueda.

Revisiones sistemáticas

Se identificaron ocho revisiones (Ernst 1998, Freeman 2004, Jorm 2002, Manber 2002, Mukaino 2005, Sha 2005, Smith 2004, Weier 2004.), de las cuales se excluyeron cinco (Ernst 1998, Freeman 2004, Jorm 2002, Manber 2002, Weier 2004) por no ser revisiones sistemáticas y una última (Sha 2006) por estar publicada en chino. Se incluyeron dos revisiones (Mukaino 2005, Smith 2004) que analizaron siete ensayos cada una.

Ensayo clínico aleatorizado

Se identificaron 10 ensayos clínicos (Agelink 2003, Fan 2005, Hou 2005, Huang 2005, Manber 2005, Quah-Smith 2005, Roschke 2004, Shen 2005, Tsay 2004, Yan 2004). Se excluyeron ocho, dos (Agelink 2003, Roschke 2004) por estar publicados en alemán, cinco (Fan 2005, Hou 2005, Huang 2005, Shen 2005, Yan 2004) por estar publicados en chino y el último (Tsay 2004) por comparar acupresión frente a estimulación eléctrica transcutánea y placebo. De los estudios incluidos, uno (Manber 2004) evaluó la eficacia de la acupuntura en la depresión durante el embarazo y el segundo Quah-Smith 2005 evaluó acupuntura láser en la depresión.

2. Calidad de la evidencia

Revisiones sistemáticas

La revisión Cochrane (Smith 2004) es de buena calidad, y la otra revisión (Mukaino 2005) es de calidad aceptable. Ésta última no realizó un metanálisis debido a la variabilidad clínica detectada en los diferentes ensayos.

Ensayos clínicos aleatorizados: los dos ensayos (Quah-Smith 2005, Manber 2004) presentaron una calidad moderada y alta (Jadad 3 y 4). Ambos estudios no describieron el método de aleatorización utilizado y el estudio de Manber 2004 no menciona las pérdidas.

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas

La revisión de Mukaino 2005 incluyó 7 ensayos (n=509), se compararon diversas intervenciones (electroacupuntura comparada con amitriptilina, acupuntura comparada con amitriptilina, acupuntura frente a lista de espera o acupuntura no específica, acupuntura más mianserina frente a mianserina solo y acupuntura frente a no acupuntura).

Acupuntura frente a control simulado (n=3)

Dos ensayos (n=81) encontraron mejoría significativa del HRSD (Hamilton Rating Scale for Depression). Un tercer ensayo (n=70) no mostró diferencias pero ambos grupos recibieron antidepresivos.

Acupuntura frente a lista de espera (n=1)

Un único ensayo (n=38) realizó ésta comparación, no mostró diferencias entre los grupos.

Electroacupuntura frente a antidepresivos (n=4) (n=358)

La diferencia de medias ponderadas en el HRSD fue de -0,43 (IC95% -5,61 a 4,76) (NS)

Acupuntura manual o electroacupuntura como adjuvante de medicación antidepresiva frente a medicación antidepresiva sola (n=2)

Hubo una mejoría significativa en el grupo acupuntura en 2/3 medidas de resultados (Clinical Global Impression y Global Assessment Scale) (p<0,05) pero no en el Beck Rafaelsen Melancholia Scale (BRMS).

Un estudio comparó electroacupuntura más antidepresivos con antidepresivos solos y no mostró diferencias, pero la dosis de los fármacos del grupo electroacupuntura fue menor que la del otro grupo con lo que se dificulta la interpretación de los resultados. Hubo 55 pacientes que respondieron que fueron seguidos por dos a cuatro años, la tasa de recaída fue de 67% en el grupo electroacupuntura y de 50% en el grupo que recibió antidepresivos (NS).

En la revisión de Smith 2004 también se incluyeron 7 ensayos clínicos (n=517), se compararon acupuntura frente a medicación, acupuntura frente a lista de espera, acupuntura frente a acupuntura no específica, acupuntura más medicación frente a medicación sola y acupuntura más medicación frente a medicación más acupuntura simulada.

Acupuntura comparado con medicación (n=5)

- Reducción en la gravedad de la depresión

Cinco estudios, con 409 pacientes en total, informaron una reducción de la gravedad de la depresión mediante la Hamilton Depression Rating Scale. En conjunto, no hubo diferencias significativas entre los grupos (DMP 0,53; IC del 95% -1,42 a 2,47). En el metanálisis se identificó una heterogeneidad límite. Se realizó una comparación entre electroacupuntura y un enfoque de acupuntura clásica. En el metanálisis según el estilo de acupuntura, no se encontró ninguna diferencia entre los grupos de electroacupuntura (DMP -0,36; IC95% -3,19 a 2,46); de igual manera, tampoco se encontraron diferencias significativas en la gravedad de la depresión entre los dos ensayos que utilizaron acupuntura clásica. El estilo de acupuntura no explicó la heterogeneidad.

- **Mejoría de la depresión**

Cuatro estudios, que incluyeron 375 participantes, informaron sobre este resultado y se incluyeron en el metanálisis (RR 1,20; IC del 95% 0,94 a 1,51) (NS).

Acupuntura frente a lista de espera (n=1)

Un estudio (n=38) informó sobre dos medidas de resultado para esta comparación:

Reducción de la gravedad de la depresión

No encontró ninguna diferencia significativa entre los grupos (DMP -5,60; IC del 95% -13,25 a 2,05) entre el inicio y las 8 semanas.

- **Mejoría de la depresión**

En este mismo estudio, la mejoría se definió como remisión completa. No se encontró ninguna diferencia significativa entre los grupos (RR 2,29; IC95% 0,55 a 9,49).

Acupuntura comparada con acupuntura no específica (n=1)

Se realizó una comparación en un ensayo (n=38) entre el grupo de acupuntura específica para tratar la depresión y un grupo de tratamiento con acupuntura no específica.

- **Reducción en la gravedad de la depresión**

Se encontró una mayor reducción promedio en las puntuaciones de depresión entre los participantes en el grupo de acupuntura específica, en comparación con el grupo de acupuntura no específica (DMP -8,80; IC del 95% -15,03 a 2,57) (NS)

- **Mejoría de la depresión**

No se encontró ninguna diferencia significativa en el número de remisiones completas entre los grupos (RR 4,58; IC del 95% 0,63 a 33,36).

Acupuntura más medicación comparada con medicación sola (n=2)

Dos estudios (n=99) realizaron esta comparación:

- Reducción en la gravedad de la depresión
En el estudio en el cual 21 sujetos recibieron acupuntura además de medicación, aquellos sujetos que recibieron medicación solamente registraron una mayor reducción de la gravedad de la depresión (DMP 3,1; IC del 95% 1,04 a 5,16).
- Mejoría de la depresión
Un estudio, que incluyó 46 sujetos, no encontró diferencias significativas entre estos dos grupos (RR 4,36; IC del 95% 0,53 a 36,12).

Acupuntura más medicación frente a acupuntura más placebo (n=2)

Dos estudios (n=99) realizaron esta comparación:

- Reducción en la gravedad de la depresión
El ensayo que incluyó 28 sujetos, no se encontró ninguna diferencia significativa en la gravedad de la depresión (DMP 1,4; IC95% -0,92 a 3,72).
- Mejoría de la depresión
El ensayo que incluyó 46 sujetos, no se encontró diferencias significativas entre los dos grupos en la mejoría de la depresión (RR 0,55; IC95% 0,19 a 1,56).
No fue posible realizar un análisis de sensibilidad basado en los criterios de la asignación porque sólo un ensayo, cumplió con los criterios de la categoría "A".
Los autores concluyen que la evidencia no es concluyente sobre la eficacia de la acupuntura para el manejo de la depresión.

Ensayos clínicos aleatorizados

El estudio de Manber 2004 que evaluó el efecto de la acupuntura comparado con grupo control y comparado con masajes en la depresión de 61 mujeres embarazadas, mostró a las ocho semanas:

- Tasa de respuesta
Grupo A (acupuntura) 68,8% comparado con grupo C (masajes) 31,6% (p=0,031) NNT=2,7. Grupo A 68,8% comparado con grupo B (control) 47,4% (NS). En el análisis del efecto a través del tiempo, se observó una mejoría en mayor proporción en el grupo

acupuntura comparado con el grupo masajes durante el primer mes, pero no en el segundo mes de estudio. En la segunda fase del estudio (control de la depresión a las 10 semanas postparto) los tres grupos mostraron una mejoría de la depresión posterior al parto. No hubo interacción entre los tratamientos y el tiempo.

El estudio de Quah–Smith 2005 evaluó el efecto de la acupuntura láser en la depresión leve a moderada por ocho semanas en 30 pacientes, encontrando una mejoría significativa a favor del grupo activo comparado con el placebo en el BDI (Beck Depression Inventory). Hubo una menor proporción de casos con depresión en el grupo activo 14% comparado con placebo 64% ($p < 0,025$). En las valoraciones con la escala de Hamilton Assessment Depression Scale (HADS) de ansiedad y depresión no hubo diferencias entre los grupos.

4. Resumen de la evidencia

- La evidencia que respalde el uso de acupuntura en el tratamiento habitual de la depresión es insuficiente.
- No hay evidencia de que la acupuntura sea mejor que el placebo (acupuntura simulada) en el manejo de la depresión.
- Los dos ensayos identificados evaluaron diferentes técnicas y poblaciones con depresión (embarazadas, población general). La evidencia de la eficacia es muy variable y limitada.

Enfermedad Arterial Periférica (EAP)

1. Resultados de la búsqueda.

Revisiones sistemáticas

Se identificó una revisión sistemática (Pittler 2005), que evalúa la evidencia sobre las terapias complementarias en la enfermedad arterial periférica. Los autores sólo identificaron un ensayo clínico aleatorizado y abierto sobre acupuntura.

Ensayos clínicos aleatorizados

No se identificaron nuevos ensayos clínicos posteriores a la revisión.

2. Calidad de la evidencia

Revisiones sistemáticas

La revisión es de baja calidad, no describe la metodología seguida, incluye otras revisiones sistemáticas y faltan datos en las tablas de los estudios. La revisión sólo identificó un ensayo clínico (Eyb 1988)

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas

La revisión analiza un ensayo clínico aleatorizado y abierto, que compara acupuntura frente a lista de espera. El estudio concluye que hubo una mejoría a favor del grupo acupuntura pero no presenta información sobre la significación de los resultados (valor de la p).

4. Resumen de la evidencia

No hay evidencia que respalde el uso de acupuntura en el tratamiento de la EAP.

Enuresis nocturna en niños

1. Resultados de la búsqueda.

Revisiones sistemáticas

Se identificaron tres revisiones (Anónimo 2004, Bower 2005, Glazener 2005). Se excluyó una revisión (Anónimo 2004) por no ser sistemática.

La revisión de Glazener 2005 es una revisión Cochrane que evalúa diferentes intervenciones complementarias en la enuresis nocturna de los niños y la otra (Bower 2005) evalúa la acupuntura frente a otras intervenciones.

Ensayos clínicos aleatorizados

No se identificaron ensayos clínicos posteriores a los de las revisiones incluidas.

2. Calidad de la evidencia

Revisiones sistemáticas

La revisión Cochrane (Glazener 2005) es de buena calidad, aunque debido a la variabilidad clínica detectada en los diferentes ensayos incluidos no realizó una combinación de los resultados a través de un metanálisis.

La revisión de Bower 2005 es de baja calidad, incluye estudios controlados aleatorizados, no aleatorizados y cohortes. Realizó combinación de

resultados entre los diferentes diseños. Los resultados no están bien presentados.

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas

La revisión Cochrane (Glazener 2005) (n=251) analizó tres ensayos de baja calidad, que comparan acupuntura frente a fármacos (meclofenoxate más oryzanol más tiamina) o acupuntura frente a placebo o acupuntura láser frente a desmopresina nasal.

Un ensayo pequeño (n=40) (Radmayr 2001) comparó la acupuntura láser con la desmopresina. Los datos fueron demasiado escasos para mostrar si los dos tratamientos diferían o no en las tasas de curación o recaída.

En otro estudio (n=111), (Mao 1998), la acupuntura mostró ser mejor que el procedimiento simulado: menos niños permanecieron con enuresis después de terminada la acupuntura (26/56 niños), que después del tratamiento con acupuntura simulada (38/55 niños) (RR 0,67; IC del 95% 0,48 a 0,94).

En el tercer ensayo (n=100), (Jiang 2000), la acupuntura mostró tener una tasa de fracaso inferior a la de una combinación de fármacos (meclofenoxato, oryzanol y tiamina) (RR 0,31; IC del 95% 0,21 a 0,45)

En la segunda revisión (Bower 2005) (n=1274), se evaluaron diferentes comparaciones, así como diferentes diseños de estudios.

Acupuntura (en general) comparado con otras terapias

La combinación de tres estudios (sólo uno era un ECA) mostró una mejoría significativa a favor de la acupuntura al reducir el número de episodios de micciones nocturnas. No hay más datos.

Acupuntura comparado con otro tipo de acupuntura o medicina china

No hubo diferencias entre los grupos evaluados.

Acupuntura láser comparado con medicación estándar

Hay una respuesta no significativa a favor de la medicación estándar.

4. Resumen de la evidencia

- No hay evidencia que respalde el uso de acupuntura en el tratamiento de la enuresis nocturna de los niños.

Epilepsia

1. Resultados de la búsqueda.

Revisiones sistemáticas

Se identificaron dos revisiones, una revisión Cochrane (Cheuk 2005) de reciente publicación que evaluó la eficacia de la acupuntura en el síndrome epiléptico de cualquier tipo y a cualquier edad y la segunda (Pearl 2005) que se excluyó por no ser sistemática.

Ensayos clínicos aleatorizados

No se identificaron ensayos posteriores a la revisión analizada.

2. Calidad de la evidencia

Revisiones sistemáticas

La revisión es de buena calidad, y realizó metanálisis de algunas medidas de resultado.

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas

La revisión analizó tres ensayos (n=158), de los cuales uno es de buena calidad (Jadad 4) y los otros dos son de baja calidad.

Los resultados fueron:

Acupuntura más hierbas chinas frente a hierbas chinas sola

Dos ensayos (Ma 2001, Xiong 2003) (n=94) evaluaron estas intervenciones (los puntos de inserción y las hierbas fueron diferentes entre ellos). Se metanalizaron los resultados por no detectarse heterogeneidad entre ellos.

La acupuntura consiguió un mayor número de pacientes con una reducción del 50% de la frecuencia de convulsiones comparado con el grupo que sólo recibió hierbas chinas, pero la diferencia no fue significativa (RR 1,13; IC95% 0,97 a 1,31). En cambio, la acupuntura mostró de forma significativa un mayor número de pacientes con una reducción del 75% de la frecuencia de convulsiones (RR 1,52; IC95% 1,12 a 2,05). La acupuntura también mostró mejores resultados frente al grupo de hierbas chinas solas en la reducción de la duración de las convulsiones en un 75% (RR 2,38; IC95% 1,13 a 5) o en un 50% (RR 1,36; IC95% 1,07 a 1,73), ambas de forma significativa. Ambos estudios mostraron una mejoría (no significativa) en el electroencefalograma (EEG) del grupo acupuntura.

Acupuntura frente a acupuntura simulada

Un ensayo (n=34) informó el porcentaje de reducción de la frecuencia de convulsiones: 45% y 20% en los grupos activo y simulado respectivamente, diferencia no significativa. El porcentaje de semanas libres de convulsiones fue mayor en el grupo acupuntura (100%) frente al grupo control (50%) (NS). El porcentaje de pacientes que no incrementaron las convulsiones durante el seguimiento no fue diferente entre los grupos. No hubo diferencias en la calidad de vida medida a través del QOLIE-89 entre los grupos a las 12 semanas de tratamiento.

Acupuntura frente a tratamiento control

En la reducción de la frecuencia de las convulsiones, en los tres estudios (n=158) hubo una pequeña diferencia entre el grupo tratamiento frente al control a favor de la acupuntura, pero sin significación estadística.

4. Resumen de la evidencia

- No hay suficiente evidencia que respalde el uso de acupuntura en el tratamiento y la prevención de los ataques de epilepsia.
- No hay evidencia de que la acupuntura sea mejor que el placebo (acupuntura simulada) en el manejo de la epilepsia.

Esquizofrenia

1. Resultados de la búsqueda.

Revisiones sistemáticas

Se identificaron dos revisiones (Beecroft 1997, Rathbone 2005). Se excluyó una de ellas (Beecroft 1997) por no ser una revisión sistemática. La revisión incluida es una revisión Cochrane y evalúa acupuntura y/o electroacupuntura comparado con antipsicóticos y combinaciones de ambas intervenciones.

Ensayos clínicos aleatorizados sólo se identificó un ensayo clínico (Feng-Ju 2006) pero se excluyó por estar publicado en idioma chino.

2. Calidad de la evidencia

Revisiones sistemáticas

La revisión incluida (Rathbone 2005) es de buena calidad, realizaron meta-análisis de algunas variables de resultado (estado global, abandonos y efectos adversos). Los estudios identificados en esta revisión (n=5) (n=262) son de

baja calidad y de corta duración (de 20 días a 8 semanas) por lo que la información disponible es limitada.

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas:

Acupuntura frente a antipsicóticos (n=2)

Estado global *Clinical Global Impression Scale (CGI)*: Dos estudios (n=119) informaron sobre el estado global (sin mejorías) con resultados equívocos. No hubo pérdidas durante el seguimiento en ninguno de los dos ensayos por cinco semanas.

Acupuntura y antipsicóticos frente a antipsicóticos (n=4)

Estado global *CGI*: Un estudio (n= 31) informó sobre el estado global (sin mejorías a las cinco semanas) con resultados equívocos. Las puntuaciones de la escala *CGI* (severidad de la enfermedad) se informaron en Gang 1997 (n=40) con puntuaciones equívocas. El mismo estudio también informó sobre la escala *CGI* (mejoría global) pero los datos fueron asimétricos. Cuatro ensayos (n=111) informaron como medida de resultado a corto plazo que ningún participante abandonó el estudio anticipadamente (hasta las ocho semanas).

Estado mental: Un estudio Gang 1997 (n=40) dicotomizó los resultados del *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)* (sin mejoría $\leq 20\%$ de reducción al final del estudio) con resultados equívocos. Los datos continuos del *BPRS* (Zhang 1994, Gang 1997) fueron significativos a favor del grupo de acupuntura (n = 109; DMP -4,31; IC95% -7,0 a -1,6).

La puntuación del estado mental según la *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)* y la *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)* se informó en Zhang 1994 (n=69) pero los datos fueron asimétricos y no pueden presentarse gráficamente.

Las puntuaciones de depresión de la escala *Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)* fueron informadas en Zhang 2001 (n=42) y las puntuaciones de este estudio pequeño fueron significativamente inferiores en el grupo de acupuntura (DMP -10,41; IC95% -12,8 a -8,0). Cuando las puntuaciones de la *HAM-D* se dicotomizaron a “sin mejoría”, nuevamente, en Zhang 2001 los resultados favorecían significativamente el grupo de acupuntura (RR 0,17; IC95% 0,1 a 0,5; NNT 2; IC95% 2 a 3). Zhang 2001 también informó acerca de la depresión mediante la *Zung Depression Scale* y los resultados a las cinco semanas favorecieron significativamente el grupo de acupuntura (DMP -24,25; IC95% -28,0 a -20,5).

Los autores concluyeron que no había suficiente evidencia que respaldara el uso de acupuntura en el tratamiento de la esquizofrenia. Cuando se utilizó sólo acupuntura hubo mejores resultados comparado con los antipsicóticos, pero estas conclusiones debían tomarse con cautela porque la información provenía de dos ensayos muy pequeños y de corta duración.

Cuando se utilizó la acupuntura en combinación con antipsicóticos hubo una mejoría de los resultados de depresión, pero también esta información provenía de estudios limitados.

4. Resumen de la evidencia

- No hay suficiente evidencia que respalde el uso de acupuntura en el tratamiento de la esquizofrenia.
- Ninguno de los estudios identificados comparó la acupuntura con placebo o acupuntura simulada.
- Son necesarios más ensayos clínicos bien diseñados y a largo plazo, que sigan las directrices metodológicas sugeridas en las guías de CONSORT y STRICTA.

Infertilidad

1. Resultados de la búsqueda

Revisiones sistemáticas

Se identificaron tres revisiones (Chang 2002, Stener-Victorin 2005, White 2003) de las cuales se excluyeron todas, dos (Chang 2002, White 2003) por ser revisiones narrativas, sin valoración de la calidad de los estudios. La tercera (Stener Victorin 2005) se excluyó por ser una revisión sobre manejo terapéutico del dolor en la recuperación de oocitos.

Ensayos clínicos aleatorizados

Se identificaron seis ensayos clínicos posteriores a las revisiones sistemáticas (Dieterle 2006, Paulus 2002, Paulus 2003, Westergaard 2006, Yang 2005, Zhang 2001). Se excluyó un estudio (Yang 2005) por estar publicado en chino.

El resto de los estudios evaluaron el efecto de la acupuntura en la tasa de fertilidad (tasa de embarazo) en mujeres en terapia de reproducción asistida.

2. Calidad de la evidencia

Ensayos clínicos aleatorizados

No se pudo valorar en forma objetiva la calidad de dos estudios publicados en forma de resúmenes de congresos (Zhang 2001, Paulus 2003), por la falta de datos publicados. Es de resaltar que ambos estudios, junto con el de Paulus 2002, provienen del mismo centro investigador, con los mismos criterios de inclusión de las pacientes. De estos tres trabajos, dos ensayos (Zhang 2001 y Paulus 2002) evaluaron acupuntura más auriculopuntura frente a control, y el estudio de Paulus 2003 evaluó acupuntura más auriculopuntura frente a placebo (auriculopuntura simulada).

De los tres estudios cuya calidad pudo ser evaluada, dos estudios (Westergaard 2006, Paulus 2002) son de baja calidad (Jadad <3) debido a que no describieron el método de aleatorización ni el enmascaramiento, además de ser estudios abiertos. El último ensayo (Dieterle 2006) es de alta calidad (Jadad 4).

3. Eficacia de la acupuntura

Ensayos clínicos aleatorizados

Tres estudios (Paulus 2002, Paulus 2003, Zhang 2001) fueron realizados en un mismo centro.

Dos estudios compararon acupuntura más auriculopuntura frente a control (Zhang 2001, Paulus 2002) en 138 y 160 pacientes respectivamente. Se observó una tasa de embarazo de 42,5% vs 26,3% ($p=0,03$) en el estudio de Paulus 2002 y 43,5% vs 26,1% ($p=0,03$) en el estudio de Zhang 2001, siempre a favor de la terapia combinada.

El estudio de Paulus 2003, comparó 200 pacientes con acupuntura más auriculopuntura frente a placebo (utilizó agujas en puntos que no tenían efecto en la fertilidad), sin que se demostraran diferencias en la tasa de embarazo entre ambos grupos (43% acupuntura vs 37% placebo).

El ensayo de Westergaard 2006 evaluó 273 mujeres en tres grupos de intervención. El primer grupo recibió acupuntura en el día de la transferencia de oocitos (antes y después de la maniobra); el segundo grupo recibió la misma intervención más otra sesión de acupuntura a las 48 h de la maniobra ET (*Embryo Transfer*); el tercer grupo recibió una intervención control.

Los autores observaron resultados significativamente superior en el grupo que recibió una única sesión de acupuntura comparado con el grupo control ($p<0,05$), tanto en el test de embarazo (42% frente a 28%), como en la tasa de embarazo clínico (39% frente a 24%) y en la tasa de embarazos a término (36% frente a 22%).

No hubo diferencias entre los dos grupos de acupuntura.

No hubo diferencias entre los tres grupos en la tasa de implantación (Nº sacos gestacionales/Nº de embriones transferidos).

El estudio de Dieterle 2006 evaluó 225 mujeres con acupuntura 30 minutos tras la transferencia del embrión y auriculopuntura con semillas frente a acupuntura simulada (acupuntura en otros puntos que no tiene efecto en la fertilidad).

Por transferencia hubo una mayor tasa de embarazo clínico (33,6% frente a 15,6%; $p < 0,01$), tasa de embarazo a término (28,4% frente a 13,8%; $p < 0,01$) y de implantación (14,25 frente a 5,9%; $p < 0,01$) en el grupo de pacientes con auriculopuntura comparado con la simulada.

El NNT fue de 5,5 para el embarazo clínico y de 6,8 para el embarazo en curso.

Cuanto mayor fue el número de tratamientos de fertilización menor fue la tasa de implantación y de embarazo clínico.

4. Resumen de la evidencia

- La evidencia de la eficacia de la acupuntura en la fertilidad de mujeres es escasa y limitada.
- Se observa una tendencia favorable al incremento de la tasa de embarazo en el grupo de mujeres que recibe la acupuntura activa, pero existe una amplia variabilidad de los esquemas de acupuntura utilizados en los estudios.

Insomnio

1. Resultados de la búsqueda.

Revisiones sistemáticas

Se identificaron dos revisiones (Li 2005, Sok 2003) que evaluaron la acupuntura en el insomnio. Se excluyeron las dos, una (Sok 2003) por ser una revisión no sistemática y la segunda (Li 2005) por estar publicada en idioma chino.

Ensayos clínicos aleatorizados

Se identificaron siete ensayos posteriores a la revisión (Chen 2005, Guerrero da Silva 2005, Kim 2004, Lin 2005, McCullough 2005, Sok 2005, Wang 2005). Se excluyeron cuatro (Chen 2005, Lin 2005, Sok 2005, Wang 2005) por estar publicados en idiomas chino y coreano.

Un ensayo (Guerreiro da Silva 2005) evaluó la eficacia de la acupuntura en el insomnio en mujeres embarazadas. El segundo ensayo (Kim 2004) evaluó la acupuntura intradérmica en Shen-Men y Nei-Kuan en pacientes con insomnio posterior a un accidente cerebrovascular.

El tercer estudio (McCullough 2005) (publicado en forma de abstract de congreso), evaluó acupuntura frente a reflexología frente a musicoterapia en pacientes con insomnio.

2. Calidad de la evidencia

Ensayos clínicos aleatorizados

Uno de los estudios identificados (Guerreiro da Silva 2005) es un estudio controlado, abierto, cuasialeatorizado, por lo que no se puede aplicar la escala de Jadad para valorar la calidad. Es un estudio con limitaciones en el diseño y con menor validez de los resultados. De ocho semanas (corta duración), alto porcentaje de pérdidas (29 y 24%) y con falta de datos de los motivos de las pérdidas.

El segundo ensayo (Kim 2004) es de baja calidad (Jadad de 2), simple ciego, de 48 h de duración y escaso número de pacientes en cada grupo (n=15).

En el tercer ensayo (McCullough 2005) no se puede valorar la calidad por ser un abstract de congreso, faltan los datos metodológicos, sólo menciona que es aleatorizado, duró 5 semanas y presentó un muy escaso número de pacientes en cada grupo (entre 4 y 5).

3. Eficacia de la acupuntura

Ensayos clínicos aleatorizados

El estudio (Guerreiro da Silva 2005) evaluó la eficacia de la acupuntura comparado con medidas de higiene para el sueño en 30 pacientes embarazadas con insomnio que se inició con la gestación.

Hubo una reducción significativa de los valores de la escala Numerical Rating Scale (NRS, de medición subjetiva con rango 0-10), a favor del grupo acupuntura ($p=0,0028$)

La puntuación media del insomnio disminuyó un 50% o más en el 75% (9/12) pacientes del grupo activo comparado con el 30% (3/10) del grupo control ($p=0,042$). Se observó que no hubo diferencias en el peso al nacer ni en el APGAR de los recién nacidos entre los dos grupos.

El segundo ensayo (Kim 2004) aplicó agujas intradérmicas en los puntos de Shen-Men y Nei-Kuan durante 48 h en pacientes con insomnio post-ACV.

Los autores describieron una mejoría significativa del insomnio en el grupo activo comparado con el grupo placebo, en el *Insomnia Severity Index* (ISI), el *Athens Insomnia Scale* (AIS) y en el *Morning Questionnaire* (MQ). En dos parámetros de este último cuestionario (“*Sleep latency*” y “*Ease of falling asleep*”) no se observaron diferencias entre los grupos.

La comparación intragrupo fue significativa en todos los parámetros ($p < 0,01$).

Los autores concluyeron que la acupuntura (en estos dos puntos Shen-Men y Nei-kuan) alivia el insomnio de pacientes con ACV.

El estudio de McCullough 2005 comparó acupuntura frente a reflexoterapia frente a musicoterapia, observando una mejoría de la puntuación del *Pittsburg Sleep Quality Index* (PSQI) con respecto a sus valores basales en los grupos de acupuntura y reflexología (análisis intragrupo).

En el grupo musicoterapia no hubo cambios importantes.

4. Resumen de la evidencia

- Hasta la fecha la evidencia sobre la acupuntura en el tratamiento del insomnio es limitada y de baja calidad.

Náuseas y vómitos

1. Resultados de la búsqueda.

Revisiones sistemáticas

Se identificaron 11 revisiones sobre acupuntura e intervenciones relacionadas en el manejo de las náuseas y vómitos (Ahlburg 2006, Collins 2004, Elorriaga 2003, Ezzo 2005, Ezzo 2006, Freels 2000, Jewell 2003, Lee 1999, Lee 2004, Roscoe 2002, Vickers 1996) de las cuales se excluyeron ocho (Ahlburg 2006, Collins 2004, Elorriaga 2003, Ezzo 2005, Freels 2000, Lee 1999, Roscoe 2002, Vickers 1996) por ser revisiones de la literatura y/o comentarios de otras revisiones.

Se incluyeron tres revisiones sistemáticas Cochrane sobre estimulación de punto acupuntural (P6) para prevenir las náuseas y vómitos en el postoperatorio (Lee 2004), en la quimioterapia (Ezzo 2006) e intervenciones para las náuseas y vómitos en el embarazo temprano (Jewell 2003).

Ensayos clínicos aleatorizados

Se identificaron siete ensayos clínicos (Butkovic 2005, Fu 2006, Habek 2004, Melchart 2006, Neri 2005, Reindl 2006, Streitberger 2004) que no estaban incluidos en las revisiones sistemáticas. De estos ensayos se excluyó uno (Fu 2006) por estar publicado en idioma chino.

Finalmente quedaron incluidos seis ensayos. Dos ensayos tratan la hiperemesis gravídica (Habek 2004, Neri 2005). Dos estudios (Melchart 2006, Reindl 2006) versan sobre prevención de náuseas y vómitos en la quimioterapia, siendo uno de ellos en niños (Reindl 2006). Por último dos ensayos (Butkovic 2005, Streitberger 2004) evaluaron la acupuntura en las náuseas y vómitos postoperatorios, siendo uno en niños (Butkovic 2005)

2. Calidad de la evidencia

Revisiones sistemáticas

Las tres revisiones (Ezzo 2006, Jewell 2003, Lee 2004) son de buena calidad, y metanalizaron los resultados.

Ensayos clínicos aleatorizados

Los estudios de prevención en la quimioterapia son de diseño cruzado. Uno es de buena calidad (Melchart 2006), con Jadad de 5 y describe la ocultación de la asignación. El segundo (Reindl 2006) llama la atención porque describe una asignación enmascarada de las intervenciones pero no el método de la aleatorización (Jadad de 2).

Los dos estudios de prevención postoperatoria (Butkovic 2005, Streitberger 2004) son de calidad moderada (Jadad de 3) y de los dos estudios en hiperemesis gravídica, uno es de calidad moderada (Habek 2004) y el otro (Neri 2005) de baja calidad.

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas

1. Estimulación de punto acupuntural para las náuseas y vómitos por quimioterapia

Una revisión (Ezzo 2006) analizó 11 ensayos (n=1247), de los cuales la aleatorización fue adecuada en 8/11, se realizó cegamiento del evaluador en 7/11 y las pérdidas bien registradas en todos los estudios. La asignación de las intervenciones fue bien realizada en 5/11 estudios. Se excluyeron los resultados de los estudios de acupresión y de estimulación no invasiva.

Resultados generales (todas las modalidades combinadas):

- Vómitos agudos

Nueve ensayos (n=1214) evaluaron la incidencia temprana de vómitos, que en el grupo activo (estimulación del punto P6) fue de 22% frente a 31% en el grupo control (que incluyó antieméticos, placebo o simulado). El RR fue de 0,82 (IC95% 0,69 a 0,99) (p=0,04) a favor de la estimulación del punto. El NNT fue de 11 (IC 95% 7-25).

- Náuseas agudas

Siete ensayos (n=896) no mostraron diferencias entre los estudios. Los resultados fueron similares en los estudios comparados con placebo y los de no placebo.

- Vómitos tardíos

Tres ensayos (n=757) evaluaron antieméticos frente a estimulación del punto en forma no invasiva, sin diferencias entre los grupos.

- Náuseas tardías

Cinco ensayos (n=821) evaluaron antieméticos frente a estimulación del punto en forma no invasiva, no hubo diferencias entre los grupos.

Acupuntura manual y electroacupuntura

- Vómitos agudos

La incidencia de vómitos agudos en cuatro ensayos (n=214) fue de 37% en el grupo acupuntura frente a el 60% en el grupo control (antieméticos y placebo o simulado), el RR fue de 0,74, (IC95% 0,58 a 0,94) (p=0,01); NNT 4,4 (IC95% 3 a 11).

Los resultados fueron similares cuando se compararon con placebo (RR 0,74, IC 95% 0,59 a 1,00) (p=0,05).

Acupuntura manual

Un ensayo (n=80) comparó la acupuntura manual con antieméticos (5-HT3 sin esteroides). La incidencia de vómitos fue de 10% y 18% en los grupos acupuntura y control respectivamente, sin significancia estadística.

Electroacupuntura

Tres estudios (n=134) compararon la electroacupuntura con antieméticos. La proporción de pacientes con vómitos fue menor en el grupo electroacupuntura, con el 57% frente al 80% en el grupo control RR 0,76 (IC 95% 0,60 a 0,97) (p=0,02).

- Náuseas agudas.

Electroacupuntura

Ninguno de los estudios midió esta variable.

Acupuntura manual

Un estudio mostró una reducción no significativa en la severidad de las náuseas.

Náuseas y vómitos tardíos: no hubo datos claros de los estudios.

Los autores concluyeron que la electroacupuntura mostró beneficios, pero eran necesarios más estudios que la comparasen con antieméticos y el manejo de síntomas refractarios para determinar la importancia clínica de esta intervención.

2. Estimulación del punto acupuntural del carpo (P6) para las náuseas y vómitos en el postoperatorio

La revisión (Lee 2004) analizó 26 ensayos clínicos (n=3347), la mayoría realizados en población adulta, excepto seis que fueron realizados en niños. Casi todos administraron anestesia general, excepto tres estudios que incluyeron pacientes con cesárea con anestesia espinal. Hubo una gran variabilidad de las técnicas quirúrgicas y de las intervenciones entre los ensayos. Ninguno de los ensayos describió el método de aleatorización y el método de cegamiento fue muy variable.

Estimulación del punto de acupuntura P6 frente a tratamiento simulado

- Náuseas

Dieciséis ensayos (n = 1826) estudiaron la estimulación del punto de acupuntura P6 para la prevención de las náuseas. Aunque la estimulación del punto redujo el riesgo de náuseas (RR 0,72; IC95% 0,59 a 0,89), hubo una heterogeneidad moderada entre los ensayos (I2 = 51,5%).

En los niños, el riesgo de náuseas fue inferior en el grupo de estimulación del punto que en el grupo de tratamiento simulado (RR 0,63; IC95% 0,51 a 0,80) y no hubo heterogeneidad entre estos ensayos (I2 = 0%). Aunque hubo una heterogeneidad moderada (I2 = 51,0%) entre los ensayos con adultos, el riesgo de náuseas fue inferior en el grupo de estimulación del punto que en el grupo de tratamiento simulado (RR 0,75; IC95% 0,59 a 0,96).

Los ensayos que estudiaron la estimulación invasiva del punto de acupuntura P6 parecieron reducir el riesgo de náuseas (RR 0,63; IC 95% 0,45 a 0,89), pero hubo una heterogeneidad moderada entre los ensayos (I2 = 50,5%).

Se registró una reducción significativa del riesgo de náuseas entre los ensayos con una tasa de eventos de control de más del 20% (RR 0,71; IC95% 0,56 a 0,89), pero hubo una heterogeneidad elevada entre estos ensayos (I2 = 61%).

- Vómitos

Veinte ensayos (n = 2187) estudiaron la estimulación del punto P6 para la prevención de los vómitos. Aunque se registró una heterogeneidad elevada entre estos ensayos (I2 = 65%), los

resultados indican que la estimulación del punto redujo el riesgo de vómitos (RR 0,71; IC95% 0,56 a 0,91).

Hubo una elevada heterogeneidad ($I^2 = 86,1\%$) entre los ensayos en niños, que puede estar relacionada con el momento en que se midieron los vómitos. Por ejemplo, un ensayo midió los vómitos hasta el final de la estancia en la sala de recuperación, mientras que los otros tres ensayos midieron los vómitos hasta 24 horas después de la cirugía. Se observó una reducción significativa en el riesgo de vómitos en adultos (RR 0,70; IC 95% 0,52 a 0,94).

Debido a que un ensayo usó acupresión y acupuntura, no se incluyó en los análisis de subgrupos (método invasivo frente a no invasivo). Hubo una elevada heterogeneidad ($I^2 = 70,8\%$) entre los ensayos que usaron estimulación no invasiva del punto de acupuntura P6, con una reducción del riesgo de vómitos (RR 0,68; IC 95% 0,48 a 0,95). Hubo una reducción significativa del riesgo de vómitos entre los ensayos con tasa de eventos de control de más del 20% (RR 0,67; IC 95% 0,50 a 0,88), pero hubo una elevada heterogeneidad entre estos ensayos ($I^2 = 76,2\%$).

- **Rescate con antieméticos**

El tipo de fármaco antiemético usado para el rescate no se especificó en varios ensayos. En un único ensayo la estimulación del punto de acupuntura P6 se asoció con menor requerimiento de antieméticos de rescate (RR 0,14; IC95% 0,04 a 0,55). Aunque se excluyeron tres pacientes de un ensayo debido a los vómitos persistentes que requirieron metoclopramida, los datos se incluyeron en esta revisión sistemática. No hubo diferencias en la incidencia de la necesidad de droperidol, metoclopramida, ondansetron o proclorperazina de rescate entre los grupos. Sin embargo, cuando se combinaron todos los tipos de fármacos antieméticos de rescate individuales, se registró una heterogeneidad moderada ($I^2 = 47,8\%$) entre los ensayos. Hubo una reducción marginalmente significativa de la incidencia de la necesidad de antieméticos de rescate entre el grupo de estimulación del punto de acupuntura P6 y el grupo de tratamiento simulado (RR 0,76; IC95% 0,58 a 1,00).

Estimulación del punto de acupuntura P6 frente a antieméticos

- **Náuseas**

Cuatro ensayos (n=615) compararon los antieméticos con la estimulación del punto de acupuntura P6 para prevenir las náuseas en el período postoperatorio. El riesgo de náuseas fue

similar en el grupo de estimulación del punto de acupuntura P6 y en el de ondansetron metoclopramida, en el de ciclizina y en el grupo de droperidol.

Cuando se combinaron estos subgrupos de diferentes antieméticos, hubo una reducción más significativa del riesgo de náuseas en el grupo de estimulación del punto de acupuntura P6 que en el grupo de antieméticos (RR 0,70; IC95% 0,50 a 0,98). Estos ensayos fueron homogéneos entre sí (I2 = 0%).

- **Vómitos**

Se incluyeron ocho ensayos (n=1087) que compararon antieméticos con la estimulación del punto de acupuntura P6 para prevenir los vómitos en el período postoperatorio. En los grupos de estimulación del punto de acupuntura P6 y ondansetron metoclopramida, ciclizina y proclorperazina el riesgo de vómitos fue similar. No hubo heterogeneidad entre los ensayos de droperidol (I2 = 0%) y no hubo diferencias en el riesgo de vómitos entre los grupos. Cuando se combinaron estos subgrupos de diferentes antieméticos, los ensayos fueron homogéneos (I2 = 0%). No hubo diferencias en el riesgo de vómitos entre el grupo de estimulación del punto de acupuntura P6 y el grupo de antieméticos

- **Antiemético de rescate**

En el único ensayo que proporcionó esta información, ningún paciente requirió antieméticos de rescate. La incidencia del antiemético de rescate (dimenhidrinato) se obtuvo, pero no se informó, en otro ensayo. La incidencia de los antieméticos de rescate fue similar entre los grupos de estimulación del punto de acupuntura P6 y los grupos de antieméticos individuales. No hubo diferencias en la incidencia de los antieméticos de rescate entre el grupo de estimulación del punto de acupuntura P6 y el grupo de antieméticos.

Los autores concluyeron en base a los números necesarios a tratar que la estimulación del punto de acupuntura P6 podía tener mayor valor para la prevención de las NVPO (náuseas y vómitos en el postoperatorio) en los pacientes con un riesgo inicial alto que no recibieron antieméticos profilácticos.

A pesar de que el número de ensayos que compararon la estimulación del punto de acupuntura P6 con los fármacos antieméticos fue pequeño, el estudio estimó de forma significativa que el riesgo de náuseas (pero no de vómitos) era inferior en los pacientes que recibieron estimulación del punto

de acupuntura P6 que en los pacientes que recibieron tratamiento antiemético profiláctico.

3. Intervenciones para las náuseas y vómitos en el embarazo temprano

La revisión (Jewell 2003) incluyó diferentes tipos de intervenciones para el manejo de estos síntomas, e identificó seis estudios en acupuntura (n=1309) que presentaban los efectos de la acupuntura o acupresión del punto P6.

Los datos dicotomizados de los mareos matinales presentaron un OR de 0,25 (IC95% 0,14 a 0,43) al compararlos con la falta de tratamiento, y 0,35 (IC 95% 0,12 a 1,06) al compararlos con la acupuntura o acupresión ficticia o simulada. Estos efectos eran comparables a los obtenidos con fármacos.

El análisis de los datos continuos se basaba en los resultados de dos ensayos que comparaban la acupuntura o la acupresión reales con las simuladas y permitían obtener una estimación global no significativa en ambos casos. La misma situación se observó en los dos análisis (náuseas y vómitos) que compararon la acupuntura con un grupo de control en el que no se aplicó acupuntura.

Los datos de O'Brien 1996 y Knight 2001 no se presentaron de forma adecuada para ser incluidos en un metanálisis. Sin embargo, ambos ensayos obtuvieron altas tasas de realización completa del procedimiento. Las tasas de realización completa fueron del 92,5% de las personas reclutadas que completaron el protocolo de ensayo en O'Brien 1996, y del 80% en Knight 2001. El estudio de O'Brien 1996 no mostró ningún beneficio de la acupresión simulada vs la falta de tratamiento.

Knight 2001 realizó un ensayo minucioso utilizando el diagnóstico chino más tradicional con acupuntura sobre varios puntos (siempre incluyendo al punto P6), comparándolo con una forma de acupuntura simulada, que utiliza presión sin penetración en la piel en puntos distantes de los tradicionales en la acupuntura. El ensayo mostró que la acupuntura real no tuvo efectos más importantes que los de la acupuntura simulada.

Los autores concluyeron que la evidencia de la acupuntura o la acupresión del punto P6 era mixta o contradictoria. No se demostró claramente que fuera más efectiva que la acupresión ficticia o simulada o que los consejos dietéticos y los relacionados con el estilo de vida estándar.

Ensayos clínicos aleatorizados

(1) Estudios de prevención de náuseas y vómitos en quimioterapia

El estudio de Reindl 2006, cruzado, evaluó acupuntura en el punto P6 frente a medicación antiemética en 11 niños con tumores que recibían quimioterapia. No observó diferencias entre la cantidad de medicación antiemética

basal recibida entre el primer ciclo de quimioterapia con y sin acupuntura, pero se observó una reducción de medicación antiemética adicional en los cursos de quimioterapia con acupuntura ($p=0,024$)

Tanto los episodios de vómitos como la puntuación de las náuseas no fueron diferentes con o sin acupuntura.

El estudio de Melchart 2006 también cruzado, ($n=28$) comparó acupuntura en el punto P6 frente a acupuntura en otro sitio diferente, más bandas de acupresión durante 4 días. Observaron que la puntuación de las náuseas fue mayor en la fase II (placebo) comparado con la fase I (acupuntura).

No hubo diferencias en la acupuntura combinada con acupresión y el placebo en la puntuación de náuseas, pero el nivel de náuseas fue muy bajo en ambas fases. No hubo diferencias en el número de vómitos entre una y otra fase de tratamiento. De los 21 pacientes que finalizaron el ensayo, 17 pacientes (81%) elegirían la acupuntura y la acupresión para los próximos ciclos de quimioterapia, pero no hubo una clara preferencia de los puntos acupunturales utilizados.

Los autores de ambos estudios concluyeron que la acupuntura podría ser efectiva en este grupo de pacientes, pero la evidencia disponible sobre la eficacia de la estimulación de P6 con agujas o acupresión para las náuseas y vómitos por quimioterapia no era suficiente.

(2) Estudios de prevención de náuseas y vómitos en el postoperatorio

El estudio de Butkovic 2005 comparó acupuntura láser frente a acupuntura simulada frente a medicación antiemética en 120 niños a los que se realizaba cirugía bajo anestesia general.

Vómitos: a las 2 h presentaron vómitos cinco pacientes (12,5%) del grupo láser, cuatro (10%) en el grupo control y 16 (40%) en el grupo placebo. No hubo diferencias entre el grupo láser y el que recibió metoclopramida, pero sí entre estos dos grupos y el grupo placebo ($p<0,001$). A las 4 h presentaron vómitos tres pacientes (7,5%) del grupo láser, tres (7,5%) en el grupo control (metoclopramida) y seis (15%) en el grupo placebo. A las 6 h sólo un paciente del grupo placebo presentó vómitos.

Medicación de rescate: fue necesaria medicación de rescate para un paciente del grupo láser y otro del grupo metoclopramida.

El estudio de Streitberger 2004 comparó acupuntura en P6 frente a acupuntura simulada (agujas en telescopaje) en 220 mujeres a las que se les realizaba cirugía ginecológica o de mamas.

Resultado primario: el porcentaje de vómitos y náuseas postoperatorias a las 24 h fue de 43,4% y 50,9% en los grupos acupuntura y placebo respectivamente, sin diferencias entre ellos.

Un análisis de subgrupo no mostró diferencias en la aplicación de la intervención antes y después de la anestesia.

No hubo diferencias en el efecto según el tipo de cirugía recibida (ginecológica, laparoscópica o de mama)

Resultados secundarios: la incidencia de los vómitos dentro de las 24 h fue significativamente menor en el grupo acupuntura (24,8%) comparado con placebo (39,6%), con una diferencia absoluta de -14,8% ($p=0,003$, IC 95% -27,5 a -1,6%).

No hubo diferencias en la sospecha de la intervención entre los pacientes de ambos grupos.

Los autores del primer estudio concluyeron que los resultados mostraban una eficacia similar entre la metoclopramida y la acupuntura láser en P6 en niños que necesitan operarse.

En el segundo estudio los resultados obtenidos podrían indicar que la acupuntura en P6 podría ser efectiva en pacientes a las que se les realizaba cirugía ginecológica.

(3) Estudios de prevención de náuseas y vómitos en la hiperémesis dravídica

En el estudio de Neri 2005 se evaluaron 81 mujeres con acupuntura más bandas de acupresión frente a tratamiento farmacológico. Se observó una mejoría significativa de la intensidad de las náuseas, episodios de vómitos y la tasa de ingesta de alimentos en ambos grupos, sin diferencias entre ellos.

Las mejorías se observaron en la 1^a, 2^a y 3^a semanas.

No hubo diferencias en la tasa de parto ni en el peso de los recién nacidos entre los dos grupos.

El ensayo de Habek 2994 evaluó 36 mujeres con acupuntura frente a acupresión frente a acupuntura y acupresión simuladas.

Cuatro mujeres del grupo acupuntura y siete de los demás grupos necesitaron reposición hidroelectrolítica. Se administró metoclopramida endovenosa a una paciente del grupo acupuntura, dos del grupo acupresión, seis del grupo acupuntura simulada y cuatro pacientes del grupo acupresión simulada.

La eficacia del tratamiento fue del 90% con acupuntura, 63,6% con acupresión, 12,5 % con placebo acupuntura y 0% en acupresión simulada (esta medida de resultado era valorada por la paciente).

Los autores de los dos ensayos concluyeron que la acupuntura y acupresión en P6 comparado con fármacos mostraban beneficios similares en el manejo de hiperémesis gravídica, y ambas intervenciones activas fueron más efectivas que un placebo.

4. Resumen de la evidencia

- Vómitos y náuseas por quimioterapia

La electroacupuntura mostró beneficios comparada con el placebo, la acupresión parecía reducir la severidad de las náuseas y la electroestimulación no invasiva no presentó un efecto clínico relevante.

La evidencia disponible de los dos ensayos clínicos con acupuntura y acupresión para las náuseas y vómitos en la quimioterapia no es suficiente.

Se necesitan estudios bien diseñados a largo plazo comparando con antieméticos y placebo en las diferentes intervenciones.

- Vómitos y náuseas en el postoperatorio

La estimulación del punto de acupuntura P6 puede tener mayor valor para la prevención de las NVPO en los pacientes con un riesgo inicial alto que no reciben antieméticos profilácticos.

El número de estudios que compararon la estimulación del punto de acupuntura P6 con los fármacos antieméticos fue pequeño, el riesgo de náuseas (pero no de vómitos) fue inferior en los pacientes que recibieron estimulación del punto de acupuntura P6 que en los pacientes que recibieron tratamiento antiemético profiláctico.

Dos ensayos clínicos realizados en diferentes poblaciones y patologías quirúrgicas mostraron un beneficio similar de la acupuntura láser en los niños comparado con metoclopramida.

En pacientes con cirugía ginecológica la acupuntura en P6 podría ser efectiva.

- Vómitos y náuseas en el embarazo temprano

La evidencia de la acupuntura o la acupresión del punto P6 es mixta o contradictoria. No se ha demostrado claramente que sea más efectiva que la acupresión ficticia o simulada o que los consejos dietéticos y los relacionados con el estilo de vida estándar.

Dos ensayos clínicos en la hiperémesis gravídica mostraron beneficios comparables con la medicación habitual y mayores beneficios cuando se comparó con placebo.

Obesidad

1. Resultados de la búsqueda.

Revisiones sistemáticas

Se identificaron cinco revisiones (Ernst 1997, Lacey 2003, Liu 1995, Liu 2004, Pittler 2005), de las cuales se excluyeron tres: dos (Liu 1995, Lacey 2003) por ser revisiones no sistemáticas de la literatura y la tercera (Liu 2004) por estar publicada en chino. La revisión de Pittler 2005 es una revisión sobre las terapias complementarias en la reducción del peso corporal, que en acupuntura incluye una revisión sistemática previa (Ernst 1997) y tres ECA adicionales.

Ensayos clínicos aleatorizados

Se identificaron dos ensayos clínicos posteriores a la última revisión, ambos del mismo equipo investigador (Hsu 2005, Hsu 2005 (b)), que evaluaron la electroacupuntura frente a ejercicios frente a no intervención (Hsu 2005) y electroacupuntura frente a ejercicios (Hsu 2005 (b)). Este último estudio tuvo un diseño cruzado.

2. Calidad de la evidencia

Revisiones sistemáticas

Ambas revisiones sistemáticas (Ernst 1997, Pittler 2005) son de baja calidad, por la falta de datos metodológicos en el desarrollo de las mismas.

Debido a los diferentes diseños e intervenciones de los ensayos incluidos, ninguna de las revisiones realizó la combinación de los resultados a través de un metanálisis.

Ensayos clínicos aleatorizados

Ambos estudios son abiertos, no describieron el enmascaramiento de la asignación pero si el método de aleatorización y los motivos de las pérdidas, por lo que presentan una calidad moderada (Jadad 3). No realizaron análisis por intención de tratar.

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas

La revisión de Ernst 1997 incluyó cuatro ECA (n=270), tres de baja calidad (≤ 50) y uno de alta calidad (80), todos valorados con una escala referenciada ad hoc (0-100 puntos).

Los ensayos evaluaron auriculopuntura frente a intervención simulada y uno de ellos acupresión frente a intervención simulada. Dos estudios evaluaron sensación de hambre y los otros dos la reducción del peso.

Los resultados de los estudios presentaron una mejoría al límite de la significación en la reducción del peso. Faltan datos de precisión de los resultados (no hay medias, ni p, ni IC 95%)

En la revisión de Pittler et al se analizaron tres ECA (n=279), que evaluaron acupuntura frente a acupuntura simulada, acupuntura comparado con *oenothera erythrosepalae* y acupuntura frente a lista de espera y modificación de la conducta.

Todos eran de baja calidad y los resultados mostraron que no hubo diferencias en el IMC (Índice de Masa Corporal) entre los grupos evaluados excepto en un ensayo abierto (n=57) que observó una reducción significativa del IMC en el grupo acupuntura comparado con lista de espera.

Los autores concluyeron que no hay suficiente evidencia que respaldara el uso de acupuntura/acupresión en el tratamiento de la obesidad.

Ensayos clínicos aleatorizados

En el ensayo clínico de 6 semanas de duración (Hsu 2005) (n=72), se observó una reducción significativa del peso, el IMC y la circunferencia de cintura en el grupo electroacupuntura comparado con los demás grupos.

No hubo diferencias entre los otros grupos (ejercicios y no intervención).

El segundo ensayo (Hsu 2005 b) (n=54) fue cruzado. Cada intervención duró seis semanas y se observó una mejoría de los parámetros (peso, IMC y circunferencia de cintura) en el grupo electroacupuntura en la primera fase del cruzamiento (1-6 semanas), no así en la segunda fase (7-13 semanas). Sin embargo cuando se realizó el análisis global los resultados fueron favorables a la electroacupuntura.

4. Resumen de la evidencia

- No hay suficiente evidencia que respalde el uso de acupuntura en el tratamiento de la obesidad.
- No hay evidencia de que la acupuntura sea mejor que el placebo (acupuntura simulada) en la reducción del peso corporal.
- Dos ensayos del mismo equipo investigador, con escaso número de pacientes en cada grupo (<30) y de corta duración (6 semanas) mostraron un beneficio a favor de la electroacupuntura comparado con ejercicios y con no intervención.

Parálisis de Bell

1. Resultados de la búsqueda.

Revisiones sistemáticas

Se identificaron cuatro revisiones (He 1995, He 2004, He 2005, Zhou 2005), de las cuales se excluyeron tres. Una revisión (He 1995) fue excluida por ser una revisión narrativa. Dos revisiones (He 2005, Zhou 2005) fueron excluidas por estar publicadas en chino. La revisión de (He 2005) era un comentario de la revisión Cochrane del mismo autor.

Ensayos clínicos aleatorizados

Se identificaron 16 estudios (Gao 2005, Jiang 2005, Li H 2005, Li L 2005, Li W 2005, Li Y 2004 (a) (b), Li Y 2005, Qu Q 2005, Qu Y 2005, Shui 2006, Wong 2004, Wu 2006, Xu 2006, Zhang 2005, Zhao 2005), de los cuales sólo se incluyó un ensayo (Li Y 2004), ya que el resto de los estudios no se pudieron analizar por estar publicados en chino.

2. Calidad de la evidencia

Revisiones sistemáticas

La revisión (He 2004) es de buena calidad, aunque debido a la amplia variabilidad clínica detectada en los diferentes ensayos incluidos no realizó una combinación de los resultados a través de un metanálisis.

Ensayos clínicos aleatorizados

El ensayo incluido (Li Y 2004), es de calidad moderada (Jadad 3) con un enmascaramiento adecuado de la asignación, y un diseño simple ciego.

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas

La revisión analizó tres ensayos, (n=288) todos de baja calidad por falta de datos metodológicos. Los estudios fueron a corto plazo y compararon acupuntura frente tratamiento farmacológico (esteroides, vitaminas).

Los tres ensayos mostraron un efecto significativa beneficioso de la acupuntura (tasas de curación, de mejoría y de no efecto).

Si bien todos los resultados fueron favorables, la baja calidad de los estudios, la falta de datos de las técnicas empleadas y las dosis de los fármacos utilizados y la heterogeneidad que no permitió realizar metanálisis, impidieron elaborar conclusiones válidas.

El primer estudio (Shao 1999) (n=108) comparó dos grupos: el grupo experimental (acupuntura combinada con fármacos, dexametasona, vitamina B1, vitamina B12, vitamina CDP Bp y ribavirina) y el grupo control (los mismos fármacos).

Los autores observaron una diferencia significativa entre los grupos experimental y control en la tasa de curación ($p<0,01$) y en la tasa de efectividad total ($p<0,05$).

En el segundo estudio (Liu 1996) (n= 130) la inserción superficial múltiple de agujas en 12 puntos específicos documentados se comparó con un grupo control que recibió farmacoterapia (deltacortone, vitamina B y Dibalzol).

Hubo una diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo control en cada uno de los resultados del estudio (tasa de curación, tasa de efectividad, tasa de ineficacia y tasa efectividad total) ($p<0,01$), de tal manera que el efecto terapéutico en el grupo de acupuntura fue superior al del grupo de fármacos.

El tercer estudio (Yu 1999) (n=50) comparó el efecto del tratamiento con acupuntura en el grupo experimental con el de la farmacoterapia (Vitamina B, esteroide y medicina china pero los detalles no se informaron) en el grupo control.

Los resultados de tasas de curación, efectividad y efectividad total fueron significativamente favorables al grupo acupuntura ($p<0,01$).

Los autores concluyeron que la calidad de los ensayos incluidos no permitía proporcionar una conclusión válida sobre la eficacia de la acupuntura.

Ensayos clínicos aleatorizados

El estudio (Li Y 2004) incluyó 480 pacientes en tres grupos de intervenciones: acupuntura y moxibustión frente a acupuntura y fármacos (vitamina B1,

B12, prednisona y dibazole) frente a control, por cuatro semanas y luego un seguimiento a los 3 y 6 meses.

La diferencia en la eficacia (tasa de curación, mejoría importante y de mejoría) de los tres grupos fue estadísticamente significativo ($p=0,018$) (análisis intragrupo).

Sólo hubo una diferencia significativa entre el grupo de acupuntura más moxibustión y el grupo control ($p=0,005$).

Hubo una mayor tasa de mejoría (recuperación) en el grupo de pacientes que presentaba una parálisis leve comparado con el grupo de parálisis severa ($p=0,000$). El mismo resultado se observó en los pacientes con parálisis aguda comparado con los que presentaban una evolución crónica. ($p=0,000$).

Al final del ensayo hubo una mejoría significativa de la puntuación del House-Brackmann Scale (HBS) y del Facial Disability Index (FDIP) en los grupos de acupuntura comparados con el grupo control ($p<0,005$).

Seguimiento

A los 3 y 6 meses se redujo el número de pacientes en seguimiento, aunque al final se observó que no hubo diferencias entre los tres grupos. Todos los pacientes mostraron una mejoría de la función del nervio facial llegando a un grado III o mayor de la escala de House-Brackmann (HBS). La puntuación del FDIP fue mejor en el grupo de acupuntura y moxibustión comparado con los otros dos a los 6 meses.

4. Resumen de la evidencia

- La evidencia sobre la eficacia de la acupuntura en el tratamiento de la parálisis de Bell, es limitada (por la baja calidad de los ensayos) y escasa.
- El ensayo clínico posterior a la revisión mostró una mejoría a las cuatro semanas de los grupos de acupuntura y combinación (acupuntura, vitaminas y esteroides) comparado con el grupo control. Estas diferencias desaparecieron en el seguimiento a los 3 y 6 meses.

Problemas obstétricos (presentación no cefálica)

1. Resultados de la búsqueda.

Revisiones sistemáticas

Se identificaron tres revisiones (Boog 2004, Coyle 2005, van der Berg 2005), de las cuales se excluyeron dos. La revisión de van der Berg 2005 se excluyó por ser un abstract de congreso de una revisión sistemática que incluyó en su análisis estudios clínicos controlados y estudios cohortes, y la segunda revisión (Boog 2004) por ser una revisión narrativa.

La revisión Cochrane (Coyle 2005) analiza estudios con moxibustión, electroacupuntura y acupuntura para la versión cefálica de embarazos en tercer trimestre con presentación no cefálica.

Ensayos clínicos aleatorizados

Se identificó un ensayo clínico (Cardini 2005) que reproducía en una población hospitalaria de Italia un estudio realizado por el mismo autor en China (Cardini 1998), ya incluido en la revisión de Coyle 2005. El autor evaluó observación frente a moxibustión en el punto de acupuntura BL67 durante una a dos semanas en mujeres gestantes nulíparas de 32-33 semanas con presentación podálica del feto.

2. Calidad de la evidencia

Revisiones sistemáticas

La revisión (Coyle 2005) es de buena calidad, aunque debido a la amplia variabilidad clínica detectada en los diferentes ensayos incluidos no realizó una combinación de los resultados a través de un metanálisis.

Ensayos clínicos aleatorizados

Es un estudio de calidad moderada (Jadad de 3) con un buen enmascaramiento de la asignación de las intervenciones, y un diseño ciego simple (el evaluador desconocía las intervenciones recibidas).

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas

La revisión analizó tres ensayos, que presentaron deficiencias metodológicas, no se realizó combinación de los resultados.

Moxibustión frente a no tratamiento.

En el estudio de Cardini 1998 (n=260) la intervención se aplicó durante siete días. El grupo activo tuvo menos presentación no cefálica (RR=0,55 IC 95% 0,38 a 0,81), comparado con el grupo control.

La moxibustión disminuyó la necesidad de VCE (Versión Cefálica Externa) en comparación con el grupo control (RR 0,47 IC 95% 0,33 a 0,66). También disminuyó la necesidad de uso de la oxitocina antes o durante el trabajo de parto en las mujeres que fueron a parto vaginal (RR 0,28 IC 95% 0,13 a 0,60)

Al final del estudio una mujer del grupo activo recibió versión cefálica externa (VCE) sin éxito y en el grupo control 24 mujeres recibieron VCE, 19 de las cuales con éxito.

No hubo diferencias en la incidencia de APGAR menor de 7 a los 5 minutos (RR 0,07 IC95% 0,00 a 1,16), ni en la ruptura prematura de membranas (RR 0,33 IC95% 0,11 a 1,01) o en la muerte intrauterina intrafetal (RR 0,33 IC95% 0,01 a 8,11).

No hubo diferencias en la tasa de cesáreas entre los grupos (RR 0,98 IC95% 0,71 a 1,36).

En el estudio de Li 1996 (n=111) (seis sesiones) se observaron menos pacientes con presentación no cefálica en el grupo activo que en el grupo control (RR=0,30 IC95% 0,16 a 0,55).

Moxibustión comparado con electroacupuntura

En el estudio de Li 1996 no hubo diferencias en la presentación no cefálica de ambos grupos, en el parto (RR 1,33 IC 95% 0,58 a 3,09).

Moxibustión + acupuntura frente a no tratamiento

El estudio de Neri 2004 (n=240) mostró que el grupo activo tuvo menos presentación no cefálica (RR 0,73 IC 95% 0,57 a 0,94), comparado con el grupo control. También se observó una menor tasa de cesárea en el grupo activo comparado con el control (RR 0,79 IC 95% 0,64 a 0,98).

Los autores concluyeron que la evidencia no era suficiente para respaldar que el uso de moxibustión corrija la presentación no cefálica. Los resultados sugerían que la moxibustión podría ser efectiva en reducir la necesidad de utilizar la versión cefálica externa. Son necesarios más estudios bien diseñados para evaluar esta intervención.

Ensayos clínicos aleatorizados

El ensayo de Cardini 2005, (n=123) evaluó moxibustión comparada con observación, durante dos semanas.

No hubo diferencias en la presentación cefálica en los dos grupos al momento del parto (52% frente a 51% grupo moxibustión y control respectivamente).

En el recuento de los movimientos (actividad fetal) hubo una mayor actividad en el grupo activo pero sin diferencias significativas.

En el grupo moxibustión hubo dos partos pretérmino (uno por rotura prematura de membrana después de cinco días de tratamiento y el segundo luego de una relación coital después de diez días de tratamiento). Hubo un caso de sangrado posterior a la maniobra de versión externa.

En el grupo control no hubo casos de rotura prematura de membrana pero hubo un parto en la semana 37 por placenta abrupta en el seno marginal.

Un análisis de todas las mujeres incluidas en el estudio mostró que los fetos con piernas extendidas en la primer ecografía presentaron un menor porcentaje de versión cefálica que los que presentaban piernas flexionadas: 18/68 (27%) frente a 22/48 (46%).

Las mujeres menores de 31 años presentaron mejores resultados finales que las mayores de 31 años, independientemente del grupo asignado. A la semana 35 hubo un cambio de posición fetal en 25/56 (45%) mujeres jóvenes vs 17/64 (27%) mujeres mayores.

Hubo más versiones cefálicas a la semana 35 en mujeres con bajo nivel educacional comparado con alto nivel educacional o educación universitaria: 14/30 (47%) frente a 28/89 (29%) respectivamente.

4. Resumen de la evidencia

- Hasta la fecha la evidencia no es suficiente para respaldar el uso de acupuntura, electroacupuntura y la moxibustión en la presentación no cefálica de las embarazadas de tercer trimestre.
- El ensayo clínico detectado no mostró beneficios de la moxibustión en embarazadas italianas.

Problemas obstétricos (inducción del trabajo de parto)

1. Resultados de la búsqueda.

Revisiones sistemáticas

Se identificaron dos revisiones. Una (Fugh-Berman 2003) se excluyó por no evaluar la calidad de los estudios incluidos y por incluir el mismo ensayo

clínico que analiza la revisión de Smith 2004. Ésta es una revisión sistemática Cochrane que evaluó la eficacia de la acupuntura para la inducción del trabajo de parto en embarazadas del tercer trimestre.

Ensayos clínicos aleatorizados

Se identificó un ensayo clínico (Ziaei 2006) que evaluó la acupuntura en el manejo del dolor y del trabajo de parto.

2. Calidad de la evidencia

Revisiones sistemáticas

La revisión es de buena calidad, aunque debido a la inclusión de un solo ensayo clínico no se pudo realizar combinación de los resultados a través de un metanálisis.

Ensayos clínicos aleatorizados

Al ser una comunicación breve, faltan muchos datos metodológicos, con los datos disponibles la calidad es baja (Jadad 1) con un enmascaramiento que no se describe (B).

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas

La revisión (Smith 2004) analiza un ensayo clínico de baja calidad, con 56 pacientes inicialmente incluidas y un 20% de pérdidas. Los autores evaluaron acupuntura (dos puntos bilaterales por 20 minutos en una única sesión) frente a no acupuntura.

En el grupo de acupuntura, el trabajo de parto se indujo en una mujer a causa de anomalías en el corazón del feto y se realizaron dos inducciones debido a la rotura prematura de membranas.

En el grupo control, la inducción del trabajo de parto fue electiva en dos casos, tres mujeres recibieron inducción del trabajo de parto por rotura prematura de membranas, y en tres mujeres se indujo el trabajo de parto debido a patrones anormales de frecuencia cardíaca fetal. Dado que no estaban disponibles los datos acerca de las exclusiones posteriores a la asignación aleatoria, y no se pudo llevar a cabo un análisis por intención de tratar (Rabl 2001), no se pudieron incorporar los resultados en esta revisión.

Los autores concluyeron que no hay evidencia que respalde el uso de acupuntura en la inducción del trabajo de parto.

Ensayos clínicos aleatorizados

El estudio (Ziaei 2006) evaluó 90 pacientes en tres grupos diferentes (acupuntura frente a acupuntura simulada frente a no intervención durante el trabajo de parto).

Se observó que no hubo diferencias entre los tres grupos en la puntuación del dolor y en la puntuación de la relajación evaluadas a la 1º y 2º fases del trabajo de parto.

La duración del trabajo de parto tampoco presentó diferencias entre los grupos en las dos fases.

No hubo diferencias entre los grupos en la tasa de cesárea ni en el peso del recién nacidos.

La necesidad de inducir el trabajo de parto con oxitocina se observó más en los grupos controles (simulado y control) comparado con el grupo acupuntura

4. Resumen de la evidencia

- No hay evidencia sobre la efectividad de la acupuntura en la inducción del trabajo de parto (basado en los resultados de un ensayo de baja calidad, escaso número de pacientes y alta tasa de pérdidas)
- En el ensayo clínico recientemente publicado la acupuntura no mostró ningún efecto significativo en el manejo del dolor ni en el grado de relajación durante el trabajo de parto.
- Son necesarios más estudios bien diseñados que evalúen variables de resultados clínicamente relevantes.

Patologías prostáticas

1. Resultados de la búsqueda.

Revisiones sistemáticas

Se identificó una revisión sobre prostatitis crónica (Capodice 2005) pero se excluyó por no ser sistemática.

Ensayos clínicos aleatorizados

Se identificaron tres ensayos clínicos (Meggelen van 1998, Ricci 2004, Yu 2005). Se excluyó un ensayo (Meggelen van 1998) por estar publicado en idioma danés.

El ensayo de Ricci 2004 evaluó la acupuntura reflexoterápica en el manejo de los síntomas sensitivos miccionales posterior a la resección de

próstata por vía transuretral, y el ensayo de Yu 2005 evaluó la eficacia de la acupuntura en la prostatitis crónica.

2. Calidad de la evidencia

Ensayos clínicos aleatorizados

Los dos ensayos fueron de baja calidad (Jadad de 1), no describieron el método de aleatorización, ni el enmascaramiento de la asignación, además fueron abiertos y no incluyeron datos claros sobre el motivo de los abandonos y/o pérdidas.

3. Eficacia de la acupuntura

Ensayos clínicos aleatorizados

El e pica frente a control (no intervención) frente a oxibutinina en 54 pacientes con síntomas sensitivos miccional (urgencia miccional) posterior a la resección de próstata por vía transuretral, por cuatro semanas.

A los 3 y 12 meses la media del volumen prostático no se modificó significativamente en ninguno de los tres grupos.

Hubo una mejoría significativa del *International Prostate Symtoms Score* (I-PPS) y *Quality of Life* (I-PPS QoL) a los 3 y 12 meses sólo en el grupo acupuntura ($p < 0,001$) (análisis intragrupo).

El número de micciones diarias no se modificó en el grupo control, disminuyó un 8% en el grupo de oxibutinina y un 20% en el grupo acupuntura.

El número de micciones nocturnas no disminuyó en el grupo control, disminuyó un 20% en el grupo oxibutinina y un 60% en el grupo acupuntura.

Los autores no ofrecen datos de significancia y precisión (p valor, IC 95%).

La adherencia al tratamiento recibido fue del 70% grupo control, 79%, grupo Oxibutinina y del 87% en el grupo acupuntura.

En el estudio de Yu 2005 evaluó acupuntura y moxibustión vs acupuntura sola en 200 pacientes con prostatitis crónica. Las medidas de resultados no están bien definidas.

Hubo una tasa de efectividad a favor del grupo activo (acupuntura más moxibustión) 100% frente a 91% del grupo control (acupuntura) ($p < 0,05$) y una mejoría significativa de los parámetros ecográficos a favor del grupo combinado de acupuntura más moxibustión ($p < 0,05$) (análisis intragrupo).

Ambos estudios son de baja calidad y con sesgos metodológicos de consideración.

4. Resumen de la evidencia

- No hay suficiente evidencia (dos ensayos de baja calidad) que respalde el uso de acupuntura en el tratamiento de los síntomas prostáticos.

Síntomas relacionados con el climaterio

1. Resultados de la búsqueda.

Revisiones sistemáticas

Se identificaron cinco revisiones (Carpenter 2005, Kang 2002, Kronenberg 2002, Nelson 2005, White 2003), de las cuales se excluyeron tres (Kang 2002, Kronenberg 2002, White 2003) porque analizaban artículos que están incluidos en las dos revisiones que se describen.

Las revisiones incluidas identificaban cuatro ECA (Nelson 2005) y cinco ECA (Carpenter 2005). Carpenter incluyó los cuatro trabajos de Nelson, pero presentó los de los datos de los ensayos de forma más pobre.

Ensayos clínicos aleatorizados

Se identificó un ensayo clínico (Nedstrand 2005) que evaluó en 38 pacientes el efecto de la relajación y la electroacupuntura por 12 semanas en los sofocos y síntomas menopáusicos en mujeres con cáncer de mama, con un seguimiento posterior a 6 meses.

2. Calidad de la evidencia

Revisiones sistemáticas

La revisión de Nelson 2005 es un informe de evaluación de tecnologías, de buena calidad, aunque debido a la variabilidad de los diseños y grupos de intervenciones no realizó una combinación de los resultados a través de un metanálisis.

La segunda revisión (Carpenter 2005) evalúa diversas intervenciones complementarias y alternativas para el manejo de los síntomas menopáusicos, es de mala calidad, no describe bien la metodología ni menciona si realizó análisis de la calidad de los estudios.

Ensayos clínicos aleatorizados

El ensayo incluido es de baja calidad (Jadad de 2), con un enmascaramiento adecuado. Es abierto y no describe el método de aleatorización utilizado. Tiene un bajo número de pacientes incluidos en cada rama del estudio (<20) y un alto porcentaje de pérdidas en una de las ramas (26%)

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas

Una revisión (Nelson 2005) incluyó cuatro ensayos (Sandberg 2002, Cohen 2003, Wyon 1995, Wyon 2004) y la segunda revisión (Carpenter 2005) incluye los mismos estudios más un quinto ensayo (Ping 1998). Todos los ensayos son de baja calidad metodológica.

Cohen 2003, (n=17) evaluó acupuntura comparada con acupuntura tónica general por nueve semanas y tres semanas más de seguimiento. Observó una mejoría del 30% de los sofocos y una mejoría del sueño en el grupo tratamiento (análisis intragrupo) y una mejoría del estado anímico en los dos grupos.

No hubo diferencias entre los grupos.

Ping 1998 (n=56) evaluó acupuntura frente a estriol por tres semanas y luego vitamina B6 y diazepam; ambos grupos mejoraron, pero fue mayor la mejoría en el grupo acupuntura ($p<0,01$).

Sandberg 2002 (n=30) evaluó electroacupuntura frente a acupuntura superficial por 24 semanas. La electroacupuntura mejoró el estado anímico a las 12 semanas ($p<0,05$) y 24 semanas ($p<0,01$) comparado con la acupuntura superficial. En los síntomas climatéricos y en la valoración subjetiva de los síntomas no hubo diferencias entre los grupos.

Wyon 1995 (n=21) evaluó electroacupuntura frente a acupuntura superficial por ocho semanas. Ambos grupos mejoraron el sofoco (>50% de reducción) pero no hubo diferencias entre los grupos en ninguna de las variables medidas.

Wyon 2004 (n=45) evaluó electroacupuntura comparada con acupuntura superficial comparada con estrógenos conjugados por 12 semanas. Los tres grupos mejoraron el índice de Kupperman, la escala visual analógica y el informe diario de los síntomas (análisis intragrupo). Pero sólo el grupo que recibió estrógenos mejoró en forma significativa los sofocos comparado con los otros dos grupos.

Este informe tecnológico concluye que la acupuntura no mejoró los sofocos, los síntomas menopáusicos, las alteraciones del sueño y el estado anímico comparado con acupuntura no específica, estrogenoterapia e inserción superficial de agujas.

Los autores concluyen que no hay suficiente evidencia que respalde el uso de acupuntura en el tratamiento sintomático de la menopausia. Existe una gran variabilidad en las intervenciones, en las medidas de resultados, además son ensayos de corta duración. Los resultados son poco consistentes entre sí.

Ensayos clínicos aleatorizados

Relajación

Hubo una reducción significativa de los sofocos en el grupo relajación a partir de la 4ª semana, de 9,2 (IC 95% 6,6 a 11,9) a 4,5 (IC95% 3,2 a 5,8) a las 12 semanas y a 3,9 (IC 95% 1,8 a 6,0) a los 6 meses ($p < 0,001$)

El índice de Kupperman se redujo de 25 (IC95% 21,9 a 28,0) a 13,5 (IC95% 9,5 a 17,4) ($p < 0,001$) a las 12 semanas y a 13,1 (IC 95% 10,4 a 15,8) a los 6 meses ($p < 0,001$).

Electroacupuntura

Hubo una reducción significativa de los sofocos en el grupo electroacupuntura a partir de la 4ª semana, de 8,4 (IC 95% 6,6 a 10,2) a 4,1 (IC 95% 3,0 a 5,2) a las 12 semanas y a 3,5 (IC 95% 1,7 a 5,3) a los 6 meses ($p < 0,0001$)

El índice de Kupperman se redujo de 24,6 (IC 95% 21,1 a 28,0) a 7,3 (IC 95% 11,2 a 18,7) ($p < 0,001$) a las 12 semanas y a 14,6 (IC 95% 11,1 a 18,2) a los 6 meses ($p < 0,001$).

4. Resumen de la evidencia

- La evidencia sobre el uso de acupuntura en el manejo de los diferentes síntomas menopáusicos es poco consistente.
- No hay evidencia sobre la eficacia de la acupuntura comparada con placebo (acupuntura simulada) en el manejo de los síntomas climatéricos (ningún ensayo realizó esta comparación).
- Un ensayo clínico de baja calidad metodológica mostró una mejoría intragrupo con electroacupuntura y terapia de relajación en los sofocos y en el índice de kupperman en 31 mujeres con cáncer de mama. La evidencia es muy limitada.

Tabaquismo

1. Resultados de la búsqueda.

Revisiones sistemáticas

Se identificaron siete revisiones (Ashenden 1997, Davoli 2002, Luckmann 2001, Miller 2003, White 1999, White 2006, Willemsen 2003,) de las cuales se excluyeron cinco. Cuatro de las revisiones excluidas (Davoli 2002, Luckmann 2001, Miller 2003, Willemsen 2003) eran comentarios de otras revisiones, mientras que la de White 1999 era una versión de la revisión Cochrane White 2006.

Ensayos clínicos aleatorizados

No se identificaron nuevos ensayos clínicos.

2. Calidad de la evidencia

Revisiones sistemáticas

Las revisiones incluidas son de buena calidad (Ashenden 1997, White 2006) y ambas metanalizaron los resultados. La revisión de Ashenden 1997 incluyó 9 ensayos y la de White 2006 analizó 24 ensayos.

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas

En la primera revisión (Ashenden 1997) (n=2707), incluyeron nueve ensayos clínicos, que compararon diversas intervenciones: acupuntura vs no acupuntura, acupuntura vs placebo, acupuntura vs lista de espera, acupuntura vs hipnosis, electroacupuntura vs placebo, acupuntura vs terapia grupal y acupuntura vs chicle de nicotina. La calidad de la mayoría de los estudios fue baja.

Acupuntura comparada con control comparada con placebo o no acupuntura

Cese del tabaquismo

A los 6 meses (n=5 estudios) con 327 pacientes, la acupuntura fue más eficaz en el cese del tabaquismo comparado con otras intervenciones, el OR global fue de 1,48 (IC 95% 1,13 a 1,94).

A los 12 meses (n=4 estudios) con 1981 pacientes el efecto se mantuvo, OR de 1,47 (IC 95% 1,10 a 1,98).

El riesgo de abandono del hábito tabáquico fue mayor (OR 2,41 (IC95% 1,52 a 3,83)) en el grupo acupuntura comparado con no acupuntura, siendo no significativo en las comparaciones de acupuntura comparada con placebo o simulado (OR 1,16 (IC 95% 0,90 a 1,49))

Acupuntura comparada con terapia grupal

Cese del tabaquismo

Dos ensayos con 332 pacientes mostraron un resultado favorable al grupo acupuntura, OR de 2,23 (IC 95% 1,16 a 4,28)

Acupuntura comparada con otras terapias

Cese del tabaquismo

Dos ensayos (n=1425) de acupuntura comparada con chicle de nicotina, un estudio (n=64) que comparó con terapia conductual, otro estudio (n=24) con terapia individual, y otro estudio (n=22) que comparó acupuntura con hipnosis no mostraron diferencias entre los grupos. No hay datos sobre el período de seguimiento de estos ensayos.

Los autores concluyen que no hay datos suficientes para sacar conclusiones válidas sobre la eficacia de la acupuntura en la deshabituación tabáquica.

En la segunda revisión (White 2006) (n=4749) incluyó 24 ensayos clínicos que compararon acupuntura, electroacupuntura con diferentes intervenciones.

Acupuntura comparada con lista de espera/ninguna intervención

Resultados a corto plazo:

Los resultados de dos estudios (n=170) mostraron heterogeneidad estadística muy marcada ($I^2 = 88\%$) y por consiguiente no se combinaron. Ambos estudios usaron acupuntura auricular, pero uno usó tratamiento mantenido con montantes permanentes y el otro usó agujas auriculares sólo durante las sesiones de tratamiento. El primero con tratamiento mantenido fue positivo, mientras que el segundo fue negativo, lo que sugiere que parte de la heterogeneidad puede ser explicada por la diversidad de las técnicas.

Resultados a largo plazo:

Tres estudios (n=393) proporcionaron datos de resultados a largo plazo (seis a 12 meses). La combinación de estos resultados no mostró un efecto significativo de la acupuntura OR 1,91; IC95% 0,98 a 3,70 y hubo todavía pruebas de alguna heterogeneidad ($I^2 = 57\%$).

Acupuntura comparada con acupuntura simulada

Resultados a corto plazo:

Se combinaron los 12 estudios (n=1594) que midieron los resultados a corto plazo de la acupuntura en comparación con la acupuntura simulada (excluidos los cuatro estudios con puntos activos en el grupo de control) para dar un resultado positivo general (OR 1,36; IC95% 1,07 a 1,72) pero con heterogeneidad significativa ($I^2 = 57\%$). La combinación de los estudios con un modelo de efectos aleatorios más conservador eliminó la significación de la estimación agrupada (OR 1,50; IC95% 0,98 a 2,30). Un estudio de tamaño moderado (n=117) mostró un beneficio grande (OR = 7) y significativo (Lacroix 1977), pero no se pudo encontrar ninguna característica clínica particular que explicara este resultado excepcional, aunque se observa que no se informaron las características de los grupos al inicio, por lo que no se puede excluir que la desigualdad entre los grupos en las variables predictivas fuese un factor de confusión de los resultados. Se realizó un análisis de sen-

sibilidad con la omisión de este estudio. El OR agrupado de los 15 estudios restantes es 1,14 (IC 95% 0,89 a 1,47) y no hubo más pruebas de heterogeneidad ($I^2 = 0\%$).

El análisis de subgrupos de los 16 estudios que compararon la acupuntura con la acupuntura simulada, incluidos los cuatro estudios que posiblemente usaron controles activos, produce un valor muy similar de OR de 1,33; IC 95% 1,07 a 1,65; que sugiere que este problema metodológico tiene poco efecto. Lacroix 1977 también contribuyó a la heterogeneidad de este subgrupo, y cuando se excluyó se eliminó nuevamente el resultado beneficioso significativo a corto plazo (OR 1,15; IC 95% 0,92 a 1,45).

El análisis de sensibilidad con la exclusión de los estudios sin ocultación adecuada de la asignación dejó sólo un estudio que no mostró ninguna diferencia entre la acupuntura y la acupuntura simulada. De los 16 estudios en este grupo, sólo cuatro aplicaron la interacción mínima en el diseño del estudio, y sólo tres comprobaron bioquímicamente el resultado.

Resultados a largo plazo:

Los seis estudios ($n=1050$) con comparaciones a largo plazo (seis a 12 meses) de la acupuntura y la acupuntura simulada no muestran ninguna diferencia del efecto de la acupuntura comparada con la simulación (OR 0,99; IC 95% 0,68 a 1,44) y no hubo pruebas de heterogeneidad significativa ($I^2 = 39\%$). El subgrupo que incluyó controles posiblemente activos tuvo una estimación agrupada similar.

Acupuntura comparada con otras intervenciones, y acupuntura como un complemento

El efecto de la acupuntura no mostró ser diferente del efecto del tratamiento de reemplazo con nicotina (un estudio) o del asesoramiento y los enfoques psicológicos (tres estudios) a corto o a largo plazo. Como un tratamiento adyuvante, la acupuntura administrada además del chicle de nicotina no fue más efectiva que la acupuntura simulada y el chicle de nicotina en un estudio. En combinación con el asesoramiento y el enfoque psicológico, la acupuntura no fue superior al material de ilustración aunque un estudio que fue informado de una manera no interpretable declaró que una combinación de acupuntura y educación fue superior a la acupuntura sola o a la educación sola.

Se compararon cuatro técnicas diferentes de acupuntura entre sí y con la acupuntura simulada. Ninguna de las comparaciones alcanza significación estadística,

Intervenciones relacionadas con la acupuntura

Tian 1996 usó acupresión de la oreja sola para el abandono del hábito de fumar, y fue significativamente superior al asesoramiento. Otros dos estudios

usaron la acupresión combinada con acupuntura o electroacupuntura y se incluyeron en los análisis anteriores.

Un estudio en fumadores adolescentes encontró que el tratamiento con láser verdadero no era superior al láser de placebo, al final del tratamiento o después de seis meses.

Dos estudios de electroestimulación encontraron que su efectividad no fue diferente a la del placebo al final del tratamiento (OR 1,23; IC 95% 0,72 a 2,09).

Los autores concluyeron que no hay pruebas consistentes sobre la efectividad de la acupuntura, la acupresión, la terapia con láser o la electroestimulación para el abandono del hábito de fumar mayor que un efecto placebo.

4. Resumen de la evidencia

- No hay suficiente evidencia que respalde el uso de acupuntura (y técnicas relacionadas: acupresión, acupuntura láser, auriculopuntura, electroacupuntura, estimulación del hueso mastoideo) en el tratamiento de la deshabituación tabáquica.
- La acupuntura comparada con placebo (acupuntura simulada) en la revisión Cochrane da un efecto positivo a corto plazo (< 6 meses) pero con variabilidad considerable entre los estudios combinados.

Tinnitus

1. Resultados de la búsqueda.

Revisiones sistemáticas

Se identificaron tres revisiones (Dobie 1999, Meehan 2004, Park 2000,) de las cuales se excluyeron dos. La primera revisión se excluyó (Dobie 1999) por ser una revisión de la literatura de los ensayos clínicos en tinnitus de todas las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. La segunda revisión excluida (Meehan 2004) no valoró la calidad de los estudios.

Ensayos clínicos aleatorizados

Se identificaron dos ensayos clínicos (Nebeska 1999, Nielsen 1999) posteriores a la última revisión. Ambos estudios se excluyeron: uno (Nebeska 1999) por no ser aleatorizado, sólo describe 16 pacientes que reciben tratamiento placebo y luego la acupuntura, y además es abierto. El otro (Nielsen 1999) está publicado en idioma danés.

2. Calidad de la evidencia

Revisiones sistemáticas

La revisión (Park 2000) es de buena calidad, aunque debido a la amplia variabilidad clínica detectada en los diferentes ensayos incluidos no se realizó una combinación de los resultados a través de un metanálisis.

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas

La revisión analizó seis ensayos (n=185), de los cuales dos fueron de diseño paralelo y cuatro fueron cruzados.

Tres estudios (Hansen 1982, Marks 1984, Vilholm 1998) fueron de moderada a buena calidad (Jadad ≥ 3)

Un ensayo abierto (Podoshin 1991) (n=58) comparó cinco grupos: electroacupuntura frente a biofeedback frente a cinnarizine frente a placebo cinnarizine y frente a placebo biofeedback, por 10 semanas. Se observó un porcentaje de mejoría del 30% en electroacupuntura, 10% en cinnarizine, 0% en placebo biofeedback, 10% en placebo de cinnarizine y 50% en el grupo de biofeedback. Estas diferencias no fueron significativas (NS).

En un ensayo abierto (Furugard 1998), de 22 pacientes (sin datos sobre el tiempo de aplicación de las intervenciones) la acupuntura fue mejor (síntomas del tinnitus medidos con EVA y en el Nottigham Health Profile NHP) que la fisioterapia. En el control de los 12 meses, los resultados no fueron diferentes a los valores basales.

En los demás ensayos no se observaron diferencias entre los grupos evaluados: Hansen 1982 (n=17) y Vilholm 1998 (n=54) que compararon acupuntura comparada con acupuntura simulada; Marks 1984 (n=14) que comparó electroacupuntura con electroacupuntura simulada y Axelsson 1994 (n=20), que comparó acupuntura con electroacupuntura simulada .

Los autores de la revisión concluyeron que no hay suficiente evidencia que respalde el uso de acupuntura en el tratamiento del tinnitus.

4. Resumen de la evidencia

- No hay suficiente evidencia que respalde el uso de acupuntura en el tratamiento del tinnitus.

Xerostomía

1. Resultados de la búsqueda.

Revisiones sistemáticas

Se identificaron dos revisiones sistemáticas (Brennan 2002, Jedel 2005).

Se excluyó una de ellas (Brennan 2002) por incluir diferentes intervenciones y no discriminar los resultados según cada tipo de intervención; además identificó tres ensayos clínicos que están incluidos y analizados en la revisión de Jedel 2005.

Ensayos clínicos aleatorizados

No se identificaron ensayos clínicos posteriores a los incluidos en la revisión analizada.

2. Calidad de la evidencia

Revisiones sistemáticas

La revisión (Jedel 2005) es de baja calidad, faltan datos metodológicos, la búsqueda bibliográfica es limitada (sólo dos bases de datos y sólo idioma inglés).

Debido a la amplia variabilidad clínica detectada en los diferentes ensayos incluidos no se realizó una combinación de los resultados a través de un metanálisis.

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas

La revisión analizó tres ensayos (Blom 1992, Blom 1996, List 1998), (n=79) de los cuales, dos son de baja calidad (Blom 1992, List 1998) y uno de alta calidad (Blom 1996).

De los tres ensayos, dos (n=59) mostraron que no hubo diferencias entre los grupos evaluados y el tercero (n=20) mostró resultados favorables a la acupuntura (aumento del flujo salival).

No hay datos sobre cómo se midió el flujo salival en cada ensayo.

Los autores concluyeron que no hay suficiente evidencia que respalde el uso de acupuntura en el tratamiento sintomático de la xerostomía.

4. Resumen de la evidencia

- No hay suficiente evidencia que respalde el uso de acupuntura en el manejo de la xerostomía.

Evaluación de la seguridad del tratamiento con acupuntura en las patologías incluidas

Se debe destacar que no fue el objetivo de la revisión hacer una evaluación de los riesgos y el análisis de los acontecimientos adversos en la acupuntura. Para este fin el diseño de los estudios difiere de forma substancial y diseños como cohortes prospectivas, estudios de casos y controles o registros hospitalarios son válidos, pero no se incluyeron en esta revisión global.

Los resultados y las conclusiones para este apartado se deben tomar con precaución, dado que provienen de las revisiones y ensayos clínicos incluidos en este informe. En el Anexo III se detallan los acontecimientos adversos publicados en los estudios en diferentes situaciones de salud.

Para detallar, llama la atención la falta de información sobre este ítem que se percibe en los estudios, un 57% (44 / 78 estudios) no ofreció datos sobre acontecimientos adversos.

Los acontecimientos adversos fueron de leve a moderada intensidad, siendo los más frecuentes: el dolor en el sitio de punción, la ansiedad, los mareos, las cefaleas, la fatiga y la equimosis en los sitios de punción.

Discusión

En este documento se ha tratado de discernir en la medida de lo posible la potencial eficacia de la acupuntura para el manejo de la cefalea y de diferentes patologías o situaciones de salud. Para ello se han realizado inicialmente dos revisiones globales una sobre la eficacia de la acupuntura en el dolor de la que se extrajeron los resultados para la cefalea y otra sobre la eficacia de la acupuntura en cualquier patología o situación de salud en la cual el dolor no sea el síntoma principal y se procedió a la actualización de las mismas.

Por revisión global (overview) se entiende la compilación de las revisiones sistemáticas existentes para sintetizar la mejor evidencia disponible sobre el tema en cuestión. Es decir, siguiendo un orden secuencial lógico, una determinada intervención debería ser evaluada mediante varios ensayos clínicos controlados, más tarde analizados y sintetizados críticamente, y metanalizados en los casos en que fuera posible y conveniente, en una revisión sistemática. En la medida que existen diversas revisiones sistemáticas, de calidad dispar y con resultados no siempre coincidentes, se impone una revisión de conjunto para poder llegar a conclusiones lo más claras y fundamentadas posible.

En general, esta estrategia se enfrenta a numerosas y potenciales dificultades metodológicas en las distintas etapas del proceso, a las que en este caso hay que añadir las intrínsecamente derivadas de la intervención objeto de estudio, la acupuntura. Todas ellas vienen a dificultar una evaluación objetiva según los parámetros convencionales de la medicina basada en la evidencia. A continuación, se comentan brevemente algunas de las limitaciones que han debido afrontar el presente trabajo.

Técnicas de acupuntura

El término acupuntura engloba una compleja variedad de terapias, según la filosofía, la técnica, los puntos de aplicación, la individualización o no del tratamiento, la manipulación o no de la energía (de qi) y la administración general de la intervención. Sin duda, esta complejidad comporta una menor capacidad de evaluar la eficacia de la acupuntura mediante revisiones sistemáticas, pues éstas se nutren necesariamente de los correspondientes estudios primarios.

En los estudios identificados sobre acupuntura, existen importantes diferencias según si siguen la filosofía de la medicina tradicional china o se trata de la acupuntura occidental. El cuerpo de estudios realizados siguiendo una u otra filosofía difieren grandemente en el grado de calidad metodo-

lógica, pues hay un gran volumen de trabajos realizados según la filosofía tradicional china que no cumplen los estándares metodológicos establecidos por la investigación médica occidental, sobretodo por no ser evaluados mediante el diseño de ensayo clínico controlado. Por tanto, son difícilmente incluibles en las revisiones sistemáticas.

Según la técnica, podemos hablar de acupuntura basada en agujas, la electroacupuntura o la acupuntura láser. Cada subtipo tiene la capacidad de tener una eficacia propia y distinta a las demás, y conlleva particularidades propias en su aplicación, elección de controles, etc. También existe heterogeneidad en los tratamientos de acupuntura según sean los puntos de aplicación de las agujas o energías. En la revisión global se han identificado estudios que se basan en los puntos de meridianos, pero también en puntos fuera de meridiano. También la localización de los puntos (acupuntura en la mano, en la oreja, en el pie, en el cráneo) es variable entre los estudios.

Otros factores que influyen en la heterogeneidad observada en los estudios, y que son de difícil homogeneización, son el número de sesiones de la intervención, la frecuencia de las mismas, la duración de la colocación de las agujas, la colocación uni/bilateral, la colocación de agujas superficiales o profundas, la manipulación manual de agujas, el número de agujas utilizadas o el tipo de material de las mismas, por citar solamente algunos de los aspectos más obvios. La importancia que cada uno de estos aspectos pueda tener en la determinación de la eficacia de la acupuntura es sin duda variable, y aunque en algunos casos puede considerarse poco relevante, siempre será una potencial causa de la falta de estandarización en la administración del tratamiento que acabará haciendo más difícil la interpretación de la evidencia. Por ello, esta revisión global puede dar solamente respuesta a las cuestiones más generales relacionadas con la eficacia de la acupuntura.

En los documentos revisados, existe muy poca información sobre los efectos adversos producidos por la acupuntura. Aunque ésta parece un procedimiento relativamente seguro, no está completamente exenta de riesgos. La acupuntura puede provocar efectos adversos menores (somnolencia, náuseas, ansiedad, dolor en los puntos de inserción) pero ocasionalmente también algunos de mayor importancia (heridas traumáticas o hepatitis en caso de condiciones higiénicas deficientes) que no se describieron en los estudios analizados. Como no fue objetivo de ésta revisión evaluar los acontecimientos adversos de la acupuntura, se presentaron los datos de los estudios analizados, en forma narrativa y en una tabla.

Aspectos metodológicos

Un factor muy importante que debe considerarse es el tipo de control utilizado en los estudios. Diversos autores han utilizado controles tan dispares

como el no tratamiento o el permanecer en una lista de espera, el placebo farmacológico, la acupuntura simulada o el tratamiento o la rehabilitación convencional. Incluso entre los que utilizaron algún tipo de acupuntura simulada (acupuntura láser inactivada, acupuntura en puntos no acupunturales, uso de agujas en telescopaje, etc.), el grado de enmascaramiento y la falta de actividad del control es variable.

Algunos autores señalan que las diferencias observadas en los estudios que comparan acupuntura real frente a simulada podrían relacionarse con el tipo concreto de simulación que se utiliza, ya que parece probable que se estimulen vías aferentes y se genere una respuesta analgésica.

Por otro lado, están los grupos control que reciben un tratamiento activo. Si bien el constatar beneficios aparentes en los grupos placebo permite apuntar que la aplicación de algún tratamiento, por inerte que sea, siempre es mejor que no hacer nada, la inmensa mayoría de los estudios no han comparado la acupuntura con tratamientos más convencionales. De esta manera, incluso aceptando la evidencia de que la acupuntura puede ser útil en el tratamiento de algunas dolencias, persiste la incertidumbre de si su eficacia es equivalente o no a la de las opciones terapéuticas más utilizadas, en particular las farmacológicas. Por otra parte, no se ha considerado –tampoco constaba esta información en los estudios incluidos ni era un objetivo de esta revisión de conjunto– ningún aspecto relacionado con el coste-efectividad de la acupuntura.

En cuanto a la validez interna de los estudios incluidos en la revisión global, éstos han sido de calidad muy variable pero, en general, han adolecido de insuficiencias notables, tanto en su desarrollo como en su publicación. La mayoría de los ensayos realizados sobre la eficacia de la acupuntura han incluido un pequeño número de pacientes, seguidos durante un tiempo insuficiente para determinar la significación clínica a largo plazo de los beneficios observados. Estos pacientes a menudo han recibido co-intervenciones que pueden haber confundido los resultados, los cuales además no han sido evaluados adecuadamente, ni en términos de eficacia ni de seguridad.

Las medidas de evaluación de la eficacia relacionadas con las diferentes situaciones de salud fueron muy variables y heterogéneas entre sí. Por ejemplo en los estudios de ACV, se utilizaron diferentes medidas de resultados: días de hospitalización, instrumentos de funcionalidad motora, estado anímico, calidad de vida entre otros.

La seguridad de las intervenciones tampoco ha sido adecuadamente descrita en la mayoría de los estudios.

Por último, según la patología se observó una gran variabilidad en los criterios de inclusión de los pacientes, por ejemplo ACV hemorrágico, isqué-

mico, agudos, crónicos, leves a severos, etc en cada ensayo, con lo cual sin duda se dificulta la comparación o integración de los distintos estudios.

Un punto y aparte merece el apartado de cegamiento del estudio. Dadas las características de la acupuntura, se considera que es difícil realizar ensayos con cegamientos adecuados. En el mejor de los casos, es posible realizar un estudio en que tanto el paciente como el evaluador estén cegados. Sin embargo, el acupuntor siempre sabe qué tipo de intervención está aplicando al paciente. La importancia del cegamiento en la validez de los datos nos da una idea de hasta qué punto los estudios sobre acupuntura pueden ser fácilmente criticables en sus conclusiones, por no ser capaces de eliminar el sesgo de observación. Hay que tener en cuenta también que hasta hace muy poco este tipo de investigación era desarrollada exclusivamente por personas o grupos acupuntores, de manera que la sospecha de subjetivismo y conflictos de interés planeaba sobre las conclusiones.

También ha sido clave la poca calidad metodológica de las publicaciones que han reportado estudios terapéuticos sobre la acupuntura: en muchos artículos se han omitido los detalles del diseño, se han descrito insuficientemente las poblaciones de estudio y las intervenciones realizadas, e incluso se han omitido datos estadísticos relevantes para la interpretación y revisión de los estudios.

En términos generales, podríamos decir que a mayor calidad de los estudios más conservadores son los resultados y que en cambio, los estudios que encuentran mayores beneficios para las intervenciones evaluadas son aquellos que más se apartan de los requisitos metodológicos al uso. Sin embargo, existen también algunos ensayos clínicos y revisiones recientes de buena o muy buena calidad que han objetivado algunos efectos potencialmente beneficiosos de la acupuntura en determinadas dolencias y situaciones. Hay que señalar aquí que, progresivamente, la investigación experimental sobre la acupuntura ha suscitado un mayor interés de grupos independientes y académicos, que eventualmente han contado con financiación pública.

Para superar en la medida de lo posible un conjunto tan numeroso, importante y variado de dificultades y limitaciones, el presente trabajo ha seguido la metodología habitual en este tipo de revisiones de conjunto: búsqueda exhaustiva de todas las revisiones sistemáticas, así como de los ensayos clínicos publicados con posterioridad a las mismas; selección de los documentos en base a unos criterios de calidad previamente establecidos; síntesis cualitativa; redacción consensuada de las conclusiones y de la clasificación final de la evidencia.

Por otro lado, debemos tener presente que la práctica de terapias no convencionales por parte de los profesionales conlleva implicaciones éticas, como el respeto de la elección del paciente en todas las áreas de su cuidado

así como, la necesidad por parte de los profesionales que practican estas terapias de conocer el nivel de evidencia que respalda las opciones de tratamiento estándar (AINES, opioides, bifosfonatos, etc).

Finalmente, además de la eficacia, hay que considerar otros aspectos adicionales al igual que en cualquier otra tecnología que se incorpore al sistema sanitario. Por un lado se valora si la tecnología a incorporar aporta beneficios sobre las que están en uso en la actualidad, es decir si es más eficaz que el tratamiento estándar. Por otro, debe valorarse la organización equitativa de la oferta de asistencia, de forma que no se fomenten desigualdades en el acceso. Por último, la formación y la experiencia de los profesionales que también influye en la puesta en marcha.

Conclusiones

Dada la complejidad de la técnica evaluada, la heterogeneidad de los estudios y las dificultades metodológicas encontradas, con este informe sólo podemos dar respuesta a cuestiones generales relacionadas con la eficacia de la acupuntura.

La calidad metodológica de los estudios incluidos es muy variable, encontrando revisiones y ensayos clínicos aleatorizados de calidad metodológica alta, así como estudios de baja calidad.

Para exponer las conclusiones se han clasificado las intervenciones con acupuntura según el nivel de eficacia encontrado en los estudios para cada patología o dolencia de las evaluadas.

CEFALEA

Se han clasificado como **Intervenciones probablemente beneficiosas** o de eficacia bastante clara, pero menos concluyente que en el caso de intervenciones beneficiosas.

- La acupuntura para reducir el impacto de los ataques de cefalea en la calidad de vida de los pacientes, comparado con el tratamiento farmacológico habitual.

La acupuntura para la profilaxis de los ataques de migraña, cuando se compara con no dar ningún tratamiento. No es beneficiosa si se compara con la acupuntura simulada o con el tratamiento profiláctico estándar.

- Se han clasificado como **intervenciones potencialmente beneficiosas** o de cierta eficacia sugerida por una evidencia escasa o limitada.

La acupuntura comparado con la acupuntura simulada, para la disminución de los ataques de cefalea genérica.

La combinación de la acupuntura con un tratamiento médico, en comparación con dar sólo el tratamiento.

La eficacia de la acupuntura a corto plazo para la profilaxis de la migraña en mujeres, comparado con ser medicado con Flunarizina.

- El resto de intervenciones valoradas en el informe se clasificaron como **intervenciones de eficacia desconocida o controvertida** con resultados no concluyentes o controvertidos que no permiten clarificar si existe o no eficacia de la intervención.

La eficacia de la acupuntura en el tratamiento de la cefalea tensional y crónica, en comparación con permanecer en una lista de espera de acupuntura, o con un placebo farmacológico.

La eficacia de la electroacupuntura, de la técnica de agujas secas, o de la acupuntura láser en comparación con la acupuntura simulada.

La eficacia de la acupuntura para el tratamiento de las cefaleas, en comparación con otros tipos de intervención activa (fisioterapia, fármacos, etc.).

- Tras la valoración crítica de los resultados encontrados no se ha clasificado ninguna intervención como:

Intervenciones beneficiosas o de eficacia demostrada por una evidencia clara procedente de revisiones sistemáticas y/o ensayos clínicos de razonable calidad y consistencia.

Probablemente no beneficiosa con ausencia de eficacia (o presencia de perjuicio) sugerida por las pruebas disponibles.

No beneficiosa con ausencia de eficacia (o presencia de perjuicio) demostrada por las pruebas disponibles.

DIFERENTES SITUACIONES DE SALUD

A continuación, se presenta una relación de diferentes patologías o situaciones de salud para las cuales diversos esquemas de acupuntura se han comparado con diversos grupos control. La clasificación viene dada según el nivel de eficacia:

- Se han clasificado como **Intervenciones probablemente beneficiosas** o de eficacia bastante clara, pero menos concluyente que en el caso de intervenciones beneficiosas.

La acupuntura (electroacupuntura, auriculopuntura, acupresión) comparada con acupuntura simulada, no acupuntura o tratamiento farmacológico antiemético para el manejo de las **náuseas y vómitos** agudos provocados por la quimioterapia.

- Se han clasificado como **intervenciones potencialmente beneficiosas** o de cierta eficacia sugerida por una evidencia escasa o limitada.

La acupuntura (con o sin auriculopuntura) comparada con acupuntura simulada o no acupuntura en mujeres en programas de reproducción asistida una para mejorar la tasa de **fertilidad**.

La acupuntura comparada con acupuntura simulada, medidas de higiene, reflexoterapia o musicoterapia para los pacientes con **insomnio**.

La acupuntura (electroacupuntura, auriculopuntura, acupresión) comparada con acupuntura simulada, no acupuntura o tratamiento

farmacológico antiemético para el manejo de las **náuseas y vómitos en el postoperatorio**.

- El resto de intervenciones valoradas en el informe se clasificaron como **intervenciones de eficacia desconocida o controvertida** con resultados no concluyentes o controvertidos que no permiten clarificar si existe o no eficacia de la intervención.

La acupuntura (electroacupuntura, acupuntura craneal, moxibustión) comparada con acupuntura simulada o grupos controles (rehabilitación y/o ejercicios, tratamiento habitual o TENS) para el manejo de los pacientes con **accidente cerebrovascular**.

La acupuntura (auriculopuntura, acupuntura láser) comparada con acupuntura o acupuntura láser simulada o grupos controles (tratamiento habitual con fármacos u otras terapias: cognitiva conductual, relajación, espiritual) para el manejo de los pacientes con diferentes **adicciones** (cocaína, heroína, alcohol).

La acupuntura (acupuntura láser) comparada con acupuntura o acupuntura láser simulada o no acupuntura para el manejo de pacientes **asmáticos**.

La acupuntura comparada con acupuntura simulada para el manejo sintomático del **colon irritable**.

No hay estudios que comparen acupuntura con acupuntura simulada. La eficacia de diferentes esquemas de puntos de acupuntura para el manejo de la **demencia** de origen vascular.

La acupuntura (electroacupuntura, acupuntura láser) comparada con no acupuntura, control sano, y/o fármacos antidepresivos en el manejo de la **depresión**.

La acupuntura comparada con lista de espera en la **enfermedad arterial periférica**.

La acupuntura (auriculopuntura, acupuntura láser, moxibustión) comparada con acupuntura simulada o fármacos en la **enuresis nocturna** de los niños.

La acupuntura (electroacupuntura) comparada con acupuntura simulada, hierbas o fármacos en el manejo de la **epilepsia**.

La acupuntura (electroacupuntura, acupuntura láser, moxibustión) con o sin antipsicóticos comparada con antipsicóticos, para el manejo de la **esquizofrenia**.

La acupuntura (acupresión) comparada con acupuntura simulada y no acupuntura para el manejo de las **náuseas y vómitos de la embarazada**.

La acupuntura (electroacupuntura y auriculopuntura) comparada con acupuntura simulada, ejercicios o no acupuntura para la **reducción del peso corporal**.

La acupuntura (con o sin tratamiento habitual) comparada con el tratamiento habitual para la mejoría de los síntomas de la **parálisis de Bell**.

La acupuntura (con o sin moxibustión, electroacupuntura) comparada no acupuntura, moxibustión o fármacos para los **síntomas prostáticos**.

La acupuntura comparada con no acupuntura y acupuntura simulada para el manejo del **trabajo de parto** en sí.

La acupuntura (moxibustión, electroacupuntura) comparada con no acupuntura u observación clínica para la **versión cefálica del feto**.

La acupuntura (electroacupuntura) comparada con tratamiento hormonal sustitutivo o relajación para el manejo de los **síntomas menopáusicos** en mujeres sanas y con cáncer de mama

La acupuntura (electroacupuntura, acupresión, auriculopuntura) comparada con diversas intervenciones no farmacológicas (terapia grupal, chicle, apoyo psicológico entre otros) para la **deshabitación del hábito tabáquico**.

La acupuntura (con o sin electroacupuntura o auriculopuntura) comparada con acupuntura superficial o no acupuntura para mejorar la sequedad bucal (**xerostomia**).

- **Probablemente no beneficiosa** con ausencia de eficacia (o presencia de perjuicio) sugerida por las pruebas disponibles.

En el manejo de las **náuseas y vómitos tardíos**.

La acupuntura (electroacupuntura) comparada con acupuntura simulada, no acupuntura o fármacos para la mejoría sintomática del **tinnitus**.

Finalmente, además de la eficacia, hay que considerar otros aspectos adicionales al igual que en cualquier otra tecnología que se incorpore al sistema sanitario. Por un lado se valora si la tecnología a incorporar aporta beneficios sobre las que están en uso en la actualidad, es decir si es más eficaz que el tratamiento estándar. Por otro, debe valorarse la organización equitativa de la oferta de asistencia, de forma que no se fomenten desigualdades en el acceso. Por último, la formación y la experiencia de los profesionales que también influye en la puesta en marcha.

Referencias

INTRODUCCIÓN

- Consejería de Salud. CEFALEAS: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud, 2002.
- Ho KH, Ong BK. A community-based study of headache diagnosis and prevalence in Singapore. *Cephalalgia* 2003;23:6–13.
- Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, et al. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA* 1998;279:381–383.
- Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. A population-based analysis of the diagnostic criteria of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1991;11:129–134.
- Rokicki LA, Semenchuk EM, Bruehl S, et al. An examination of the validity of the HIS classification system for migraine and tension-type headache in the college student population. *Headache* 1999;39:720–727.
- Grupo de Estudio de Cefalea. Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2004. Madrid: 2004.

CEFALEAS

INCLUIDOS

- Melchart D, Linde K, Fischer P, Berman B, White A, Vickers A, Allais G. Acupuntura para la cefalea idiopática (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2005 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Melchart D, Linde K, Fischer P et al. Acupuncture for recurrent headaches: a systematic review of randomized controlled trials. *Cephalalgia* 1999; 19(9):779- 86.
- Vernon H, McDermaid CS, Hagino C. Systematic review of randomized clinical trials of complementary/alternative therapies in the treatment of tension-type and cervicogenic headache. *Complement Ther Med* 1999; 7(3):142-55.

- Allais G, De Lorenzo C, Quirico PE *et al.* Non-pharmacological approaches to chronic headaches: transcutaneous electrical nerve stimulation, lasertherapy and acupuncture in transformed migraine treatment. *Neurological Sciences : Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology* 2003; 24 Suppl 2:S138-42.
- Allais G, De Lorenzo C, Quirico PE *et al.* Acupuncture in the prophylactic treatment of migraine without aura: a comparison with flunarizine. *Headache* 2002; 42(9):855-61.
- Ebneshahidi NS, Heshmatipour M, Moghaddami A, Eghtesadi-Araghi P. The effects of laser acupuncture on chronic tension headache--a randomised controlled trial. *Acupunct Med* 2005; 23(1): 13-18.
- Karakurum B, Karaalin O, Coskun O, Dora B, Uçler S, Inan L. The 'dry-needle technique': intramuscular stimulation in tension-type headache. *Cephalalgia : an International Journal of Headache* 2001; 21(8):813-817.
- Karst M, Rollnik JD, Fink M, Reinhard M, Piepenbrock S. Pressure pain threshold and needle acupuncture in chronic tension-type headache--a double-blind placebo-controlled study. *Pain* 2000; 88(2):199-203.
- Karst M, Reinhard M, Thum P, Wiese B, Rollnik J, Fink M. Needle acupuncture in tension-type headache: a randomized, placebo-controlled study. *Cephalalgia: an International Journal of Headache* 2001; 21(6): 637-642.
- Linde K, Streng A, Jurgens S, Hoppe A, Brinkhaus B, Witt C, Wagenpfeil S, Pfaffenrath V, Hammes MG, Weidenhammer W, Willich SN, Melchart D. Acupuncture for patients with migraine: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293(17): 2118-2125.
- Melchart D, Thormaehlen J, Hager S, Liao J, Linde K, Weidenhammer W. Acupuncture versus placebo versus sumatriptan for early treatment of migraine attacks: a randomized controlled trial. *Journal of Internal Medicine* 2003; 253(2):181-188.
- Vickers AJ, Rees RW, Zollman CE *et al.* Acupuncture of chronic headache disorders in primary care: randomised controlled trial and economic analysis. *Health Technol Assess* 2004; 8(48):iii, 1-35. (b)
- White AR, Resch KL, Chan JC *et al.* Acupuncture for episodic tension-type headache: a multicentre randomized controlled trial. *Cephalalgia : an International Journal of Headache* 2000; 20(7):632-7.
- Xue CC, Dong L, Polus B *et al.* Electroacupuncture for tension-type headache on distal acupoints only: a randomized, controlled, crossover trial. *Headache* 2004; 44(4):333-341.

- Andrade J, Maciel-Junior JA, Cladellas XC, Correa-Filho HR, Machado HC. Acupuncture in migraine prophylaxis: a randomized sham-controlled trial. *Cephalalgia*. 2006;26:520-9.
- Coeytaux RR, Kaufman JS, Chao R, Mann JD, Devellis RF. Four methods of estimating the minimal important difference score were compared to establish a clinically significant change in Headache Impact Test. *J Clin Epidemiol* 2006; 59(4):374-80.
- Diener HC, Kronfeld K, Boewing G, Lungenhausen M, Maier C, Molsberger A, Tegenthoff M, Trampisch HJ, Zenz M, Meinert R. Efficacy of acupuncture for the prophylaxis of migraine: a multicentre randomised controlled clinical trial. *Lancet Neurol* 2006; 5(4):310-6.
- Melchart(b) D, Streng A, Hoppe A, Brinkhaus B, Witt C, Wagenpfeil S, Pfaffenrath V, Hammes M, Hummelsberger J, Irnich D, Weidenhammer W, Willich SN, Linde K. Acupuncture in patients with tension-type headache: randomised controlled trial. *BMJ* 2005; 331(7513):376-82.

EXCLUIDOS

- Elorriaga Claraco A, Hanna SE, Fargas-Babjak A. Reporting of clinical details in randomized controlled trials of acupuncture for the treatment of migraine/headaches and nausea/vomiting. *J Altern Complement Med* 2003; 9(1):151-9.
- Manias P, Tagaris G, Karageorgiou K. Acupuncture in headache: a critical review. *Clin J Pain* 2000; 16(4):334-9.
- Linde M, Fjell A, Carlsson J, Dahlof C. Role of the needling per se in acupuncture as prophylaxis for menstrually related migraine: a randomized placebo-controlled study. *Cephalalgia* 2004; 25(1): 41-47.
- Linde MA, Carlsson JY, Dahlof CGH. Impact of acupuncture as add-on therapy to pharmacological treatment of migraine: A pilot study. *Pain Clinic* 2000; 12(3):247-52.
- Wonderling D, Vickers AJ, Grieve R, McCarney R. Cost effectiveness analysis of a randomised trial of acupuncture for chronic headache in primary care. *BMJ (Clinical Research Ed)* 2004; 328(7442):747.
- Melchart D, Hager S, Hager U, Liao J, Weidenhammer W, Linde K. Treatment of patients with chronic headaches in a hospital for traditional Chinese medicine in Germany. A randomised, waiting list controlled trial. *Complement Ther Med* 2004; 12(2-3): 71-78.
- Vickers AJ, Rees RW, Zollman CE *et al*. Acupuncture for chronic headache in primary care: large, pragmatic, randomised trial. *BMJ (Clinical Research Ed)* 2004; 328(7442):744. (a)

- Ashkenazi A, Young WB. The effects of greater occipital nerve block and trigger point injection on brush allodynia and pain in migraine. *Headache* 2005; 45(4):350-4.
- Backer M, Hammes M, Sander D, Funke D, Deppe M, Tolle TR, Dobos GJ. Changes of cerebrovascular response to visual stimulation in migraineurs after repetitive sessions of somatosensory stimulation (acupuncture): a pilot study. *Headache*. 2004; 44(1):95-101.
- Black SL. To the point: acupuncture and migraine. *Lancet Neurol* 2006; 5(5):382-3.
- Calandre EP, Hidalgo J, Garcia-Leiva JM, Rico-Villademoros F. Trigger point evaluation in migraine patients: an indication of peripheral sensitization linked to migraine predisposition? *Eur J Neurol* 2006; 13(3):244-9.
- Coeytaux RR, Kaufman JS, Kaptchuk TJ, Chen W, Miller WC, Callahan LF, Mann JD. A randomized, controlled trial of acupuncture for chronic daily headache. *Headache* 2005; 45(9):1113-23.
- Ebneshahidi NS, Heshmatipour M, Moghaddami A, Eghtesadi-Araghi P. The effects of laser acupuncture on chronic tension headache--a randomised controlled trial. *Acupunct Med* 2005; 23(1):13-8.
- Fernandez de las Penas C, Alonso-Blanco C, Cuadrado ML, Gerwin RD, Pareja JA. Trigger points in the suboccipital muscles and forward head posture in tension-type headache. *Headache* 2006; 46(3):454-60.
- Griggs C, Jensen J. Effectiveness of acupuncture for migraine: critical literature review. *J Adv Nurs* 2006; 54(4):491-501.
- Hayhoe S, Vickers A. Reports on a large, pragmatic, randomised trial: acupuncture for chronic headache in primary care (n=401) . *Acupuncture in Medicine* 2004; 22(2):103-11.
- Linde K, Streng A, Hoppe A, Brinkhaus B, Witt CM, Hammes M, Irnich D, Hummelsberger J, Willich SN, Melchart D. Treatment in a randomized multicenter trial of acupuncture for migraine (ART migraine). *Forsch Komplementarmed* 2006; 13(2):101-8.
- Melchart(a) D, Streng A, Hoppe A, Brinkhaus B, Becker-Witt C, Hammes M, Irnich D, Hummelsberger J, Willich SN, Linde K. The acupuncture randomised trial (ART) for tension-type headache--details of the treatment . *Acupunct Med* 2005; 23(4):157-65.
- Swanson JW. Acupuncture is no more effective than sham acupuncture in the treatment of migraine. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2006; 6(2):93-4.

DIFERENTES SITUACIONES O PATOLOGÍAS

Accidente cerebrovascular (ACV)

INCLUIDAS

- Park J, Hopwood V, White AR, Ernst E. Effectiveness of acupuncture for stroke: a systematic review. *J Neurol* 2001; 248(7):558-63.
- Sze FK, Wong E, Or KK, Lau J, Woo J. Does acupuncture improve motor recovery after stroke? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Stroke* 2002; 33(11):2604-19.
- Thomas LH, Barrett J, Cross S *et al.* Prevention and treatment of urinary incontinence after stroke in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (3):CD004462.
- Zhang SH, Liu M, Asplund K, Li L Acupuntura para el accidente cerebrovascular agudo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Alexander DN, Cen S, Sullivan KJ, Bhavnani G, Ma X, Azen SP. Effects of acupuncture treatment on poststroke motor recovery and physical function: a pilot study. *Neurorehabil Neural Repair* 2004; 18(4):259-67.
- Kong Y, Xu F, Lin X *et al.* Effects of the lifting manipulation of scalp acupuncture for raising myodynamia of the affected limbs in hemiplegic patients due to cerebral thrombosis. *Journal of Traditional Chinese Medicine* 2005; 25(4):256-9.
- Moon SK, Whang YK, Park SU *et al.* Antispastic effect of electroacupuncture and moxibustion in stroke patients. *Am J Chin Med* 2003; 31(3):467-74.
- Park J, White AR, James MA *et al.* Acupuncture for subacute stroke rehabilitation: a Sham-controlled, subject- and assessor-blind, randomized trial. *Arch Intern Med* 2005; 165(17):2026-31.
- Rorsman Ia, Johansson B. Can electroacupuncture or transcutaneous nerve stimulation influence cognitive and emotional outcome after stroke? *J Rehabil Med* 2006; 38(1):13-9.
- Schuler MS, Durdak C, Hol NM *et al.* Acupuncture treatment of geriatric patients with ischemic stroke: a randomized, double-controlled, single-blind study. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(3):549-50.
- Seki T, Iwasaki K, Arai H *et al.* Acupuncture for dysphagia in post-stroke patients: a videofluoroscopic study. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(6):1083-4.

- Wayne PM, Krebs DE, Macklin EA *et al.* Acupuncture for upper-extremity rehabilitation in chronic stroke: a randomized sham-controlled study. *Arch Phys Med Rehabil* 2005; 86(12):2248-55.

EXCLUIDAS

- Ernst E, White AR. *Acupuncture as an adjuvant therapy in stroke rehabilitation? Wien Med Wochenschr* 1996; 146(21-22):556-8.
- *Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Acupuncture treatment for stroke - early assessment briefs (ALERT). Stockholm: Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU) 2000.*
- Wang LP, Xie Y. [Systematic evaluation on acupuncture and moxibustion for treatment of dysphagia after stroke]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2006; 26(2):141-6.
- Xi YF, Liu YY. Acupuncture and moxibustion therapy for stroke and the essentials of application. [Chinese]. *Zhongguo Linchuang Kangfu* 2005; 9(17):172-4.
- Zhang SH, Liu M, Li L. Acupuncture in the treatment of acute stroke: A Cochrane system evaluation of randomized or semi-randomized controlled trials. [Chinese]. *Zhongguo Linchuang Kangfu*. 2005; 9(9):108-10.
- Chen RZ, Fang WB. Early intervention for impaired swallowing in patients with unilateral acute cerebral infarction. [Chinese]. *Zhongguo Linchuang Kangfu*. 2005; 9(17):6-7.
- Fan L, Zhu XP, Meng CR, Wen X. Acupuncture applied on the deltoid muscle and musculus triceps brachii for upper limb muscle spasm in patients with cerebral infarction: Comparison with the acupuncture at yang channel point. [Chinese]. *Zhongguo Linchuang Kangfu*. 2005; 9(25):129-31.
- Guo YQ, Chen LY, Fu WB *et al.* [Clinically controlled study on phased integral needling method for treatment of cerebral infarction]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2005; 25(6):395-8.
- Jin JJ, Xu YL. [Effects of acupuncture combined with modern rehabilitation technique at early stage on life self-care ability and mental state of the patient of stroke]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2005; 25(5):304-6.
- Lai XS, Liu JY, Jiang GM. Effect of combination of acupuncture treatment at Liench'uan and plum blossom needle treatment at the tip of tongue on aphasia after stroke and its significance on hemorheology. [Chinese]. *Zhongguo Linchuang Kangfu*. 2004; 8(19):3818-20.

- Lei LM, Pang J, Chen JX, Peng DH, Wang ZT. [Clinical observation on hemiplegia early rehabilitation effects of different acupuncture programs]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2005; 25(4):233-6.
- Li DR, Wu GC, Lin JL, Wang XL, Lai BH, Zou GY. Changes of cerebral blood flow and limb motor function in patients with acute ischemic stroke after scalp acupuncture treatment. [Chinese]. *Zhongguo Linchuang Kangfu*.2005; 9 (25):138-9.
- Li JA. [Clinical observation on acupuncture for treatment of aphasia due to ischemic stroke at the early stage]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2005; 25(11):760-2.
- Li JY, Peng YZ, Yang F. [Clinical observation on effect of tongnao huoluo acupuncture therapy in treating acute cerebral infarction at ultra-early or acute stage]. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi* 2003; 23(10):736-9.
- Li T, Zhao JG, Tian GJ, Zhang L, Liu SJ. [Clinical observation on effect of acupuncture on nervous functions of the patient after operation of Hypertensive cerebral hemorrhage]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2006; 26(4):247-9.
- Schnyer RN, Wayne PM, Kaptchuk TJ, Cheng X, Zhang Z, Stason WB. Standardization of individualized treatments in a randomized controlled trial of acupuncture for stroke rehabilitation. *J Altern Complement Med* 2006; 12(2):106-9.
- Wang LP, Xie Y. [Systematic evaluation on acupuncture and moxibustion for treatment of dysphagia after stroke]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2006; 26(2):141-6.
- Wang WJ, Li KJ, Zhou X, Liu S, Tan T, Han SC. Effect of promote resuscitation acupuncture combined with penetration needling from Paihui to Yungch'uan on motor function after stroke. [Chinese]. *Zhongguo Linchuang Kangfu*. Vol. 7 2003; (25):3482-3.
- Xie QF, Wang JH, Zou YH, Wang XZ. Acupuncture therapy at three different time for motor function and activity of daily life in patients with acute cerebral infarction. [Chinese]. *Zhongguo Linchuang Kangfu* 2005; 9(17):128-9.
- Yi G, Xiuyun W, Tangping X, Zhihua D, Yunchen L. Effect of blood-letting puncture at twelve well-points of hand on consciousness and heart rate in patients with apoplexy. *J Tradit Chin Med* 2005; 25(2):85-9.
- Yue ZH. Evaluation of therapeutic effect of muscle region needling for post stroke spasticity a randomized controlled trial. *Zhongguo Linchuang Kangfu*. 2005; 9(9):240-1.

- Yue ZH, Yuan JL, Jiang JM. Evaluation with isodynamic time-measuring method and acupuncture treatment with muscle-region needling for limb spasm. *Zhongguo Linchuang Kangfu* 2005; 9(1):244-6.
- Zeng HW. Assorted acupuncture and moxibustion combined with self-made Chinese herb recipe for improving the limbs spasticity and motor function in patients with stroke. [Chinese]. *Zhongguo Linchuang Kangfu* 2005; 9(17):126-7.
- Zeng XR, Liu M, Wu B *et al.* A randomized controlled trial of acupuncture for acute ischemic stroke: A pilot study. [Chinese]. *Chinese Journal of Neurology*. 2003; 36(4): 247-50.
- Zhang RY. [Clinical observation on treatment of cerebral infarction by combined therapy of acupuncture with extremities tissue separating manipulation]. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi* 2005; 25(6):496-8.
- Zhao DG, Mu JP. [Clinical study on scalp acupuncture combined with sports therapy for rehabilitation of poststroke hemiplegia]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2005; 25(1):19-20.
- Zhao XW, Song ZH, Wang Q, Du YF, Qi W. Effect of buyang huanwu tang differentiating syndromes in treating mental disorder after stroke. [Chinese]. *Zhongguo Linchuang Kangfu* 2004; 8(31):6974-6.

Adicciones

INCLUIDAS

- D'Albarto A. Auricular acupuncture in the treatment of cocaine/crack abuse: a review of the efficacy, the use of the National Acupuncture Detoxification Association protocol, and the selection of sham points. *J Altern Complement Med* 2004; 10(6):985-1000.
- Gates S, Smith L, Foxcroft D. Auricular acupuncture for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 1:CD005192.
- Mills EJ, Wu P, Gagnier J, Ebbert JO. Efficacy of acupuncture for cocaine dependence: a systematic review & meta-analysis. *Harm Reduct J* 2005; 2(1):4.
- Ter Riet G, Kleijnen J, Knipschild P. A meta-analysis of studies into the effect of acupuncture on addiction. *Br J Gen Pract* 1990; 40(338):379-82.
- Berman AH, Lundberg U, Krook AL, Gyllenhammar C. Treating drug using prison inmates with auricular acupuncture: a randomized controlled trial. *J Subst Abuse Treat* 2004; 26(2):95-102.

- Margolin A, Avants SK, Arnold R. Acupuncture and spirituality-focused group therapy for the treatment of HIV-positive drug users: A preliminary study. *Journal of Psychoactive Drugs* 2005; 37(4):385-90.
- Trumpler F, Oez S, Stahli P, Brenner HD, Juni P. Acupuncture for alcohol withdrawal: A randomized controlled trial. *Alcohol & Alcoholism* 2003; 38 (4):369-75.
- Zeng X, Lei L, Lu Y, Wang Z. Treatment of heroinism with acupuncture at points of the Du Channel. *Journal of Traditional Chinese Medicine* 2005; 25(3):166-70.

EXCLUIDAS

- Brewington V, Smith M, Lipton D. Acupuncture as a detoxification treatment: an analysis of controlled research. *J Subst Abuse Treat* 1994; 11(4):289-307.
- Culliton PD, Kiresuk TJ. Overview of substance abuse acupuncture treatment research. *J Altern Complement Med* 1996; 2(1):149-59; discussion 161-5.
- Dean AJ. Natural and complementary therapies for substance use disorder. *Current Opinion in Psychiatry* 2005; 18(3):271-6.
- Jordan JB. Acupuncture treatment for opiate addiction: A systematic review. *J Subst Abuse Treat* 2006; 30(4):309-14.
- Kunz S, Schulz M, Syrbe G, Driessen M. Acupuncture of the ear as therapeutic approach in the treatment of alcohol and substance abuse - A systematic review. [German]. *Sucht* 2004; 50(3):196-203.
- Lu PK, Lu GP, Lu DP, Lu DP, Lu WI. Managing acute withdrawal syndrome on patients with heroin and morphine addiction by acupuncture therapy. *Acupunct Electrother Res* 2004; 29(3-4):187-95.
- Margolin A. Acupuncture for substance abuse. *Curr Psychiatry Rep* 2003; 5(5):333-9.
- McLellan AT, Grossman DS, Blaine JD, Haverkos HW. Acupuncture treatment for drug abuse: a technical review. *J Subst Abuse Treat* 1993; 10(6):569-76.
- Moner SE. Acupuncture and addiction treatment. *J Addict Dis* 1996; 15(3):79-100.
- Tang YL, Zhao D, Zhao C, Cubells JF. Opiate addiction in China: Current situation and treatments. *Addiction* 2006; 101(5):657-65.
- Whitehead PC . Acupuncture in the treatment of addiction: a review and analysis. *Int J Addict* 1978; 13(1):1-16.

Asma

INCLUIDOS

- Kleijnen J, ter Riet G, Knipschild P. Acupuncture and asthma: a review of controlled trials. *Thorax* 1991; 46(11):799-802.
- Martin J, Donaldson AN, Villarroel R, Parmar MK, Ernst E, Higginson IJ. Efficacy of acupuncture in asthma: systematic review and meta-analysis of published data from 11 randomised controlled trials. *Eur Respir J* 2002; 20(4):846-52.
- McCarney RW, Brinkhaus B, Lasserson TJ, Linde K. Acupuncture for chronic asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (1):CD000008.

EXCLUIDOS

- Blazek-O'Neill B. Complementary and alternative medicine in allergy, otitis media, and asthma. *Current Allergy & Asthma Reports* 2005; 5(4):313-8.
- Davis PA, Chang C, Hackman RM, Stern JS, Gershwin ME. Acupuncture in the treatment of asthma: a critical review. *Allergol Immunopathol (Madr)* 1998; 26(6):263-71.
- Gyorik SA, Brutsche MH. Complementary and alternative medicine for bronchial asthma: is there new evidence? *Curr Opin Pulm Med* 2004; 10(1):37-43.
- Hased C. An integrative approach to asthma. *Aust Fam Physician* 2005; 34(7):573-6.
- Jobst KA. Acupuncture in asthma and pulmonary disease: an analysis of efficacy and safety. *J Altern Complement Med* 1996; 2(1):179-206; discussion 207-10.
- Lewith GT, Watkins AD. Unconventional therapies in asthma: an overview. *Allergy* 1996; 51(11):761-9.
- Markham AW, Wilkinson JM. Complementary and alternative medicines (CAM) in the management of asthma: an examination of the evidence. *J Asthma* 2004; 41(2):131-9.
- McCarney RW, Lasserson TJ, Linde K, Brinkhaus B. An overview of two Cochrane systematic reviews of complementary treatments for chronic asthma: acupuncture and homeopathy. *Respir Med* 2004; 98(8):687-96.
- Passalacqua G, Bousquet PJ, Carlsen KH et al. ARIA update: I-Systematic review of complementary and alternative medicine for rhinitis and asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2006; 117(5):1054-62.

- Passalacqua G, Compalati E, Schiappoli M, Senna G. Complementary and alternative medicine for the treatment and diagnosis of asthma and allergic diseases. *Monaldi Arch Chest Dis* 2005; 63(1):47-54.
- Reznik M, Ozuah PO. CAM in the treatment of paediatric asthma. *Focus on Alternative & Complementary Therapies*. Vol. 10 2005; (3):177-80.
- Schafer T. Epidemiology of complementary alternative medicine for asthma and allergy in Europe and Germany. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2004; 93(2 Suppl 1):S5-10.
- Steurer-Stey C, Russi EW, Steurer J. Complementary and alternative medicine in asthma: do they work? *Swiss Med Wkly* 2002; 132(25-26):338-44.
- Vickers AJ, Smith C. Analysis of the evidence profile of the effectiveness of complementary therapies in asthma: a qualitative survey and systematic review. *Complementary Therapies in Medicine* 1997; 5(4): 202-9.
- Cai ZH, Dong YX, Liu F et al. [Multicenter controlled study on transient asthma stopping action of acupuncture at «Qingchuan point»]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2005; 25(6):383-6.
- Gao XA, Zhu JS. [Clinical observation on hailong juanxiao recipe combined with kechuanping mounting on yongquan acupoint in treating children' bronchial asthma in the stage of attack]. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi* 2005; 25(8):738-40.
- Li G. [Therapeutic effect of Zhuang medicine medicated thread moxibustion on asthma of lung deficiency type]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2005; 25(3):181-3.
- Zhang ZL, Ji XQ, Xue L, Yu SH. [Clinical observation on acupuncture fortreatment of bronchial asthma at acute stage]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2005;25(3):158-60.

Colon irritable

INCLUIDOS

- Li G. [Therapeutic effect of Zhuang medicine medicated thread moxibustion on asthma of lung deficiency type]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2005; 25(3):181-3.
- Fireman Z, Segal A, Kopelman Y, Sternberg A, Carasso R. Acupuncture treatment for irritable bowel syndrome. A double-blind controlled study. *Digestion* 2001; 64(2):100-3.

- Forbes A, Jackson S, Walter C, Quraishi S, Jacyna M, Pitcher M. Acupuncture for irritable bowel syndrome: a blinded placebo-controlled trial. *World J Gastroenterol* 2005; 11(26):4040-4.
- Schneider A, Enck P, Streitberger K, Weiland C, Bagheri S, Witte S, Friederich HC, Herzog W, Zipfel S. Acupuncture treatment in irritable bowel syndrome. *Gut* 2006; 55(5): 649-654.

EXCLUIDAS

- Hussain Z, Quigley EMM. Systematic review: Complementary and alternative medicine in the irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 2006; 23(4):465-71.
- Wisniewski J, Manheimer E, Ziea E, Liu J. Acupuncture for treatment of irritable bowel syndrome. Wisniewski J, Manheimer E, Ziea E, Liu J. *Acupuncture for Treatment of Irritable Bowel Syndrome. The Cochrane Database of Systematic Reviews: Protocols* 2005 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. DOI: 10.1002/14651858.CD005111 2005; (1).

Demencia de origen vascular

INCLUIDAS

- Yu J, Zhang X, Liu C, Meng Y, Han J. Effect of acupuncture treatment on vascular dementia. *Neurol Res* 2006; 28(1):97-103.

EXCLUIDAS

- Huang Y, Lai XS, Chen J et al. Glucose metabolism in different brain areas of vascular dementia patients after acupuncture at Baihui. [Chinese]. *Zhongguo Linchuang Kangfu* 2005; 9(36):68-70.
- Lai XS, Huang Y. [A comparative study on the acupoints of specialty of Baihui, Shuigou and Shenmen in treating vascular dementia.]. *Chin J Integr Med* 2005; 11(3):161-6.

Depresión

INCLUIDOS

- Mukaino Y, Park J, White A, Ernst E. The effectiveness of acupuncture for depression--a systematic review of randomised controlled trials. *Acupunct Med* 2005; 23(2):70-6.
- Smith CA, Hay PPJ. Acupuntura para la depresión (Revisión Cochrane traducida). *En: La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Manber R, Schnyer R N, Allen J J, Rush A J, Blasey C M. Acupuncture: a promising treatment for depression during pregnancy. *J Affect Disord* 2004; 83 (1): 89-95.
- Quah-Smith JI, Tang WM, Russell J. Laser acupuncture for mild to moderate depression in a primary care setting--a randomised controlled trial. *Acupunct Med* 2005; 23(3): 103-11.
- Tsay SL, Cho YC, Chen ML. Acupressure and Transcutaneous Electrical Acupoint Stimulation in improving fatigue, sleep quality and depression in hemodialysis patients. *Am J Chin Med* 2004; 32(3):407-16.

EXCLUIDAS

- Ernst E, Rand JI, Stevinson C. Complementary therapies for depression: an overview. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55(11):1026-32.
- Freeman MP, Helgason C, Hill RA. Selected integrative medicine treatments for depression: considerations for women. *J Am Med Womens Assoc* 2004; 59(3):216-24.
- Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM, Rodgers B. Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression. *Med J Aust* 2002; 176 Suppl:S84-96.
- Manber R, Allen JJ, Morris MM. Alternative treatments for depression: empirical support and relevance to women. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(7):628-40.
- Sha Y. General situation of electro-acupuncture in treating depressive disorders: Comparing the effect with that of drug therapy. *Zhongguo Linchuang Kangfu* 2005; 9(44):181-3.
- Weier KM, Beal MW. Complementary therapies as adjuncts in the treatment of postpartum depression. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49(2):96-104.

- Agelink MW, Sanner D, Eich H et al. [Does acupuncture influence the cardiac autonomic nervous system in patients with minor depression or anxiety disorders?]. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2003; 71(3):141-9.
- Fan L, Fu WB, Meng CR et al. Effect of acupuncture at routine acupoint and non-acupoint on depressive neurosis evaluated with Hamilton depression scale. [Chinese]. *Zhongguo Linchuang Kangfu* 2005; 9(28):14-6.
- Hou Q, Yan L, Fu L, Du YH. Tiaoshen shugan acupuncture versus routine acupuncture for intervention of depression and anxiety. [Chinese]. *Zhongguo Linchuang Kangfu* 2005; 9(28):11-3.
- Huang Y, Chen J, Zou J. Effect of scalp electro-acupuncture on post-stroke depression. *Zhongguo Linchuang Kangfu* 2005; 9(40):172-3.
- Roschke J, Wolf C, Wagner P, Bach S. Adjuvant whole-body acupuncture in depression: A placebo-controlled study under standardized mianserin therapy. [German]. *Akupunktur Und Traditionelle Chinesische Medizin* 2004; 32(3):170-2.
- Shen PF, Kong L, Shi XM. [Study on clinical therapeutic effect of activating brain and regaining consciousness needling method on post-stroke depression and the mechanism]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2005; 25(1):11-3.
- Yan M, Mao X, Wu JL. Comparison of electroacupuncture and amitriptyline in treating depression. [Chinese]. *Zhongguo Linchuang Kangfu* 2004; 8(18):3548-9.

Enfermedad arterial periférica

INCLUIDAS

- Pittler MH, Ernst E. Complementary therapies for peripheral arterial disease: Systematic review. *Atherosclerosis* 2005; 181(1):1-7.
Enuresis nocturna en niños

INCLUIDAS

- Bower WF, Diao M, Tang JL, Yeung CK. Acupuncture for nocturnal enuresis in children: a systematic review and exploration of rationale. *Neurol Urodyn* 2005; 24(3):267-72.
- Glazener CM, Evans JH, Cheuk DK. Complementary and miscellaneous interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (2):CD005230.

EXCLUIDAS

Anonymous. Management of bedwetting children. *Drug & Therapeutics Bulletin* 2004; 42(5):33-37.

Epilepsia

INCLUIDAS

- Cheuk DKL, Wong V. Acupuncture for epilepsy. Cheuk DKL, Wong V. Acupuncture for Epilepsy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews: Protocols* 2005 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. DOI: 10.1002/14651858.CD005062 2005; (1).

EXCLUIDAS

- Pearl PL, Robbins EL, Bennett HD, Conry JA. Use of complementary and alternative therapies in epilepsy: Cause for concern. *Archives of Neurology* 62 2005; (9):1472-1475.

Esquizofrenia

INCLUIDAS

- Rathbone J, Xia J. Acupuntura para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

EXCLUIDAS

- Beecroft N, Rampes H. Review of acupuncture for schizophrenia. *Acupuncture in Medicine* 1997; 15(2):91-4.
- Feng-Ju Y, Fu-Gen S, Zhi-Hua Z. [Short-term curative effect of electroacupuncture as an adjunctive treatment on schizophrenia]. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi* 2006; 26(3): 253-255.

Infertilidad

INCLUIDAS

- Dieterle S, Ying G, Hatzmann W, Neuer A. Effect of acupuncture on the outcome of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection: a randomized, prospective, controlled clinical study. *Fertil Steril* 2006; 85(5): 1347-1351.
- Paulus WE, Zhang M, Strehler E, El-Danasouri I, Sterzik K. Influence of acupuncture on the pregnancy rate in patients who undergo assisted reproduction therapy. *Fertil Steril* 2002; 77(4): 721-724.
- Paulus WE, Zhang M, Strehler E, Seybold B, Sterzik K. Placebo-controlled trial of acupuncture effects in assisted reproduction therapy . *Human Reproduction (Oxford, England)* 2003; 18(Suppl 1):8-9.
- Westergaard LG, Mao Q, Kroglund M, Sandrini S, Lenz S, Grinsted J. Acupuncture on the day of embryo transfer significantly improves the reproductive outcome in infertile women: a prospective, randomized trial. *Fertil Steril* 2006; 85(5): 1341-1346.
- Zhang M, Paulus W, Strehler E, Jelinkova L, Sterzik K. Increase of pregnancy rate in assisted reproduction therapy by acupuncture. *Fertility & Sterility* 2001; 76(3S): S75.

EXCLUIDAS

- Chang R, Chung PH, Rosenwaks Z. Role of acupuncture in the treatment of female infertility. *Fertil Steril* 2002; 78(6): 1149-1153.
- Stener-Victorin E. The pain-relieving effect of electro-acupuncture and conventional medical analgesic methods during oocyte retrieval: a systematic review of randomized controlled trials. *Hum Reprod* 2005; 20(2): 339-349.
- White AR. A review of controlled trials of acupuncture for women's reproductive health care. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2003; 29(4): 233-236.
- Yang JR, Ma YY, Liu YL, Wang HL, Liu Z. [Controlled study on acupuncture for treatment of endocrine dysfunctional infertility]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2005; 25(5): 299-300.

Insomnio

INCLUIDAS

- Kim YS, Lee SH, Jung WS et al. Intradermal acupuncture on shen-men and nei-kuan acupoints in patients with insomnia after stroke. *Am J Chin Med* 2004; 32(5):771-8.
- Guerreiro Da Silva JB, Nakamura MU, Cordeiro JA, Kulay Jr L. Acupuncture for insomnia in pregnancy - A prospective, quasi-randomised, controlled study. *Acupuncture in Medicine* 2005; 23 (2) 47-51.
- McCullough CA., Hughes C M., McDonough S M. The effectiveness of acupuncture and reflexology in primary insomnia. *Focus on Alternative and Complementary Therapies* 2005; 10 Supplement 1: 36.

EXCLUIDAS

- Li N, Wu B, Wang CW, Kang J, Li HG. [A systematic evaluation of randomized controlled trials for acupuncture and moxibustion treatment of insomnia]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2005; 25(1):7-10.
- Sok SR, Erlen JA, Kim KB. Effects of acupuncture therapy on insomnia. *J Adv Nurs* 2003; 44(4):375-84.
- Chen L. [Controlled study on acupoint group prescriptions for electroacupuncture treatment of insomnia]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2005; 25(10):687-8.
- Lin TY. [Observation on therapeutic effect of acupuncture at points Daling (PC 7) and “Shimian” in 48 cases of refractory insomnia]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2005;25(5):331-2.
- Sok SR, Kim KB. [Effects of auricular acupuncture on insomnia in Korean elderly]. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2005; 35(6):1014-24.
- Wang SG. [Clinical observation on acupuncture at Zhaohai (KI 6) and Shenmai (BL 62) for treatment of insomnia]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2005; 25 (11):771-2.

Náuseas y vómitos

INCLUIDAS

- Wang SG. [Clinical observation on acupuncture at Zhaohai (KI 6) and Shenmai (BL 62) for treatment of insomnia]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2005; 25 (11):771-2.
- Ezzo J, Richardson M, Vickers A, Allen C, Dibble S, Issell B, Lao L, Pearl M, Ramirez G, Roscoe J, Shen J, Shivnan J, Streitberger K, Treish I, Zhang G. Acupuncture-point stimulation for chemotherapy-induced nausea or vomiting. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 19;(2):CD002285.
- Jewell D, Young G. Intervenciones para las náuseas y los vómitos en la fase temprana del embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- Lee A, Done ML. Estimulación del punto de acupuntura P6 de la muñeca para la prevención de náuseas y vómitos en el período postoperatorio (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- Butkovic D, Toljan S, Matolic M, Kralik S, Radesic L. Comparison of laser acupuncture and metoclopramide in PONV prevention in children. *Paediatr Anaesth* 2005; 15(1):37-40.
- Habek D, Barbir A, Habek JC, Janculjak D, Bobic-Vukovic M. Success of acupuncture and acupressure of the Pc 6 acupoint in the treatment of hyperemesis gravidarum. *Forschende Komplementarmedizin Und Klassische Naturheilkunde* 2004; 11(1):20-3.
- Melchart D, Ihbe-Heffinger A, Leps B, von Schilling C, Linde K. Acupuncture and acupressure for the prevention of chemotherapy-induced nausea-a randomised cross-over pilot study. *Support Care Cancer* 2006.
- Neri I, Allais G, Schiapparelli P, Blasi I, Benedetto C, Facchinetti F. Acupuncture versus pharmacological approach to reduce Hyperemesis gravidarum discomfort. *Minerva Ginecol* 2005; 57(4):471-5.
- Reindl TK, Geilen W, Hartmann R *et al.* Acupuncture against chemotherapy induced nausea and vomiting in pediatric oncology. *Interim*

results of a multicenter crossover study. *Support Care Cancer* 2006; 14(2):172-6.

- Streitberger K, Diefenbacher M, Bauer A, Conradi R, Bardenheuer H, Martin E, Schneider A, Unnebrink K. Acupuncture compared to placebo-acupuncture for postoperative nausea and vomiting prophylaxis: a randomised placebo-controlled patient and observer blind trial. *Anaesthesia* 2004; 59(2): 142-149.

EXCLUIDAS

- Ahlburg P, Mortensen FV, Nielsen JO, Holme JB. [Stimulation of the acupuncture point P6 as prophylaxis against postoperative nausea and vomiting]. *Ugeskr Laeger* 2006; 168(1):3740.
- Collins KB, Thomas DJ. Acupuncture and acupressure for the management of chemotherapy-induced nausea and vomiting. *J Am Acad Nurse Pract* 2004; 16(2):76-80.
- Elorriaga Claraco A, Hanna SE, Fargas-Babjak A. Reporting of clinical details in randomized controlled trials of acupuncture for the treatment of migraine/headaches and nausea/vomiting. *J Altern Complement Med* 2003; 9(1):151-9.
- Ezzo J, Vickers A, Richardson MA *et al.* Acupuncture-point stimulation for chemotherapy-induced nausea and vomiting. *J Clin Oncol* 2005; 23(28):7188-98.
- Freels D L, Coggins M. Acupressure at the Neiguan P6 point for treating nausea and vomiting in early pregnancy: an evaluation of the literature (Structured abstract). *Mother Baby Journal* 2000; 5(3):17-22.
- Lee A, Done ML. The use of nonpharmacologic techniques to prevent postoperative nausea and vomiting: a meta-analysis. *Anesth Analg* 1999; 88(6):1362-9.
- Roscoe JA, Matteson SE. Acupressure and acustimulation bands for control of nausea: a brief review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5 Suppl Understanding):S244-7.
- Vickers AJ. Can acupuncture have specific effects on health? A systematic review of acupuncture antiemesis trials. *J R Soc Med* 1996; 89(6):303-11.
- Fu J, Meng ZQ, Chen Z, Peng HT, Liu LM. [Clinical observation on electric stimulation of Yongquan (KI 1) for prevention of nausea and vomiting induced by Cisplatin]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2006; 26(4): 250-252.

Obesidad

INCLUIDAS

- Ernst E. Acupuncture/acupressure for weight reduction? A systematic review. *Wien Klin Wochenschr* 1997; 109(2):60-2.
- Pittler MH, Ernst E. Complementary therapies for reducing body weight: a systematic review. *Int J Obes (Lond)* 2005; 29(9):1030-8.
- Hsu CH, Hwang KC, Chao CL, Chang HH, Chou P. Electroacupuncture in obese women: a randomized, controlled pilot study. *J Womens Health (Larchmt)* 2005; 14(5):434-40.
- Hsu CH, Hwang KC, Chao CL, Lin JG, Kao ST, Chou P. Effects of electroacupuncture in reducing weight and waist circumference in obese women: a randomized crossover trial. *Int J Obes (Lond)* 2005; 29(11):1379-84.

EXCLUIDAS

- Lacey JM, Tereshakovec AM, Foster GD. Acupuncture for the treatment of obesity: a review of the evidence. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27 (4):419-27.
- Liu XM, Zhang MM, Du L. [Quality of methodology and reporting of randomised controlled trials of acupuncture for obesity]. *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao* 2004; 26(2):192-4.
- Liu Z, Sun F. Recent progress in the studies on weight reduction by acupuncture and moxibustion. *J Tradit Chin Med* 1995; 15(3):224-30.

Parálisis de Bell

INCLUIDAS

- He L, Zhou D, Wu B, Li N, Zhou MK. Acupuncture for Bell's palsy. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (1):CD002914.
- Li Y, Liang FR, Yu SG *et al.* Efficacy of acupuncture and moxibustion in treating Bell's palsy: a multicenter randomized controlled trial in China. *Chin Med J (Engl)* 2004; 117(10):1502-6.

EXCLUIDAS

- He L, Zhou MK, Zhou D, Li N, Wu B. Acupuncture for Bell's palsy: A systematic review. [Chinese]. Chinese Journal of Evidence-Based Medicine 2005; 5(2):106-9+129.
- He S, Zhang H, Liu R. Review on acupuncture treatment of peripheral facial paralysis during the past decade. J Tradit Chin Med 1995; 15(1):63-7.
- Zhou XG, Yang C, Yang LX, Zhong Q. [Meta-analysis on acupoint stickingtherapy for facial paralysis]. Zhongguo Zhen Jiu 2005; 25(11):797-802.
- Gao HY, Zhang XL, Wang Y, Yan LF. [Clinical observation on double moxibustion at Yifeng (TE 17) combined with electroacupuncture for treatment of facial paralysis]. Zhongguo Zhen Jiu 2005; 25(10):713-4.
- Jiang XQ, Wang HT, Su XZ, Jiang YN. [Clinical observation on isolated electroacupuncture for treatment of peripheral facial paralysis]. Zhongguo Zhen Jiu 2005; 25(9):657-8.
- Li HT, Liu JH. [Clinical observation on treatment of peripheral facial paralysis with acupuncture and pricking-cupping therapy]. Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao 2005; 3(1):18, 69.
- Li L. [Acupuncture combined with catgut embedding therapy for treatment of 158 cases of facial paralysis]. Zhongguo Zhen Jiu 2005; 25(3):167-8.
- Li WH. [Clinical observation on plum-blossom needle therapy combined with cupping for treatment of acute facial paralysis]. Zhongguo Zhen Jiu 2005; 25(11):765-7.
- Li YS, Peng ZM, Yu HH, Liang CJ. Treatment of peripheral facial paralysis with the method of 6-point acupuncture. [Chinese]. Zhongguo Linchuang Kangfu. 2004; 8(34):7732-3.
- Li Y, Liang FR, Yu SG et al. Multi-center big sample randomized controlled trial of acupuncture and moxibustion in the treatment of bell's palsy. [Chinese]. Zhongguo Linchuang Kangfu 2005; 9(33):97-9.
- Qu QW, Xiong T. [Clinical observation on electroacupuncture for treatment of peripheral facial paralysis at different stages]. Zhongguo Zhen Jiu 2005; 25(5):323-5.
- Qu Y. [Clinical observation on acupuncture by stages combined with exercise therapy for treatment of Bell palsy at acute stage]. Zhongguo Zhen Jiu 2005; 25(8):545-7.
- Shui SH. [Analysis on therapeutic effects of different acupuncture times on peripheral facial paralysis]. Zhongguo Zhen Jiu 2006; 26(2):105-6.

- Wong XH, Zhang LM, Han M, Zhang KQ. [Clinical application of functional exercise and staged therapy in treatment of facial nerve paralysis]. *Zhongguo Linchuang Kangfu* 2004; 8(4):616-617.
- Wu B, Li N, Liu Y, Huang CQ, Zhang YL. [Study on clinical effectiveness of acupuncture and moxibustion on acute Bell's facial paralysis: randomised controlled clinical observation]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2006; 26(3):157-60.
- Xu KS, Huang MW, Wang QM. [Observation on therapeutic effect of aponeurotic system penetration needling on peripheral facial paralysis]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2006; 26(3):169-171.
- Zhang XZ. [Clinical observation on relation of different therapeutic methods with prognosis of acute idiopathic facial paralysis]. *Zhongguo Zhen Jiu* 2005; 25(5):320-322.
- Zhao Y, He L, Zhang QH. Effectiveness of three different treatments for peripheral facial paralysis. [Chinese]. *Zhongguo Linchuang Kangfu* 2005; (29):41-43.

Problemas obstétricos (inducción del trabajo de parto)

INCLUIDAS

- Smith CA, Crowther CA. Acupuntura para la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Ziaei S, Hajipour L. Effect of acupuncture on labor. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 92(1): 71-72

EXCLUIDAS

- Fugh-Berman A, Kronenberg F. Complementary and alternative medicine (CAM) in reproductive-age women: A review of randomized controlled trials. *Reproductive Toxicology* 2003; 17(2):137-52.

Problemas obstétricos (Presentación no cefálica)

INCLUIDAS

- Coyle ME, Smith CA, Peat B. Cephalic version by moxibustion for breech presentation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (2):CD003928.
- Cardini F, Lombardo P, Regalia AL et al. A randomised controlled trial of moxibustion for breech presentation. *BJOG* 2005; 112(6):743-7.

EXCLUIDAS

- Boog G. [Alternative methods instead of external cephalic version in the event of breech presentation. Review of the literature]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2004; 33(2):94-8.
- Van der berg I, Jacobs B, Bouman I, Bosch JL, Hunink MGM. Effectiveness of acupuncture-type interventions to resolve breech presentation compared to expectative policy, a meta-analysis. *Focus on Alternative and Complementary Therapies* 2005; 10 (Suppl 1): 5-6.

Patologías prostáticas

INCLUIDAS

- Ricci L, Minardi D, Romoli M, Galosi AB, Muzzonigro G. Acupuncture Reflexotherapy in the Treatment of Sensory Urgency That Persists after Transurethral Resection of the Prostate: A Preliminary Report. *Neurourology & Urodynamics* 2004; 23(1):58-62.
- Yu Y, Kang J. Clinical studies on treatment of chronic prostatitis with acupuncture and mild moxibustion. *Journal of Traditional Chinese Medicine* 2005; 25(3):177-81.

EXCLUIDAS

- Capodice JL, Bemis DL, Buttyan R, Kaplan SA, Katz AE. Complementary and alternative medicine for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Evid Based Complement Alternat Med* 2005; 2(4):495-501.
- Meggelen van JAJ, Snijdelaar DG, Kho HG. Low frequency transcutaneous paravertebral stimulation of acupuncture points for post surgical treatment of pain; a clinical, randomized, double-blind study of patients

after radical prostatectomy (Dutch) [abstract]. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*. 1998; 142(32):1842.

Síntomas relacionados con el climaterio

INCLUIDAS

- Carpenter JS, Neal JG. Other complementary and alternative medicine modalities: acupuncture, magnets, reflexology, and homeopathy. *Am J Med* 2005; 118(12 Suppl 2):109-17.
- Nelson HD, Haney E, Humphrey L, Miller J, Nedrow A, Nicolaidis C, Vesco K, Walker M, Bougatsos C, Nygren P. Management of Menopause-Related Symptoms. Summary, Evidence Report/Technology Assessment N° 120. (Prepared by the Oregon Evidence-based Practice Center, under Contract n° 290-02-0024) AHRQ Publication N° 05-E016-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2005.
- Nedstrand E, Wijma K, Wyon Y, Hammar M. Vasomotor symptoms decrease in women with breast cancer randomized to treatment with applied relaxation or electro-acupuncture: a preliminary study. *Climacteric* 2005; 8(3):243-250.

EXCLUIDAS

- Kang HJ, Ansbacher R, Hammoud MM. Use of alternative and complementary medicine in menopause. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 79(3):195-207.
- Kronenberg F, Fugh-Berman A. Complementary and alternative medicine for menopausal symptoms: a review of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2002; 137(10):805-13.
- White AR. A review of controlled trials of acupuncture for women's reproductive health care. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2003; 29(4):233-6.

Tabaquismo

INCLUIDAS

Ashenden R, Silagy CA, Lodge M, Fowler G. A meta-analysis of the effectiveness of acupuncture in smoking cessation. *Drug Alcohol Rev* 1997; 16(1):33-40.

White A, Rampes H, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (1):CD000009.

EXCLUIDAS

- Davoli M, Minozzi S. [Summary of systematic revisions of the efficacy of smoking cessation therapy]. *Epidemiol Prev* 2002; 26(6):287-92.
- Luckmann R. Review: advice from doctors and nurses, behavioural interventions, nicotine replacement treatment, and several pharmacological treatments increase smoking cessation rates. *Evidence-Based Mental Health*. 2001 Feb; 4(1): 16.
- Miller M, Wood L. Effectiveness of smoking cessation interventions: review of evidence and implications for best practice in Australian health care settings. *Aust N Z J Public Health* 2003; 27(3):300-9.
- White AR, Resch KL, Ernst E. A meta-analysis of acupuncture techniques for smoking cessation. *Tob Control* 1999; 8(4):393-7.
- Willemsen MC, Wagena EJ, van Schayck CP. [The efficacy of smoking cessation methods available in the Netherlands: a systematic review based on Cochrane data]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003; 147(19):922-7.

Tinnitus

INCLUIDAS

- Park J, White AR, Ernst E. Efficacy of acupuncture as a treatment for tinnitus: a systematic review. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 126(4):489-92.

EXCLUIDAS

- Dobie RA. A review of randomized clinical trials in tinnitus. *Laryngoscope* 1999; 109(8):1202-11. Meehan T, Eisenhut M, Stephens D. A review of alternative treatments for tinnitus. *Audiological Medicine* 2004; 2(1):74-82.

- Nebeska M, Rubenstein B, Wenneberg B. Influence of acupuncture treatment on tinnitus in patients with signs and symptoms of temporomandibular disorders: A placebo-controlled study. *Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar 1999*; 575-7.
- Nielsen OJ, Moller K, Jorgensen KE. [The effect of traditional Chinese acupuncture on severe tinnitus. A double-blind, placebo-controlled clinical study with an open therapeutic surveillance]. *Ugeskr Laeger* 1999; 161(4):424-9.

Xerostomía

INCLUIDAS

- Jedel E. Acupuncture in xerostomia--a systematic review. *J Oral Rehabil* 2005;32(6):392-6.

EXCLUIDAS

- Brennan MT, Shariff G, Lockhart PB, Fox PC. Treatment of xerostomia: a systematic review of therapeutic trials. *Dent Clin North Am* 2002; 46(4):847-56.

Anexo I

Estrategia de búsqueda para la identificación de revisiones sistemáticas:

- 1. “Acupuncture”[MeSH]
- 2. “Acupuncture, Ear”[MeSH]
- 3. “Acupuncture Points”[MeSH]
- 4. “Acupuncture Analgesia”[MeSH]
- 5. “Acupuncture Therapy”[MeSH]
- 6. Acupuncture.tw
- 7. (search*) OR (“metanalysis”[Publication Type]) OR (meta-analysis) OR (“MetAnalysis”[MeSH]) OR (“review”[Publication Type]) OR (“diagnosis”[Subheading]) OR (associated)

Estrategia de búsqueda para la identificación de ensayos clínicos:

- 1. “Acupuncture”[MeSH]
- 2. “Acupuncture, Ear”[MeSH]
- 3. “Acupuncture Points”[MeSH]
- 4. “Acupuncture Analgesia”[MeSH]
- 5. “Acupuncture Therapy”[MeSH]
- 6. Acupuncture.tw
- 7. (randomized controlled trial [pt] OR controlled clinical trial [pt] OR randomised controlled trials [mh] OR random allocation [mh] OR double-blind method [mh] OR singleblind method [mh] OR clinical trial [pt] OR clinical trials [mh] OR (“clinical trial” [tw]) OR ((singl* [tw] OR doubl* [tw] OR trebl* [tw] OR tripl* [tw])) AND (mask* [tw] OR blind* [tw])) OR (placebo [mh] OR placebo* [tw] OR random* [tw] OR research design [mh:noexp] OR comparative study [mh] OR evaluation studies [mh] OR follow-up studies [mh] OR prospective studies [mh] OR control* [tw] OR prospectiv* [tw] OR volunteer* [tw]) NOT (animal [mh] NOT human [mh]))

Anexo II *Checklist* de validez interna de las revisiones sistemática

ID: Autor: Zhang SH.
Título: Acupuncture for acute stroke.
Año: 2005.
Revista: Cochrane Library.
Datos de contacto: wyplmh@hotmail.com
REV+MET X

TIPO DE PATOLOGÍA: ACV agudo (dentro de los 30 días).

VALIDEZ INTERNA

1.1	<p>¿La revisión se centra en una cuestión clara, apropiada y bien enfocada? Sí.</p> <p>¿Se incluye un abstract bien estructurado? Sí.</p> <p>¿Criterios de inclusión/exclusión bien definidos? Sí.</p>	Bien desarrollado
1.2	<p>¿La búsqueda de la literatura es suficientemente rigurosa para identificar todos los estudios relevantes? Sí.</p> <p>¿Qué bases de datos se usan? Medline, CINAHL, AMED, EMBASE, Cochrane Controlled Trials Register, Chinese Biological Medicine Database.</p> <p>¿Hay algún tipo de restricción en la búsqueda de información? Temporal: 1966 – 2003. Estado de la Publicación: ECA, ECC cuasialeatorizados.</p> <p>Idioma: no restricción.</p>	Bien desarrollado
1.3	<p>¿Se evalúa la calidad de los estudios? Sí.</p> <p>¿Qué criterios se establecen? Valoraban aleatorización, asignación, cegamiento, análisis por intención de tratar y pérdidas en el seguimiento.</p> <p>¿Se hace un análisis de sensibilidad teniendo en cuenta la calidad de los estudios? Sí.</p>	Bien desarrollado
1.4	<p>¿Se incluye una descripción de la metodología seguida? Sí.</p> <p>¿Se describe el proceso de extracción de datos? ¿Cómo se realiza? A través de dos investigadores en forma independiente. ¿Qué datos se extraen? Los datos figuran en las tablas de los estudios.</p> <p>¿Se describen las medidas del efecto? Sí. ¿Cómo se combinan los resultados? Con metanálisis.</p> <p>¿Cómo se evalúa la heterogeneidad? Estadístico I2, Chi 2.</p> <p>¿Se valora el efecto del sesgo de publicación? Sí.</p>	Bien desarrollado

1.5	<p>¿Queda claro qué estudios se han incluido y cuáles se han excluido (y las razones para hacerlo)? Sí.</p> <p>¿Se describen los estudios incluidos en la revisión? Sí.</p> <p>¿Los estudios son suficientemente semejantes como para combinarlos? Sí.</p> <p>¿Se ofrecen los datos suficientes para poder calcular el tamaño del efecto? Sí.</p>	Bien desarrollado
-----	---	-------------------

EVALUACIÓN GENERAL DE LA REVISIÓN

2.1	¿En qué medida se minimiza el sesgo (++)/+/(-)?	++
2.2	En caso de + o de -, ¿en qué medida afectan las fuentes de sesgo a los resultados de la revisión?	No corresponde

Eficacia de la acupuntura en la cefalea, migraña y otras patologías

Tablas descriptivas de los estudios incluidos

Autores: Flora Martínez Pecino¹, Ivan Solá Arnau², Maria Betina Nishishinya Aquino².

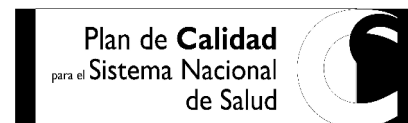
¹Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

² Centro Cochrane Iberoamericano (Barcelona).

Dirección Técnica: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Revisores: Rafael Cobos Romana. Unidad del Dolor. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Estas tablas amplían la información del informe AETSA 2006/26 "Eficacia de la acupuntura en la cefalea, migraña y otras patologías".



Tablas de revisiones sistemáticas

CEFALEAS/MIGRAÑAS

Melchart D, Linde K, Fischer P, Berman B, White A, Vickers A, Allais G. Acupuntura para la cefalea idiopática (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2005 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Acupuntura para la cefalea idiopática</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador NIAMS (EEUU) IHS</p> <p>Valoración de la validez interna (++)</p>	<p>Búsqueda bibliografía Medline (1966-2000), EMBASE (1989-2000), CENTRAL, Cochrane Complementary Medicine Field Trials Registry/The Cochrane Controlled Trials Register Sin restricción idiomática</p> <p>Grupos de comparación - Acupuntura vs ninguna intervención - Acupuntura vs intervención simulada - Acupuntura vs otro tratamiento (fisioterapia, fármacos, masajes, etc.)</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) Acupuntura (con agujas, láser o electro-acupuntura)</p> <p>Duración del tratamiento: 8 semanas (6-26) Sesiones= 8 (6-12) Un estudio 3 ciclos de 10 sesiones.</p> <p>Duración del seguimiento Media 26 semanas (3-104)</p> <p>Co-intervenciones No hay datos</p> <p>Calidad metodológica Jadad</p>	<p>Criterios de inclusión Pacientes con cefaleas idiopáticas (migraña, cefalea de tensión, cluster headache, cefalea con una clasificación imprecisa o cefaleas primarias recurrentes).</p> <p>Criterios de exclusión Ensayos centrados en pacientes con dolor facial y otros tipos de cefaleas.</p> <p>Nº de pacientes: 1155 (media=37 (10-150))</p> <p>Edad Cualquier edad</p> <p>Sexo Ambos</p> <p>Nº de EC incluidos 26</p>	<p>26 ensayos, N=1 151 pacientes (mediana, 37; rango, 10 a 150) cumplieron con los criterios de inclusión. 16 ensayos en pacientes con migraña. 6 con cefaleas de tipo tensional. 4 con diversos tipos de cefaleas.</p> <p>Calidad metodológica La mayoría de los ensayos tuvo deficiencias metodológicas y/o en la información. La puntuación mediana de Jadad fue de 1,5 (rango, 1 a 5), la puntuación mediana de la validez interna fue de 2,5 (rango, 1 a 5) de una puntuación máxima posible de 6.</p> <p>Resultados de la acupuntura El acupuntor a cargo de la evaluación no pudo evaluar la calidad de la acupuntura en siete ensayos debido a que la descripción fue insuficiente. En cinco ensayos, habría tratado a los pacientes de manera diferente o completamente de otro modo, en siete ensayos de manera similar y en seis ensayos exactamente de la misma manera. El grado de confianza con el que se aplicó la acupuntura varió del 10% al 95%.</p> <p>En 8/16 ensayos que compararon la acupuntura verdadera con la simulada (placebo) en la migraña y en pacientes con cefalea de tipo tensional, se informó que la acupuntura verdadera fue significativamente superior; en 4 ensayos hubo una tendencia a favor de la acupuntura verdadera; y en 2 ensayos no hubo diferencias entre las dos intervenciones. (No se pudieron interpretar los resultados en dos ensayos.) Los 10 ensayos que compararon la acupuntura con otras formas de tratamiento proporcionaron resultados contradictorios.</p> <p>Efectos adversos No datos</p>	<p>- A pesar de la poca calidad de los estudios y su heterogeneidad existe una tendencia hacia una mayor eficacia de la acupuntura comparada con placebo para el tratamiento de la migraña y las cefaleas tensionales. - Sin embargo, la calidad y la cantidad de pruebas no son plenamente convincentes. - En términos generales, algunas formas de acupuntura parecen ser beneficiosas, pero no está claro cuáles son las estrategias de tratamiento (puntos, tipo de estimulación, frecuencia, etc.) y qué proveedores pueden ser más alentadores para determinados grupos de pacientes. - Hay una necesidad urgente de estudios bien planificados y a gran escala para evaluar la eficacia y el coste-efectividad de la acupuntura en condiciones de la vida real.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES La heterogeneidad entre los estudios hizo imposible el metanálisis. La mala calidad de la comunicación de los estudios dificultó mucho la evaluación de su calidad y, en algunos casos, la extracción de datos. Los autores estaban implicados en ECA incluidos en la revisión.</p>

Melchart D, Linde K, Fischer P *et al.* Acupuncture for recurrent headaches: a systematic review of randomized controlled trials. *Cephalalgia* 1999; 19(9):779-86.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Acupuntura para las cefaleas recurrentes (migraña, cefalea tensional y en acúmulos)</p> <p>Diseño RS/MA</p> <p>Patrocinador NIAMS grant no. 5 U24-AR-43346-02 Karl and Veronica Carstens Stiftung</p> <p>Valoración de la validez interna (+ +)</p>	<p>Búsqueda bibliográfica Medline (1966-1998)/EMBASE (1989-1998)/Cochrane Complementary Medicine Field Trials Registry/The Cochrane Controlled Trials Register</p> <p>No hay datos de restricción idiomática</p> <p>Grupos de comparación - Acupuntura - Intervención simulada (placebo) - Acupuntura vs fármacos - Acupuntura vs flunaricina - Acupuntura vs metoprolol - Acupuntura vs ergotamina e ipرازocromo</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) Media= 8 (6-15) sesiones</p> <p>Duración del tratamiento Media=9 semanas (2-17)</p> <p>Duración seguimiento 3-27 meses</p> <p>Co-intervenciones No hay datos</p> <p>Calidad metodológica Jadad/validez interna</p>	<p>Criterios de inclusión Pacientes con cefalea recurrente (migraña, cefalea tensional y en acúmulos) en estudios que al menos evalúen una variable clínica.</p> <p>Criterios de exclusión EC en pacientes con dolor facial Comparaciones entre distintas técnicas de acupuntura Variables no clínicas Menos de 4 semanas de seguimiento</p> <p>Nº de pacientes 1042 media=36 (10-150)</p> <p>Edad Cualquier edad</p> <p>Sexo Ambos</p> <p>Nº de EC incluidos 22</p>	<p>22 EC iniciales: 15 EC de migraña, 6 de cefalea tensional, 1 estudio varios tipos de cefaleas. 14 EC compararon con acupuntura simulada (<i>Sham</i>-placebo), 5 con fármacos y 2 con fisioterapia.</p> <p>Calidad metodológica Los 14 EC vs acupuntura simulada cegaron a los pacientes. Método de aleatorización se describe en sólo 3 EC. Jadad medio=2 (1-5) Validez interna (escala ad hoc) media=2,5 (1-5) max 6 La información sobre abandonos y pérdidas sólo se describe en la mitad de los EC.</p> <p>Acupuntura vs Sham (placebo) (n=14 EC) 1. Mejoría global de la cefalea después del tratamiento 2 EC no mostraron diferencias entre los grupos. 3 EC mostraron una tendencia a mejorar en el grupo activo. 6 EC fueron favorables significativamente para la acupuntura 3 EC no se pudo interpretar la información.</p> <p>2. Índice de respuesta al tratamiento (al menos un 33% de mejoría, frecuencia de respuesta favorable)</p> <p>Migraña (7 EC, N=351 pacientes) Favorable para el grupo acupuntura vs <i>sham</i> (placebo) RR 1,55 (IC95% 1,04-2,33) Cefalea tensional (2 EC, N=48) No hubo diferencias significativas entre los grupos (acupuntura vs <i>sham</i>) RR 1,49 (IC95% 0,96-2,30)</p> <p>Todos los EC Favorable para el grupo acupuntura vs <i>sham</i> (placebo) RR 1,53 (IC95% 1,11-2,11)</p> <p>Acupuntura vs otras intervenciones: Los resultados son contradictorios</p> <p>Efectos adversos No hay datos</p>	<p>Globalmente parece que la acupuntura tiene un efecto beneficioso en la migraña, no así sobre la cefalea tensional. Sin embargo, la evidencia existente es insuficiente. Por ello son necesarios estudios bien diseñados, a gran escala que evalúen la eficacia y efectividad de la acupuntura.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES</p> <p>Aunque metodológicamente la revisión es correcta, tiene la limitación de que existe heterogeneidad en las variables de resultado de los EC incluidos, de tal manera que es difícil combinar los resultados y realizar una conclusión global. Por ello, estos se han de interpretar con cautela. Son necesarios EC con un diseño correcto y con criterios homogéneos sobre las variables a evaluar.</p>

Vernon H, McDermaid CS, Hagino C. Systematic review of randomized clinical trials of complementary/alternative therapies in the treatment of tension-type and cervicogenic headache. *Complement Ther Med* 1999; 7(3):142-55.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Terapias alternativas y complementarias en el tratamiento de la cefalea tensional y cervicogénica</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador Ontario Chiropractic Association and The National Chiropractic Mutual Insurance Company.</p> <p>Valoración de la validez interna (+)</p>	<p>Búsqueda bibliografía Medline (1966-1998)/PsychoInfo/CINHAL Solo idioma inglés.</p> <p>Grupos de comparación - Acupuntura - Sham (placebo) - Fisioterapia - Splint oclusivo - Fármacos</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) No hay datos</p> <p>Duración del tratamiento 6-12 semanas</p> <p>Duración seguimiento No hay datos</p> <p>Co-intervenciones: No hay datos</p> <p>Calidad metodológica Van Tulder</p>	<p>Criterios de inclusión Pacientes con cefalea, cefalea tensional y cervicogénica. Evaluación de al menos una variable clínica.</p> <p>Criterios de exclusión EC en pacientes con dolor facial, migrañas en racimos, cefaleas orgánicas. No medición de variable clínica</p> <p>Nº de pacientes 264</p> <p>Edad Cualquier edad</p> <p>Sexo Ambos</p> <p>Nº de EC incluidos 8</p>	<p>EC de acupuntura=8 5 EC fueron controlados 4/5 acupuntura vs sham.</p> <p>Calidad metodológica (medida con escala de van Tulder modificada -0-100%-) Media=58 (44-69), mediana=61 4 estudios de alta calidad (61-69) N=91 media=25 (10-30) 3 EC acupuntura vs Sham</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 EC (-) para acupuntura comparado con placebo. - 2 EC (++) para acupuntura comparado con placebo (sham), estos resultados son sobre 39 pacientes, por lo cual la interpretación debe ser relativa. <p>1 EC acupuntura vs fisioterapia, resultados sin diferencias entre ambos grupos evaluados. (NS)</p> <p>4 estudios con baja-moderada calidad (44-50%) N=173 media=43 (18-62) 1 EC acupuntura vs sham (++) para acupuntura) 1 EC acupuntura vs fisioterapia (++) para acupuntura) 1 EC acupuntura vs fármacos (++) para acupuntura) 1 EC acupuntura vs splint oclusivo (resultados sin diferencias entre ambos grupos evaluados) (NS)</p> <p>Efectos adversos 4 EC no mencionan los efectos adversos 3 EC no presentan efectos adversos 1 EC menciona que un paciente empeoró el dolor con las agujas.</p>	<p>Alta variabilidad de las medidas de resultado, mala calidad de los estudios y resultados finales contradictorios. No hay evidencia suficiente para hacer algún tipo de recomendación.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES</p> <p>Son necesarios EC con un diseño correcto y con criterios homogéneos sobre las variables a evaluar. Sesgos de identificación de estudios por restringir sólo al idioma inglés. Es una revisión que evalúa todas las terapias alternativas, por lo que la acupuntura es sólo una parte.</p>

DIFERENTES PATOLOGÍAS O SITUACIONES DE SALUD

ACV

Zhang SH, Liu M, Asplund K, Li L. Acupuntura para el accidente cerebrovascular agudo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

REVISIÓN

Tema de RS

Acupuntura para el accidente cerebrovascular agudo

Diseño

RS

Patrocinador

China Medical Board of New York, Estados Unidos. Chinese Cochrane Centre, Chinese Centre of Evidence-Based Medicine, West China Hospital, Sichuan University, China.

Valoración de la validez interna

(+ +)

INTERVENCIONES

Búsqueda bibliografía

Registro de Ensayos del Grupo Cochrane de Accidentes Cerebrales Vasculares (*Cochrane Stroke Group Trials Register* (última búsqueda en agosto 2003)

Registro de Ensayos de Accidentes Cerebrovasculares Chino (*Chinese Stroke Trials Register* (agosto 2003)

Registro de Ensayos de Acupuntura Chino (*Chinese Acupuncture Trials Register* (agosto 2003).

Búsquedas electrónicas en el *Cochrane Controlled Trials Register* (*The Cochrane Library*, número 3, 2003), *MEDLINE* (1966 a 2003), *EMBASE* (1980 a 2003), *Alternative Medicine Database* (1985 a 2003), *CINAHL* (1982 a 2003) y la *Chinese Biological Medicine Database* (1981 a 2003).

Búsquedas manuales de las listas de referencias de las revisiones sistemáticas y de los ensayos identificados.

Grupos de comparación

Acupuntura tradicional, como la acupuntura contemporánea

Las intervenciones de control podían consistir en acupuntura placebo (aguja adherida a la superficie cutánea), tratamiento simulado (se refiere a un pinchazo de la aguja en la superficie de la piel (las agujas se colocan en un área cercana pero no en los puntos de acupuntura) o a electroestimulación cutánea subumbral por medio de electrodos adheridos a la piel o ningún tratamiento

Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no).

Cai (2002): grupo acupuntura (2 puntos en cuero cabelludo, con estimulación manual, sesión de 40 minutos, no hay datos del número total de sesiones); grupo control (no acupuntura). Ambos grupos: recibieron vitamina C, citicolina y Gegengsu.

Chen (1997): grupo acupuntura (2 puntos -ST9 bilateral- estimulación manual, sesiones de 10 minutos una vez por día por 20 días); grupo control (no acupuntura). Ambos grupos: terapia farmacológica habitual.

Duan (1997): grupo acupuntura (2 puntos -DU20, GB7-, estimulación manual, sesiones de 24 minutos una vez por día por 30 días); grupo control (no acupuntura). Ambos grupos: terapia farmacológica habitual.

Gosman-Hedstrom (1998): grupo acupuntura (10 puntos -DU20, LI11, ST38, EX mob, SJ5-, estimulación manual o eléctrica 30 minutos/sesión, dos veces por semana por 10 semanas); grupo control 1 (4 agujas superficiales -1 en cada extremidad-, no estimulación manual ni eléctrica); grupo control 2 (no acupuntura). En los tres grupos: rehabilitación convencional para el ACV.

Hopwood (2003): grupo acupuntura (10 puntos en el lado paralizado, estimulación manual -GB20, LI11, GB31, LI14, ST34, GB39, GB43- o eléctrica -LI10, SJ5, GB34-, 30 minutos/sesión, 3 veces por semana por 4 semanas; grupo control (placebo acupuntura -TENS inactivo-).

Hu (1993): grupo acupuntura (más de 24 puntos -Scalp motor area, GB21, LI11, GB34, EX-UE7, BL60 y LR3 *selected routinely*-, estimulación eléctrica (9,4 Hz), 30 a 60 minutos/sesión, cada día por 4 semanas; grupo control (no acupuntura). Ambos grupos: tratamiento de apoyo, prevención de complicaciones y programa de rehabilitación estandarizada.

Huang (2002): grupo acupuntura (4-6 puntos, con sangrado, una vez por día por 7 días; grupo control (no acupuntura). Ambos grupos: terapia con fármacos (Ligustrazine y Dextran).

Jing (1999): grupo acupuntura (más de 14 puntos -DU20, DU23 y DU26 seleccionados rutinariamente-, estimulación manual o eléctrica, 60 minutos/sesión, 5 veces por semana por 40 días); grupo control (no acupuntura). Ambos grupos: terapia con fármacos.

Johansson (1993): grupo acupuntura (10 puntos -DU20, ST40, ST36, GB34, LI4, LI11, SJ5, etc-, estimulación manual o eléctrica, 30 minutos/sesión, dos veces por semana por 10 semanas); grupo control (no acupuntura). Ambos grupos: rehabilitación del ACV.

Johansson (2001): grupo acupuntura (9 -10 puntos -LI4, ST36, DU20, LI11, ST40, EX28:21, EX36:1, GB34-, estimulación eléctrica o manual, 30 minutos/sesión, dos veces por semana por 10 semanas; grupo control (mismos puntos de arriba, TENS subliminal -no sensación cutánea ni contracción muscular visible-). Ambos grupos: terapia convencional, ocupacional, del habla y farmacológica si era necesario.

Si 1998: grupo acupuntura (8 puntos -DU20, DU24, LI4, LI11, ST36, PC6, LR3, SP6-, estimulación eléctrica o manual, 20 minutos/sesión, una vez por día por 5 días, descanso dos días y repetición de la sesión; grupo control (no acupuntura). Ambos grupos: terapia farmacológica habitual.

Zhang SH, Liu M, Asplund K, Li L. Acupuntura para el accidente cerebrovascular agudo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Sze (2002): grupo acupuntura (10 puntos principales y 6 auxiliares en el lado parético, estimulación manual o eléctrica, 30 minutos/sesión, 3 veces por semana por 8 semanas, luego dos veces por semana por dos semanas); grupo control (no acupuntura). Ambos grupos: fisioterapia estandarizada, ocupacional y tratamiento de rutina.

Wu (2002): grupo acupuntura (6 puntos principales y 6 auxiliares, estimulación manual, 30 minutos/sesión, 5 veces por semana hasta dejar la hospitalización); grupo control: no acupuntura. Ambos grupos: terapia farmacológica habitual.

Yu (1993): grupo acupuntura (2 puntos -DU20, GB7-, estimulación manual, 16-19 minutos/sesión, una vez por semana por 15 días); grupo control: no acupuntura. Ambos grupos: terapia farmacológica habitual.

Duración del tratamiento

Desde 7 días a 1 año,
(14/15 días, 20 d, 25 d, 30 d, 37 d, 40 d, 90 d, 10 semanas, 1 año).

Duración seguimiento

No hay datos.

Co-intervenciones

Medicación habitual para el manejo del ACV.

Calidad metodológica

1. Método de asignación al azar (verdaderamente aleatorio o cuasialeatorio)
2. Ocultamiento adecuado de la asignación
3. Cegamiento, tanto de los participantes como de los evaluadores de los resultados
4. Análisis por intención de tratar (ITT, *intention to treat*)
5. Número de pacientes perdidos durante el seguimiento.

PARTICIPANTES

Criterios de inclusión

Ensayos que incluían pacientes de cualquier edad o sexo con cualquier tipo de ACV agudo (dentro de los 30 días del inicio del mismo)

El diagnóstico debía ser preferentemente consecuente con la definición de la OMS (un déficit neurológico focal de aparición súbita, de más de 24 horas de duración o que provoca la muerte, y de supuesto origen vascular).

También se incluyeron los estudios en los cuales el diagnóstico se basó exclusivamente en las características clínicas o en las neuroimágenes (tomografía computarizada [TC] o resonancia magnética [RM])

Criterios de exclusión

- Ensayos restringidos a pacientes con hemorragia subaracnoidea o hematoma subdural

Nº de pacientes

1208.

Edad

No hay datos.

Sexo

En la mayoría de los ensayos se incluyeron más hombres que mujeres (entre 51% y 93% de hombres en 12 ensayos, y entre 49% y 50% de hombres en dos ensayos).

Nº de EC incluidos

14.

RESULTADOS

Resultados

Muerte o dependencia al final del período de seguimiento Hubo una tendencia marginalmente significativa hacia un menor número de pacientes fallecidos o dependientes en el grupo con acupuntura en comparación con el grupo control (OR 0,66; IC95% 0,43 - 0,99). Cuando la acupuntura se comparó con el placebo y el control abierto por separado, persistió una tendencia hacia un menor número de pacientes fallecidos o dependientes en el grupo con

Zhang SH, Liu M, Asplund K, Li L. Acupuntura para el accidente cerebrovascular agudo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

acupuntura, pero la diferencia no fue significativa (OR 0,67; IC95%: 0,40 a 1,12; OR 0,63; IC95% 0,31 a 1,29 respectivamente).

Muerte o cuidado institucional al final del período de seguimiento

En el análisis se incluyó el número de pacientes que vivían en unidades de rehabilitación, hospicios u hogares de ancianos y hospitales de agudos, así como el número de pacientes que requerían cuidado institucional. En conjunto, hubo una reducción significativa del número de pacientes fallecidos o con necesidad de cuidado institucional en el grupo con acupuntura en comparación con el grupo control (OR 0,58; IC95%: 0,35 a 0,96). Cuando se comparó la acupuntura verdadera con la simulada, la diferencia todavía fue significativa (OR 0,49; IC95% 0,25 a 0,96). Al comparar la acupuntura con el control abierto, la diferencia no fue significativa (OR 0,73; IC95%: 0,34 a 1,55).

Cambio en la puntuación del déficit neurológico global al final del período de tratamiento y del seguimiento (de más de tres meses)

Seis ensayos, con un total de 453 pacientes. Hubo heterogeneidad significativa entre los seis ensayos ($p < 0,00001$), que posiblemente se debió a diferencias en las escalas de medición, al momento de la evaluación desde el inicio del ACV y a los grupos de control usados. En conjunto, los pacientes en los grupos que recibieron acupuntura se recuperaron más rápidamente de los déficit neurológicos que los pacientes en los grupos de control; la diferencia alcanzó significación estadística (DME 1,17; IC95% 0,30 a 2,04). Sin embargo, cuando la acupuntura se comparó con acupuntura simulada, la diferencia no fue significativa (DME 0,01; IC95%-0,55 - 0,57).

Cambio en la puntuación de la función motora al final del período de tratamiento y del seguimiento (de más de tres meses)

Cuatro ensayos determinaron el cambio en la puntuación de la función motora en lugar del déficit neurológico global en los sobrevivientes de un ACV. Hubo heterogeneidad significativa entre estos cuatro ensayos ($p < 0,00001$), lo que posiblemente también se debió a diferentes medidas, momentos de evaluación desde el inicio del ACV y grupos de control usados. No hubo diferencia significativa a favor de la acupuntura en la mejoría de la función motora (DME 0,76; IC95% -0,25 - 1,77). Dicha diferencia alcanzó significación estadística cuando la acupuntura se comparó con el control abierto, pero no lo hizo cuando se la comparó con la acupuntura simulada (DME 1,67; IC95% 0,76 a 2,58; DME -0,12 ; IC95%-0,41 - 0,17 respectivamente). Al final del seguimiento, durante más de tres meses, dos ensayos proporcionaron datos sobre la puntuación de la función motora; ambos mostraron que no hubo diferencias significativas entre los grupos de acupuntura verdadera y simulada (DMP -0,02; IC95% -0,35 a 0,31).

Muerte durante las dos primeras semanas y durante todo el período de seguimiento

Diez ECA proporcionaron datos sobre la muerte dentro de las dos primeras semanas; no se encontró heterogeneidad significativa entre ellos. Hubo menos muertes en los grupos que recibieron acupuntura que en los grupos de control, pero la diferencia no fue significativa y el intervalo de confianza fue amplio debido al escaso número de eventos (OR 0,60; IC95% 0,18 a 2,01). Cuando se comparó la acupuntura verdadera con la simulada y con el control abierto por separado, no se detectó ninguna diferencia estadísticamente significativa (OR 0,62; IC95% 0,06 a 6,10; OR 0,60; IC95% 0,14 a 2,47 respectivamente).

También estuvieron disponibles los datos sobre la muerte durante el período de seguimiento completo para los mismos diez ensayos; éstos tampoco mostraron heterogeneidad significativa entre ellos. No hubo diferencias en la probabilidad de muerte entre el grupo de acupuntura y el grupo de control (OR 0,92; IC95% 0,56 a 1,53). Cuando se comparó la acupuntura verdadera con la simulada y con el control abierto por separado, no se detectó ninguna diferencia estadísticamente significativa (OR 0,87; IC95% 0,44 a 1,71; OR 1,00; IC95% 0,47 a 2,14 respectivamente).

Calidad de vida al final del seguimiento

Cuatro ECA evaluaron la calidad de vida al final del seguimiento de 12 meses. No fue posible realizar un metanálisis. Todos los ensayos mostraron diferencias no significativas en tres dimensiones del NHP (energía, dolor y sueño) entre los grupos de acupuntura y los grupos de acupuntura simulada o control abierto. En otras tres dimensiones del NHP (movilidad, aislamiento social y emoción), un ensayo informó una diferencia significativa a favor de la acupuntura en la mejoría de la movilidad y la emoción y otro ensayo informó una diferencia significativa a favor de la acupuntura en la mejoría del aislamiento social. Sin embargo, en comparación con dos ensayos con resultados negativos, estos dos ensayos positivos tuvieron muestras más pequeñas. Por lo tanto, no existe evidencia definitiva, a partir de los ensayos actuales, de que la acupuntura puede mejorar la calidad de vida a largo plazo.

Análisis de subgrupos

Debido a que el número de ensayos y el número total de pacientes incluidos en el análisis de cada resultado fueron pequeños, no se realizó el análisis predeterminado de subgrupos basado en el tipo de ACV (isquémico o hemorrágico), intervalo hasta el comienzo de la acupuntura y gravedad del ACV.

Análisis de sensibilidad

1. Exclusión de los ensayos que no utilizaron placebo ni tratamiento simulado en el grupo de control

Se incluyeron tres ensayos en el análisis; no se detectó ningún efecto considerable de la acupuntura sobre todos los resultados. Sin embargo, persistió una tendencia a un menor número de pacientes fallecidos o dependientes (OR 0,75; IC95% 0,47 a 1,21) y a un menor número de pacientes fallecidos o con necesidad de cuidado institucional (OR 0,58; IC95% 0,32 a 1,07) en los grupos que recibieron acupuntura comparados con los grupos de control al final del seguimiento.

2. Exclusión de los ensayos cuasialeatorios

Para el análisis anterior, sólo un ensayo cuasialeatorio proporcionó datos utilizables sobre los cambios en la puntuación del déficit neurológico global al final del período de tratamiento. La exclusión de los datos de este ensayo no alteró el resultado (DME 1,21; IC95% 0,20 a 2,22).

3. Exclusión de los ensayos en los que el momento exacto del comienzo de la acupuntura era incierto

Para el análisis anterior, hubo sólo un ensayo en el que el tiempo exacto del comienzo del tratamiento con acupuntura era incierto.

La exclusión de los datos de este ensayo sobre los cambios en la puntuación del déficit neurológico global al final del período de tratamiento, no alteró el resultado (DME 1,00; IC95% 0,05 a 1,95).

Efectos adversos

Número de pacientes con eventos adversos relacionados con la acupuntura

Nueve ensayos registraron los eventos adversos posiblemente relacionados con la acupuntura. Entre los 386 pacientes que recibieron acupuntura, sólo seis informaron eventos adversos moderados o graves y tres de ellos interrumpieron el tratamiento. Por lo tanto, el riesgo de eventos adversos graves con acupuntura fue posiblemente menor al 1,55%. Los eventos adversos posibles con acupuntura incluyeron dificultad para tolerar la estimulación debido a dolor desagradable y ansiedad, infección del brazo, mareos y hematomas graves en los puntos de acupuntura (en dos pacientes que recibieron tratamiento con heparina o warfarina).

CONCLUSIONES

Implicaciones para la práctica

Zhang SH, Liu M, Asplund K, Li L. Acupuntura para el accidente cerebrovascular agudo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

La evidencia actual no apoya el uso rutinario de la acupuntura en los pacientes con ACV agudo.

Implicaciones para la investigación

Dado que al parecer hay indicios de que la acupuntura es potencialmente eficaz y segura para el tratamiento del ACV isquémico agudo, se requieren ensayos adicionales bien diseñados para confirmar o refutar esta posibilidad. También es necesario realizar más ensayos controlados aleatorios de acupuntura para el ACV hemorrágico.

COMENTARIOS DE LOS REVISORES

Ninguno.

Thomas LH, Barthe J, Cross S, French B, Leathley M, Sutton C, Watkins C. Prevention and treatment of urinary incontinence after stroke in adults. The Cochrane Database of systematic Reviews 2005, Issue 3. Art N° CD004462.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria en pacientes adultos con ACV.</p> <p>Diseño RS+MA.</p> <p>Patrocinador <i>Faculty of Health University of central Lancashire</i>. Reino Unido.</p> <p>Valoración de la validez interna (++)</p>	<p>Búsqueda bibliografía - <i>MEDLINE</i> - <i>MEDLINE In-Process & Other Non-Indexed Citations (PREM)</i> (anteriormente conocida como <i>PREMEDLINE</i>) (<i>National Library of Medicine</i>, USA: the electronic version of Index Medicus) on Ovid on Digital Island (web interface) 1966-2004. Sin restricción idiomática.</p> <p>Grupos de comparación Acupuntura craneal vs. cuidado habitual (no hay más datos)</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) Utilización del canal Bai Hui.</p> <p>Nota: ambos grupos recibieron acupuntura de canales Guan Yuan y San Yinyao combinado con cuidados de enfermería, el cual se interpretó como cuidados habitual.</p> <p>Duración del tratamiento 2 semanas (2 cursos de tratamiento).</p> <p>Duración seguimiento 2 semanas.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Baja calidad Asignación de ocultación: B</p>	<p>Criterios de inclusión Pacientes adultos con ACV e incontinencia urinaria.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Nº de pacientes 60.</p> <p>Edad No hay datos.</p> <p>Sexo Hombres 53%, mujeres 47%.</p> <p>Nº de EC incluidos 1.</p>	<p>Frecuencia miccional Disminución de la frecuencia urinaria del 90,3% del grupo activo.</p> <p>16 / 30 pacientes informaron orina normal 12 / 30 pacientes orina parcialmente normal y 2 / 30 pacientes no refieren orina normal.</p> <p>Diferencia significativa entre el grupo experimental y control (p = 0,05 - 0,001).</p> <p>No informan resultados del grupo control. No hay más datos.</p> <p>Efectos adversos No hay datos.</p>	<p>No hay evidencia de la eficacia de la acupuntura en el manejo de la incontinencia urinaria de pacientes con ACV.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Es una revisión sobre todas las intervenciones Sólo se identificó un ensayo con acupuntura de 60 pacientes</p>

Sze FK, Wong E, Or KK, Lau J, Woo J. Does acupuncture improve motor recovery after stroke? A meta-analysis of randomized controlled trials. Stroke 2002; 33(11): 2604-2619.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Recuperación motora posterior a un ACV con acupuntura.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador Hong Kong Association for Health Care Ltd.</p> <p>Valoración de la validez interna (++)</p>	<p>Búsqueda bibliografía - Medline, CINAHL, Embase - Cochrane Controlled Trails Register - Nanking Traditional Chinese Medicine University Center for China`s Traditional Chinese Medicine Database - JiangSu Provincial Science and Technology Information Research Institute Database - Chinese Acupuncture and Moxibustion, Journal of Shangai Acupuncture and Moxibustion. 1966-2001.</p> <p>Idiomas inglés y chino.</p> <p>Grupos de comparación Acupuntura / electroacupuntura + rehabilitación convencional vs.. rehabilitación convencional sola</p> <p>Acupuntura + cuidados habituales vs.. cuidados habituales</p> <p>Acupuntura + cuidados habituales vs.. cuidados habituales+ sham acupuntura.</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) Los puntos más utilizados: GB21, LI11, ExUE7, GB34, BL60, LR3, LI4, ST38, TE5, GV20, TZ14, LI10, S36, S41, CV12, CV10, CV6, CV4, S24, S26, G7, DU20, DU24, P6, SP6, LV3, GV26, GV23, GV20, G21, LI15, LI14, G30, B36, B37, G34, G39, TW5, ST31, otros, acupuntura craneal, moxibustión, electroacupuntura.</p> <p>Duración del tratamiento 2-10 semanas.</p> <p>Duración seguimiento 2-10 semanas.</p> <p>Co-intervenciones Cuidados habituales o rehabilitación convencional.</p> <p>Calidad metodológica Jadad Sólo 3 ECA realizaron análisis por intención de tratar</p>	<p>Criterios de inclusión ECA que compararan acupuntura con cualquier otra terapia (incluso con acupuntura simulada) Pacientes con ACV en los 6 meses pasados (infarto cerebral, hemorragia, embolia o no clasificado) diagnosticado por clínica y/o por imágenes Medición del deterioro motor o discapacidad mediante alguno de los instrumentos reconocidos nacionales o internacionales</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Nº de pacientes 1213.</p> <p>Edad No hay datos.</p> <p>Sexo - No discriminan el sexo: 97 - Mujeres = 515 - Hombres = 601</p> <p>Nº de EC incluidos 14.</p>	<p>Resultados Baja calidad de los ensayos clínicos (n =1 0) Jadad ≥ 3 (n = 4) Heterogeneidad entre los estudios</p> <p>Acupuntura más rehabilitación convencional vs.. rehabilitación convencional Seis ensayos (Hu 1993, Johansson 1993, Sallstrom 1996, Gosman-Hedstrom 1998, Wong 1999, Sze 2002) (n = 485) evaluaron acupuntura más rehabilitación convencional vs. rehabilitación convencional sola por 2 a 10 semanas. La acupuntura no presentó efecto adicional en la recuperación motora (n = 485) tamaño del efecto 0,06 (IC95% -0,12 a 0,24). Pero si presentó un efecto beneficioso en la recuperación de la invalidez o incapacidad (0,49 (IC95% 0,03 - 0,96). Cuando esta variable fue convertida al <i>Barthel Index (BI)</i>, hubo una diferencia de 2,6 puntos a los 3 meses entre los dos grupos, esto representó un efecto clínicamente pequeño.</p> <p>Acupuntura más rehabilitación convencional vs.. acupuntura simulada más rehabilitación convencional Ocho ensayos (Tang 1996, Si 1998, Jin 1999, Li 1999, Zhang 1999, Chou 2000, Naeser 1992, Johansson 2001) (n = 728) compararon acupuntura y electroacupuntura vs.. acupuntura convencional y no convencional, acupuntura craneal, simulada más cuidados habituales por 2 a 10 semanas. No hubo diferencias entre los grupos, tanto en la recuperación motora (tamaño del efecto -0,06; IC95% -1,24 a 1,12) como en la invalidez o incapacidad (tamaño del efecto 0,07 IC95% -0,34 a 0,48). Se realizo análisis de sensibilidad, observándose cambios en las medidas de efectos pero los autores no pudieron interpretar a qué se debieron estos cambios (heterogeneidad)</p> <p>Efectos adversos No hay datos.</p>	<p>La acupuntura en la recuperación del ACV mostró no tener efecto adicional en la recuperación motora pero sí un efecto pequeño positivo en la recuperación de la incapacidad, que podría deberse al efecto placebo y a la gran variabilidad de la calidad. La eficacia de la acupuntura es incierta principalmente debido a la baja calidad de los estudios.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES</p> <p>Revisión con tablas muy completas, detallado análisis de calidad y de los resultados.</p>

Park J, Hopwood V, White AR, Ernst E. Effectiveness of acupuncture for stroke: a systematic review. J Neurol 2001; 248(7): 558-563.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Efectividad de la acupuntura en el ACV.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador <i>British Chevening Scholarship, United Kingdom south West Region NHS Executive.</i></p> <p>Valoración de la validez interna (++)</p>	<p>Búsqueda bibliografía - <i>Medline, EMBASE</i> - <i>Cochrane Controlled Trials Registe</i> - <i>Centralized Information Service for Complementary Medicine</i> (incluye <i>British Library Alternative Medicine database, AMED</i> y otras publicaciones). - Búsquedas en la Academia tradicional China de Medicina (China) - <i>Library Toyama Medical and Pharmaceutical University</i> (Japón) - <i>The Journal of Korean Acupuncture Society</i> - <i>Kyung-Hee University Oriental Medicine Journal</i> (Corea) 1969-1999. Sin restricción idiomática.</p> <p>Grupos de comparación Electroacupuntura vs. <i>sham</i> electroacupuntura Acupuntura vs. cuidados habituales Acupuntura vs. rehabilitación Electroacupuntura vs. rehabilitación</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) Electroacupuntura (1-2; 2-5; 9,4; 5-45 Hz). No se describen bien los puntos acupunturales, algunos se repiten en los ensayos (LI4, LI11, GB34, TE5, LR3). Duración del tratamiento Zou: acupuntura (sesiones diarias de acupuntura por 6 semanas) vs. tratamiento habitual (Vinpocetin 5 mg 4 veces por día) Naeser: electroacupuntura vs. <i>sham</i> (= acupuntura), no hay más datos. Johansson: electroacupuntura 2 veces por semana por 10 semanas vs. tratamiento rehabilitador. Hu: electroacupuntura 3 veces por semana por 4 semanas vs. tratamiento rehabilitador. Salltröm: electroacupuntura (20-30 minutos) 3 ó 4 veces por semana por 6 semanas + tratamiento rehabilitador vs. tratamiento rehabilitador. Zhang: electroacupuntura + péptido vasoactivo intestinal vs. tratamiento rehabilitador.</p> <p>Gosman-Hëdstrom: acupuntura profunda 2 veces por semana, estimulación eléctrica sólo en el lado parético vs. acupuntura superficial vs. no acupuntura (los 3 grupos recibieron tratamiento rehabilitador)</p> <p>Si: electroacupuntura+ tratamiento estandar vs. tratamiento estándar. Duan: acupuntura profunda vs. acupuntura superficial. (una vez por día por 30 días) Todos recibieron además tratamiento estándar. Duración seguimiento: No hay más datos. Co-intervenciones: No hay datos. Calidad metodológica: Jadad. 7 de baja calidad y 2 de alta calidad.</p>	<p>Criterios de inclusión Pacientes con ACV (infarto cerebral, isquémico, agudo, subagudo).</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Nº de pacientes 538 (288 recibieron acupuntura).</p> <p>Edad No hay datos.</p> <p>Sexo No hay datos.</p> <p>Nº de EC incluidos 9.</p>	<p>Resultados Según medidas de resultados CSRM (<i>Chinese Stroke Recovery Measure</i>). La evaluaron tres estudios, de los cuales dos mostraron una mejoría significativa y el tercero no encontró diferencias. CSS/SSS (<i>Chinese stroke Scale/Scandinavian Stroke Scale</i>). Con un estudio cada uno, ambas medidas mejoraron de forma significativa en el grupo activo. Barthel ADL (<i>Activity of Daily Living</i>). Tres estudios no mostraron mejoría significativa en esta medida, un ensayo midió el Sunnas ADL (<i>Activity of Daily Living</i>) sin mejoría significativa. Según estudios incluidos Zou: (n = 63) Jadad 1, mejoría del CSRM en el grupo acupuntura (p<0,001). Naeser: (n = 16) Jadad 3, rango de movilidad NS (no significativo), sí reducción significativa de la lesión cerebral en el grupo activo. (p<0,013). Johansson: (n = 78) Jadad 2, mejoría significativa en el equilibrio, caminar, ADL y calidad de vida, días de ingreso hospitalario y enfermería en el hogar en el grupo acupuntura. No hubo mejoría de función motora en los grupos. Hu: (n = 30) Jadad 2, mejoría significativa en el SSS en el grupo activo, no mejoría en el <i>Barthel Index</i>. Salltröm: (n = 49) Jadad 2, hubo una mejoría significativa en el grupo acupuntura en el MAS (Motor Assessment Scale) y en el NHP (<i>Nottingham Health Profile</i>) pero no en el Sunnas ADL. Zhang. (n = 64) Jadad 1, no hubo diferencias entre los grupos. Gosman-Hëdstrom: (n = 104) Jadad 5, no hubo diferencias entre los grupos en ninguna de las variables medidas: SSS, Barthel ADL, Sunnas ADL ni en el NHP. Si: (n = 42) Jadad 1, recuperación funcional significativa en el grupo electroacupuntura. Duan: (n = 92) Jadad1, CSRM mejoría significativa en el grupo activo. Efectos adversos Hu refiere vértigos no severos.</p> <p>No hay más datos.</p>	<p>La evidencia es insuficiente para confirmar la eficacia de la acupuntura en el manejo del ACV.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Gran heterogeneidad del inicio de la intervención con respecto al tiempo posterior del ACV (1,5 - 60 días). Los estudios de baja calidad dan resultados positivos. El único estudio con máxima calidad (Jadad 5) y 104 pacientes, no mostró diferencias en ninguna de las variables medidas.</p>

Adicciones

Riet G, Kleijnen J, Knipschild P. A meta-analysis of studies into the effect of acupuncture on addiction. Br J Gen Pract 1990; 40(338): 379-382.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Eficacia de la acupuntura en las adicciones.</p> <p>Diseño RS Estudios clínicos (no hay datos del tipo de diseño).</p> <p>Patrocinador No hay datos.</p> <p>Valoración de la validez interna (-)</p>	<p>Búsqueda bibliografía - <i>Medline</i> - <i>Excerpta Medica</i> - Literatura gris 1981-1989. No hay datos de idiomas.</p> <p>Grupos de comparación No hay datos.</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) No hay datos.</p> <p>Duración del tratamiento No hay datos.</p> <p>Duración seguimiento No hay datos.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Escala <i>ad hoc</i>, puntuación máxima de 100, valora 4 ítems: comparabilidad de pronóstico, intervención adecuada, medida de efecto adecuada, presentación de los datos.</p>	<p>Criterios de inclusión Sujetos humanos adictos al tabaco, heroína o alcohol. Estudios con acupuntura.</p> <p>Criterios de exclusión Estudios sólo de electroacupuntura o acupuntura láser.</p> <p>Nº de pacientes No hay datos.</p> <p>Edad No hay datos.</p> <p>Sexo No hay datos.</p> <p>Nº de EC incluidos 21.</p>	<p>Tabaquismo 3 / 15 estudios fueron positivos, los tres de baja calidad. El resto de los estudios fueron negativos, de ellos cuatro fueron de calidad aceptable (66 - 71).</p> <p>Heroína 3 / 5 estudios fueron positivos, todos de baja calidad (28 - 39). Alcohol 2 / 2 estudios fueron positivos (ambos del mismo autor), los dos de baja calidad (56, 47).</p> <p>En la figura 1 se muestra la distribución acumulativa de la puntuación de calidad metodológica de los 21 estudios. Se observa que los estudios con resultados negativos presentan mejor puntuación.</p> <p>Efectos adversos No hay datos.</p>	<p>Los resultados disponibles no apoyan el efecto de esta intervención en las adicciones estudiadas.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Revisión de baja calidad, sólo valora la calidad metodológica con una escala <i>ad hoc</i>.</p> <p>No hay datos de los estudios.</p>

Mills EJ, Wu P, Gagnier J, Ebbert JO. Efficacy of acupuncture for cocaine dependence: a systematic review & meta-analysis. *Harm Reduct J* 2005; 2(1): 4.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Eficacia de la acupuntura en la dependencia por cocaína.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador No hay datos.</p> <p>Valoración de la validez interna (++)</p>	<p>Búsqueda bibliografía AMED, <i>Campbell Collaboration</i>, CINAHL, <i>Cochrane library</i>, <i>Cochrane controlled Trials registry</i>, E-Psyche, HTA, <i>Medline</i>, <i>Wang Fang</i>, <i>Chinese Hospital Knowledge Database</i>, <i>Clinicaltrials.gov</i> y <i>UK National Research register</i>.</p> <p>1966-enero 2005. Sin restricción de idiomas.</p> <p>Grupos de comparación Auriculopuntura vs. <i>sham</i> auriculopuntura Auriculopuntura + terapia cognitivo conductual vs. terapia cognitivo conductual vs. medicación vs. modificación de ondas cerebrales Auriculopuntura + terapia psicológica vs. terapia psicológica sola o asociada a <i>sham</i> auriculopuntura Auriculopuntura (NADA) vs. terapia de relajación</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) No hay datos.</p> <p>Duración del tratamiento Una sesión, 10 días a 28 semanas.</p> <p>Duración seguimiento Una sesión, 4 a 12 semanas.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Evaluaron aleatorización, asignación, cegamiento, pérdida de seguimiento y co-intervenciones.</p>	<p>Criterios de inclusión Pacientes con diagnóstico de dependencia a la cocaína de cualquier duración o severidad asignados de manera aleatoria a acupuntura vs. <i>sham</i> acupuntura u otro tipo de control.</p> <p>Criterios de exclusión Pacientes con adicciones múltiples o dependencia.</p> <p>Nº de pacientes 1747.</p> <p>Edad 18 - 51 años.</p> <p>Sexo Ambos.</p> <p>Nº de EC incluidos 9.</p>	<p>Resultados En los 9 ECA se usó auriculopuntura. En 4 el régimen específico (NADA: <i>National Acupuncture Detoxification Association</i>), y en 2 se empleó una combinación de auriculopuntura + acupuntura corporal.</p> <p>Se combinaron 7 ECA (confirmación bioquímica de la abstinencia a la cocaína) OR 0,76 (IC95% 0,45 - 1,27); p = 0,3; I² 30%, p de heterogeneidad = 0,19.</p> <p>Un análisis secundario, considerando todos los abandonos como fallo del tratamiento reportó un OR 0,76 (IC95% 0,54 - 1,08); P = 0,12, I² 0% y p de heterogeneidad = 0,5.</p> <p>Efectos adversos Se informaron en varios estudios dolor y miedo a las agujas. Ningún estudio informó el porcentaje de pacientes que presentaron efectos adversos.</p>	<p>Esta revisión no apoya el uso de la acupuntura para el tratamiento de la dependencia por cocaína.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Ninguno.</p>

Gates S, Smith LA, Foxcroft DR. Auricular acupuncture for cocaine dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2006; (1): CD005192.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Auriculopuntura en la adicción por cocaína.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador EDAP Project (<i>Evidence for Drugs and Alcohol Policy</i>) patrocinado por la European Community-Directorate Public Health. Unión Europea.</p> <p>Valoración de la validez interna (++)</p>	<p>Búsqueda bibliografía <i>Medline, CENTRAL, EMBASE, CINAHL, PsycInfo, SIGLE</i>, búsqueda manual. 1966 - octubre 2004. Sin restricción de idiomas.</p> <p>Grupos de comparación Auriculopuntura vs. acupuntura simulada Auriculopuntura vs. terapia cognitivo conductual Auriculopuntura vs. terapia de relajación</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) <u>Avants (1995)</u>: 3 sitios bilateral en oreja y uno bilateral en manos, por 45 minutos 5 días por semana por 6 semanas.</p> <p><u>Avants (2000)</u>: protocolo NADA vs. terapia de relajación, 40 minutos, por 5 días a la semana por 8 semanas.</p> <p><u>Bullock (1997)</u>: acupuntura convencional vs. <i>sham</i>, 45 minutos, 28 sesiones en 8 semanas.</p> <p><u>Lipton (1994)</u>: 4 sitios bilateral en oreja vs. <i>sham</i>, 45 minutos 2 veces / día, 6 veces /semana por 4 semanas.</p> <p><u>Margolin (2002)</u>: 4 puntos bilateral en oreja vs. <i>sham</i> vs. terapia de relajación 40 minutos / día, por 6 días por 8 semanas.</p> <p><u>Otto (1998)</u>: 5 puntos bilateral en oreja vs. <i>sham</i>. Fase 1, 30 a 45 minutos 5 veces / semana por 2 semanas. Fase 2, 3 veces / semana por 2 semanas. Fase 3 una vez / semana por 8 semanas.</p> <p><u>Richard (1995)</u>: protocolo NADA (una vez / día por 10 días y luego 3 veces / semana por 10 días) + terapia cognitivo conductual vs. terapia cognitivo conductual.</p> <p>Duración del tratamiento 4, 6, 8, 12 semanas.</p> <p>Duración seguimiento 4, 6, 8, 12 semanas.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica La evaluación de la calidad de los ensayos aleatorios incluía: 1. Ocultamiento de la asignación A. Ocultamiento adecuado de la asignación: asignaciones al azar centrales (p. ej. asignación por una oficina central sin conocimiento de las características de los sujetos), sobres sellados y opacos, sistema informatizado <i>in situ</i> combinado con asignaciones guardadas en un archivo informático cerrado al que se puede acceder solamente después de que se han ingresado las características de</p>	<p>Criterios de inclusión - Adictos a la cocaína o al <i>crash</i>. - ECA</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Nº de pacientes 1433.</p> <p>Edad No hay datos.</p> <p>Sexo No hay datos.</p> <p>Nº de EC incluidos 7.</p>	<p>Resultados Uso de cocaína (validación bioquímica) Se combinan 4 estudios. Auriculopuntura vs. <i>sham</i>: A corto plazo: 3 ECA. RR 1,01 (IC95% 0,94 - 1,08). A largo plazo: RR 0,98 (IC 95% 0,89-1,09). Auriculopuntura vs. no acupuntura: (2 estudios) RR 0,99 (IC95% 0,92 - 1,05) I²=67,9%</p> <p>Uso de cocaína (auto reporte) 2 estudios. No hubo diferencias a corto y largo plazo.</p> <p>Severidad de la dependencia 5 estudios midieron el índice de adicción: <i>Addiction Severity Index</i>, no hubo diferencias entre el grupo acupuntura y el control.</p> <p>Abandonos No hubo diferencias entre los abandonos en el grupo activo vs. el control (RR 1,05; IC95% 0,89 -1,23) y entre acupuntura vs. no acupuntura (RR 1,06; IC95% 0,90 -1,26) I²=83,2%.</p> <p>Necesidad de cocaína Solo un estudio (acupuntura vs. <i>sham</i>) midió el desenlace con una escala visual análoga (0 - 10). La diferencia de medias fue de -2,30 (-3,78, -0,82).</p> <p>Efectos adversos No hay datos de efectos adversos en los estudios incluidos.</p>	<p>Implicaciones para la práctica No hay evidencia de la efectividad de la auriculopuntura en la dependencia por cocaína. La evidencia que hay no es de alta calidad y es no concluyente.</p> <p>Implicaciones para la investigación Se necesitan estudios bien diseñados, amplios y a largo plazo.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Ninguno.</p>

Gates S, Smith LA, Foxcroft DR. Auricular acupuncture for cocaine dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2006; (1): CD005192.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
	<p>un participante reclutado u otra descripción que garantizara el ocultamiento.</p> <p>B. Ocultamiento incierto de la asignación, en el que los autores no informaron el enfoque del ocultamiento o informaron un enfoque que no correspondía a la categoría A o C.</p> <p>C. Ocultamiento inadecuado de la asignación: alternancia o referencia a números de historia clínica, fechas de nacimiento, día de la semana. Cualquier procedimiento que sea completamente transparente antes de la asignación, como una lista abierta de números u otra descripción que incluya elementos que no avalen el ocultamiento.</p> <p>2. Cegamiento de los participantes</p> <p>A. Sí</p> <p>B. No</p> <p>C. Incierto</p> <p>3. Cegamiento de la evaluación del resultado</p> <p>A. Sí</p> <p>B. No</p> <p>C. Incierto</p> <p>El cegamiento del acupunturista no fue posible.</p> <p>4. Sesgo de deserción</p> <p>A. Pérdida durante el seguimiento completamente registrada</p> <p>B. Pérdida durante el seguimiento registrada de forma incompleta</p> <p>C. Incierto o no realizado</p> <p>5. El cumplimiento del seguimiento se evaluó mediante el registro de los siguientes aspectos:</p> <p>Método de análisis: del tipo intención de tratar (<i>intention-to-treat analysis</i>) o por protocolo</p> <p>Método de imputación utilizado para los datos que faltaban</p> <p>Proporción de participantes que finalizó el período de seguimiento completo</p>			

D'Alberto A. Auricular acupuncture in the treatment of cocaine/crack abuse: a review of the efficacy, the use of the National Acupuncture Detoxification Association protocol, and the selection of sham points. J Altern Complement Med 2004; 10(6): 985-1000.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Eficacia de la acupuntura en el tratamiento de la adicción a la cocaína.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador No hay datos.</p> <p>Valoración de la validez interna (+)</p>	<p>Búsqueda bibliografía ARRCBASE, Medline, AMED, EMBASE, búsqueda manual. 1966-2004. Sólo idioma inglés.</p> <p>Grupos de comparación Auriculopuntura vs. sham acupuntura Auriculopuntura vs. terapias de relajación</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) <u>Lipton (1994)</u>: 4 agujas en pulmón, hígado, shenmen y simpático. Uno o dos sesiones / día por 6 días por 4 semanas. <u>Otto (1998)</u>: protocolo NADA (5 agujas en pulmón, hígado, riñón, shenmen y simpático) en tres fases: 1) 30 - 45 minutos 5 días por semana por 2 semanas, 2) 3 veces por semana por 2 semanas y 3) una vez por semana por 8 semanas. <u>Bullock (1997)</u>: protocolo NADA + LI4 en 28 sesiones por 8 semanas. <u>Avants (2000)</u>: protocolo NADA 40 minutos por semana por 8 semanas. <u>Killeen (2002)</u>: protocolo NADA. <u>Margolin (2002)</u>: protocolo NADA 40 minutos por semana por 8 semanas.</p> <p>Duración del tratamiento 4-12 semanas.</p> <p>Duración seguimiento 4 semanas-12 semanas.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Escala de 18 ítems con puntuación máxima de 100, son los criterios de ter Riet (1990) modificados por Hammerschlag y Morris (1990), y Koes (1995).</p>	<p>Criterios de inclusión Adictos a la cocaína o crack como adicción principal.</p> <p>Criterios de exclusión Uso de moxibustión, acupuntura láser, TENS o electroacupuntura.</p> <p>Nº de pacientes 1356.</p> <p>Edad No hay datos.</p> <p>Sexo No hay datos.</p> <p>Nº de EC incluidos 6.</p>	<p>Resultados De los 6 ECA dos de ellos presentaron resultados positivos.</p> <p>Calidad metodológica Todos \geq 60 (adecuada calidad) Rango 83 a 64 Media 75 DE 6,80</p> <p>Efectos adversos No hay registros de efectos adversos en los estudios.</p>	<p>La revisión no pudo confirmar la eficacia de la acupuntura en el tratamiento de la adicción por cocaína.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Ninguno</p>

Asma

McCarney RW, Brinkhaus B, Lasserson TJ, Linde K. Acupuntura para el asma crónica (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Acupuntura para el asma crónica.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador Donald Lane Trust, Oxford, Reino Unido, Oxfordshire Health Authority Trust Fund, Reino Unido.</p> <p>Valoración de la validez interna (++)</p>	<p>Búsqueda bibliografía - <i>Asthma and Wheez</i> del Grupo Cochrane de Vías Respiratorias - <i>Alternative Medicine Electronic Database</i> (AMED) de la <i>British Library</i> (agosto de 2003). - Base de datos de ensayos de la <i>Cochrane Field for Complementary Medicine</i> - listas de referencias de revisiones publicadas. - Búsqueda manual adicional. Búsqueda hasta agosto 2003 Sin restricción idiomática.</p> <p>Grupos de comparación Acupuntura vs. placebo (simulada) Acupuntura vs. no tratamiento Acupuntura láser vs. placebo (simulada)</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) REN17, LI4, LI11, EX BW1, BL13, REN22, LU1, LU5, LU6, LU7, LU10, BL17, KD3, SP6, GB8, GB34, SJ3, SJ7, PC6, CV17, GV20, ST36, ST40, KI3, DU14, LV3, LV9.</p> <p>Láser leve (820 y 632 nm de longitud de onda) Puntos no acupunturales Mock TENS</p> <p>Duración del tratamiento Desde una sesión hasta 15 o más, por una a 12 semanas.</p> <p>Duración seguimiento</p>	<p>Criterios de inclusión Ensayos clínicos de pacientes de cualquier edad con asma, que evaluaban acupuntura vs. placebo u otras intervenciones.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Nº de pacientes 324.</p> <p>Edad 5 - 73 años.</p> <p>Sexo Mujeres 161 Hombres 139 Un estudio no informaba sexo.</p> <p>Nº de EC incluidos 11.</p>	<p>Resultados Los datos se estratificaron por edad (adultos y niños). No se realizó análisis de subgrupo por la falta de datos.</p> <p>Acupuntura con agujas vs. acupuntura con agujas simulada Función pulmonar: se combinaron los datos para el VEF1 después del tratamiento con acupuntura o simulación. No se observaron diferencias significativas (DPE: 0,12; IC95% -0,31 a 0,55). No se pudieron combinar otros datos sobre otras variables de función pulmonar. Todos los estudios restantes informaron hallazgos no significativos. Uso de medicación: se presentaron datos reales en siete estudios y los métodos de evaluación y monitorización difirieron fundamentalmente, no se realizó metanálisis. Dos ensayos encontraron reducciones estadísticamente significativas en el uso de medicación <i>versus</i> el tratamiento simulado (Christensen 1984 p = 0,001; Joos 2000 no se informan valores). Mediciones subjetivas: todos los ensayos intentaron monitorizar los síntomas subjetivos de alguna manera. Nuevamente, las diferencias en los métodos y la presentación de datos hicieron que sólo fuera posible un metanálisis limitado. Dos ensayos midieron la mejoría percibida del bienestar general sin que se observaran diferencias significativas en la probabilidad de mejoría entre la acupuntura simulada y la acupuntura activa (RR 1,13; IC95% 0,51 a 2,51). Hubo heterogeneidad significativa (I² =74,1%). Sin embargo, ambos estudios cruzaron la línea de ninguna diferencia. Biernacki (1998) midió las puntuaciones de CCVA (cuestionario de calidad de vida del asma) y detectó una mejoría significativa después del tratamiento en ambos grupos (tratamiento activo: p = 0,003; tratamiento simulado: p = 0,005). Puesto que éste era un estudio cruzado (<i>crossover</i>), no debe descartarse un efecto de arrastre. Los síntomas se midieron por separado en cuatro estudios. No se observaron diferencias significativas entre el tratamiento y la acupuntura simulada. Informaron una disminución significativa en la puntuación diaria de síntomas <i>versus</i> placebo (p < 0,05), pero los valores iniciales fueron más elevados en el grupo de tratamiento activo. Sin embargo, las puntuaciones semanales fueron significativamente más altas en el grupo de tratamiento activo en comparación con el placebo a la cuarta semana (p < 0,05), después de la cual no se observaron diferencias. No se observaron diferencias significativas entre los valores iniciales y las mediciones realizadas durante todo el estudio en el grupo de acupuntura simulada sobre las puntuaciones de síntomas diarias o semanales.</p> <p>2. Acupuntura láser vs. acupuntura láser simulada Función pulmonar: no se detectaron diferencias significativas en las puntuaciones de cambio para el flujo máximo matutino o vespertino, ni para el VEF1. Hirsch (1994) no detectó diferencias significativas en las puntuaciones de cambio en las puntuaciones iniciales <i>versus</i> activas sobre el flujo máximo matutino o vespertino, o PC20. Se detectó una disminución significativa en el VEF1% predicho (113,6% <i>versus</i></p>	<p>Implicaciones para la práctica Con base en esta revisión no es posible hacer recomendaciones para la práctica de la acupuntura.</p> <p>Implicaciones para la investigación Existe una imperiosa necesidad de información acerca de las diferentes maneras en las que se practica la acupuntura, cuya evaluación permitiría que se puedan diseñar ensayos apropiados. Los ensayos futuros deben tratar de incluir un brazo de control sin tratamiento, además de grupos activos y simulados. La acupuntura también debe evaluarse en el contexto del asma más grave, para poder generalizar los hallazgos de investigaciones clínicas informadas y realizadas más rigurosamente. Las pruebas disponibles no permiten la comparación objetiva entre diferentes tipos de acupuntura. Por consiguiente, no es posible hacer comentarios sobre las afirmaciones de los defensores de cualquier técnica o estilo de que uno es mejor que otro.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Ninguno.</p>

McCarney RW, Brinkhaus B, Lasserson TJ, Linde K. Acupuntura para el asma crónica (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
	<p>No hay datos claros.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Jadad.</p>		<p>103,23%). No se detectaron diferencias significativas entre el tratamiento simulado y el valor inicial para el flujo máximo matutino o vespertino, VEF1% predicho y PC20.</p> <p>Uso de la medicación: tres estudios presentaron datos como cambio de diferencia de promedios con respecto a las puntuaciones iniciales (tratamiento versus inducción; simulación versus inducción), ya que éstos no pudieron utilizarse como DPP ni variables de VIG. Se observaron diferencias no significativas para el uso de beta-agonistas. Hirsch (1994) no midió el uso de medicación.</p> <p>Mediciones subjetivas: Tandon (1991) no detectó diferencias significativas en las puntuaciones de síntomas. Hirsch (1994) no detectó diferencias significativas en las puntuaciones de síntomas en comparación con el valor inicial para ambos tratamientos (activo 0,75 versus 0,75; p = 1; simulado: 0,71 versus 0,71; p = 1).</p> <p>3. Acupuntura con agujas vs. acupuntura láser simulada (Malmström 2002)</p> <p>Función pulmonar: no se observaron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento y de control en el flujo máximo matutino a los 90 días.</p> <p>Uso de la medicación: no se observaron diferencias significativas en el uso de la medicación entre los grupos de tratamiento y de control a los 90 días.</p> <p>Efectos adversos: No hay datos.</p>	

Martin J, Donaldson AN, Villarroel R, Parmar MK, Ernst E, Higginson IJ. Efficacy of acupuncture in asthma: systematic review and meta-analysis of published data from 11 randomised controlled trials. Eur Respir J 2002;20(4):846-52.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Acupuntura en asma.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador No hay datos.</p> <p>Valoración de la validez interna (+)</p>	<p>Búsqueda bibliografía Medline, Biological Abstracts and Disseration Abstracts. 1970-2000. No hay datos de idiomas.</p> <p>Grupos de comparación - Acupuntura vs. placebo</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) No hay datos.</p> <p>Duración del tratamiento No hay datos.</p> <p>Duración seguimiento No hay datos.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Aleatorización, cegamiento, pérdidas.</p>	<p>Criterios de inclusión - ECC, ECA que comparen acupuntura vs. placebo. - Medidas de resultados que al menos incluyan: PEFR (pico flujo espiratorio), FEV1 (volumen espiratorio forzado en 1 segundo) y FVC (capacidad vital forzada)</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Nº de pacientes 202.</p> <p>Edad Medias entre 11- 43 años.</p> <p>Sexo Mujeres 85 Hombres 72 2 estudios no ofrecen datos.</p> <p>Nº de EC incluidos 11.</p>	<p>Resultados Estudios limitados por la falta de datos metodológicos.</p> <p>1. Efecto general del tratamiento: diferencia de media estandarizada (DME) = 0,12 (IC95% -0,07-0,31). Esto corresponde aproximadamente a una diferencia del FEV1 de 1,7 (IC95% -1,3-4,7). El test de heterogeneidad no fue significativo (p = 0,13). Los estudios con broncoconstricción inducida o no por el ejercicio se analizaron por separado: El grupo de estudios con broncoconstricción inducida por el ejercicio tuvo un efecto = 0,3 (IC95% 0,04 a 0,56). La heterogeneidad fue mínima entre los estudios. El grupo de estudios con broncoconstricción no inducida por el ejercicio tuvo un efecto -0,08 (IC 95% -0,28 a 0,20). El test de heterogeneidad fue de p = 0,11 debido principalmente el estudio de Díaz et al.</p> <p>2. FVC: no se analizó porque se midió en tres estudios, dos en condiciones experimentales similares.</p> <p>3. FEV1 (n = 5 ECA). La diferencia media general fue de 3,53 (IC95% 0,44 a 6,62), y la diferencia de media estandarizada de 0,17 (IC95% -0,05 a 0,39). El test de heterogeneidad fue de 0,40.</p> <p>Sesgo de publicación Todos los estudios con n de pacientes de 11 a 19 fueron positivos y los dos estudios más grandes con resultados negativos.</p> <p>Efectos adversos No hay datos.</p>	<p>El metanálisis no mostró evidencia de la eficacia de la acupuntura en el manejo del asma, lo cual puede ser debido a las limitaciones de cada estudio analizado. Se necesitan más estudios bien diseñados y de gran tamaño.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES</p> <p>No hay ningún dato sobre las técnicas de acupuntura, la duración del tratamiento ni del seguimiento, co-intervenciones recibidas entre otros.</p> <p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los estudios no dan información sobre el cálculo del tamaño muestral. - El placebo parece tener un efecto en las enfermedades pulmonares. - La falta de información en los estudios limita mucho la fiabilidad y validez de los resultados.

Kleijnen J, ter Riet G, Knipschild P. Acupuncture and asthma: a review of controlled trials. Thorax 1991; 46: 799-802.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Acupuntura y asma.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador No hay datos.</p> <p>Valoración de la validez interna (-)</p>	<p>Búsqueda bibliografía Medline, Excerpta Medica, Journals of Alternative Medicine, Journal of Traditional Chinese Medicine 1963-1989. No hay datos de restricción de idiomas.</p> <p>Grupos de comparación Acupuntura vs. placebo (no hay más datos).</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) No hay datos.</p> <p>Duración del tratamiento No hay datos.</p> <p>Duración seguimiento No hay datos.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Escala <i>ad hoc</i>, máxima puntuación 100. Evalúan 18 ítems.</p>	<p>Criterios de inclusión Estudios de acupuntura en el asma.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Nº de pacientes No hay datos.</p> <p>Edad No hay datos.</p> <p>Sexo No hay datos.</p> <p>Nº de EC incluidos 13.</p>	<p>Resultados Mala calidad de estudios. 8 / 13 puntuaron con más de 50, el mejor llegó a 72. Sólo 3 / 8 que puntuaron más de 50 presentaron resultados positivos, los demás 5 presentaron resultados negativos. Las medidas de resultados no están definidas.</p> <p>Efectos adversos No hay datos.</p>	<p>La acupuntura para el asma no está basada en estudios válidos y confiables.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Es una revisión que evalúa la calidad de los estudios sobre acupuntura en el asma. Sólo presenta resultados como positivos o negativos.</p>

Depresión

Smith CA, Hay PPJ. Acupuntura para la depresión (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Acupuntura para la depresión.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador Universidad de South Australia, James Cook University, Australia.</p> <p>Valoración de la validez interna (++)</p>	<p>Búsqueda bibliografía - <i>Cochrane Central Register of Controlled Trials</i> (CENTRAL) y <i>MEDLINE</i> (1966 hasta septiembre 2003) - <i>EMBASE</i> (1980 hasta septiembre 2003) - <i>PSYCINFO</i> (1874 hasta septiembre 2003) - <i>The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness</i> (DARE), <i>CISCOM</i> (base de datos de investigaciones del <i>Research Council for Complementary Medicine</i>) y <i>CINAHL</i> (enero 1980 hasta septiembre 2003). Se solicitó ayuda al Centro Cochrane chino (<i>Chinese Cochrane Centre</i>) para realizar búsquedas en las bases de datos chinas. Sin restricción idiomática.</p> <p>Grupos de comparación Acupuntura vs. medicación Acupuntura vs. lista de espera Acupuntura vs. acupuntura no específica Acupuntura+medicación vs. medicación sola Acupuntura+medicación vs. medicación + acupuntura simulada</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) No todos los estudios definen los puntos acupunturales. Algunos puntos utilizados: Bai Hui, YinTang, BL15, BL17, BL18, H7, P6, ST40, Sp5, Sp6, Lung1, Gv24, Gv20, Gv14, Gv12, Cv17, Cv14, GB20, P6, puntos adicionales: St23, Sp6, Lv3, Sp10, H7, P7, Sp6. ST36, Kd3, Sp6, St36, Cv4</p>	<p>Criterios de inclusión Adultos con depresión, definida mediante la descripción del cuadro clínico o diagnosticada según el <i>Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV, APA 1994)</i>, los <i>Research Diagnostic Criteria (RDC, Spitzer 1977)</i>, o la <i>International Classification of Disease (ICD, WHO 1993)</i>.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Nº de pacientes 517.</p> <p>Edad 18 - 70 años.</p> <p>Sexo Ambos.</p> <p>Nº de EC incluidos 7.</p>	<p>1. Acupuntura vs. medicación Reducción en la gravedad de la depresión: cinco estudios con 409 participantes en total, informaron sobre una reducción de la gravedad de la depresión mediante la <i>Hamilton Depression Rating Scale</i>. En conjunto, no hubo diferencias significativas entre los grupos. En el metanálisis se identificó una heterogeneidad límite, El estilo de acupuntura (clásica vs. electroacupuntura) no mostró diferencias de igual manera, tampoco se encontraron diferencias significativas en la gravedad de la depresión entre los dos ensayos que utilizaron acupuntura clásica. Mejoría de la depresión: cuatro estudios, que incluyeron 375 participantes, informaron sobre este resultado y se incluyeron en el metanálisis (RR 1,20; IC95% 0,94 a 1,51). No se informaron otras medidas de resultado.</p> <p>Acupuntura versus lista de espera Un estudio informó sobre dos medidas de resultado para esta comparación (Allen 1998). Reducción en la gravedad de la depresión: un estudio no encontró ninguna diferencia significativa entre los grupos. Mejoría de la depresión: en este estudio la mejoría se definió como remisión completa. No se encontró ninguna diferencia significativa entre los grupos.</p> <p>Acupuntura versus acupuntura no específica Se realizó una comparación en el ensayo de Allen (1998) entre el grupo de acupuntura específica para tratar la depresión y un grupo de tratamiento con acupuntura no específica. Reducción en la gravedad de la depresión: se encontró una mayor reducción promedio en las puntuaciones de depresión entre los participantes en el grupo de acupuntura específica, en comparación con el grupo de acupuntura no específica (DMP -8,80; IC95% -15,03 a 2,57). Mejoría de la depresión: no se encontró ninguna diferencia significativa en el número informado de remisiones completas entre los grupos.</p> <p>Acupuntura más medicación versus medicación sola Dos estudios realizaron esta comparación: Roschke (2000) y Luo (1998). Reducción en la gravedad de la depresión: en el estudio en el cual 21 sujetos recibieron acupuntura además de medicación, (Luo 1998), aquellos sujetos que recibieron medicación solamente registraron una mayor reducción de la gravedad de la</p>	<p>Implicaciones para la práctica No existe evidencia suficiente para determinar la eficacia de la acupuntura, en comparación con la medicación, para el tratamiento de la depresión, según la calidad metodológica de estos ensayos. Los datos son insuficientes para demostrar si la acupuntura es más eficaz que una lista de espera, acupuntura simulada o no específica como controles, o si la acupuntura más medicación es más eficaz que la acupuntura más placebo.</p> <p>Implicaciones para la investigación Se necesitan ensayos controlados aleatorios adicionales para evaluar la efectividad de la acupuntura en el tratamiento de la depresión.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Ninguno.</p>

Smith CA, Hay PPJ. Acupuntura para la depresión (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
	<p>Duración del tratamiento 4 - 8 semanas.</p> <p>Duración seguimiento 4 - 8 semanas.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Los criterios para evaluar el sesgo se describen como: A. Riesgo bajo de sesgo (ocultamiento adecuado de la asignación) B. Riesgo moderado de sesgo (algunas dudas sobre los resultados) C. Riesgo elevado de sesgo (ocultamiento inadecuado de la asignación) (Clarke 2000). Escala de Jadad.</p>		<p>depresión (DMP 3,1; IC95% 1,04 a 5,16).</p> <p>Mejoría de la depresión: un estudio (Roschke 2000), que incluyó 46 sujetos, no encontró diferencias significativas entre estos dos grupos.</p> <p>Acupuntura más medicación versus acupuntura más placebo Dos estudios realizaron esta comparación: Roschke (2000) y Luo (1998).</p> <p>Reducción en la gravedad de la depresión: en el ensayo de Luo (1998), que incluyó 28 sujetos, no se encontró ninguna diferencia significativa en la gravedad de la depresión .</p> <p>Mejoría de la depresión En el ensayo de Roschke (2000), que incluyó 46 sujetos, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos para una mejoría de la depresión. No fue posible realizar un análisis de sensibilidad basado en los criterios de la asignación porque sólo un ensayo (Allen 1998), cumplió con los criterios de la categoría "A".</p> <p>Efectos adversos La información sobre los efectos adversos fue limitada. Han (1986) describió los efectos adversos para el grupo de acupuntura solamente. El 10% de los sujetos describió alteraciones del sueño, el 7% cefaleas y 7%, cansancio. El grupo que recibió fármacos notificó efectos adversos en relación con la sensación de boca seca, constipación, pirosis, somnolencia y cefaleas, aunque no se presentaron los datos. Luo (1988) informó que los efectos adversos en el grupo de amitriptilina fueron significativamente más frecuentes que en el grupo de acupuntura. El autor recogió 138 eventos adversos en el grupo de acupuntura, entre los cuales las cefaleas (n = 26), las palpitaciones (n = 16) y la sensación de boca seca (n = 16) fueron los más frecuentes. En el grupo que recibió fármacos, 342 sujetos registraron efectos adversos leves; los más frecuentemente reportados fueron las palpitaciones (n = 43), la sensación de boca seca (n = 42), y el cansancio físico (n = 38).</p>	

Mukaino Y, Park J, White A, Ernst E. The effectiveness of acupuncture for depression--a systematic review of randomised controlled trials. *Acupunct Med* 2005; 23(2): 70-6.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Acupuntura en la depresión.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador No hay datos.</p> <p>Valoración de la validez interna (+)</p>	<p>Búsqueda bibliografía - <i>Medline</i> - <i>Embase</i> - <i>Cochrane Library</i> - <i>PsycINFO</i> - <i>Centralised Information Service for Complementary Medicine</i> (que incluye la <i>British Library alternative Medicine database</i>) - AMED - <i>Igaku Chuo Zashi</i> (Japana Centra Revuo Medicina) - <i>The Journal of Korean Acupuncture Society Kyung-Hee University</i> - <i>Oriental Medicine Journal</i> - <i>Chinese medical Psychiatry</i>. 1969-2003. Sin restricción idiomática.</p> <p>Grupos de comparación Electroacupuntura vs. amitriptilina Acupuntura vs. amitriptilina Acupuntura vs. lista de espera o acupuntura no específica Acupuntura + mianserina vs. mianserina sola. Acupuntura vs. no acupuntura</p> <p>Duración del tratamiento No hay datos claros.</p> <p>Duración seguimiento Ninguno, 6 meses y 2 - 4 años.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Jadad modificado (0 - 6 puntos) 3/7 estudios fueron de buena calidad.</p>	<p>Criterios de inclusión Pacientes con depresión clínica.</p> <p>Criterios de exclusión Pacientes con ansiedad generalizada.</p> <p>Nº de pacientes 509.</p> <p>Edad No hay datos.</p> <p>Sexo No hay datos.</p> <p>Nº de EC incluidos 7.</p>	<p>Resultados</p> <p>1) Acupuntura vs. tratamiento simulado (n = 3) Dos ensayos encontraron mejoría significativa en la <i>HRSD</i> (<i>Hamilton Rating Scale for Depression</i>), un tercer ensayo no mostró diferencias, pero ambos grupos habían recibido antidepresivos.</p> <p>2) Acupuntura vs. lista de espera (n = 1) No hubo diferencias.</p> <p>3) Electroacupuntura vs. antidepresivos (n = 4) <i>HRSD</i> (<i>Hamilton Rating Scale for Depression</i>), diferencia de medias ponderadas: -0,43 (IC95% -5,61 - 4,76) (NS)</p> <p>4) Acupuntura manual o electroacupuntura como adjuvante de medicación antidepresiva vs. medicación antidepresiva sola (n = 2) Hubo una mejoría significativa en el grupo acupuntura en dos de las tres medidas de resultados (<i>Clinical Global Impression</i> y <i>Global Assessment Scale</i>) pero no en el <i>Beck Rafaelsen MelancholiaScale</i> (BRMS). Un estudio comparó electroacupuntura + antidepresivos vs. antidepresivos solos y no mostró diferencias, pero la dosis de los fármacos del grupo electroacupuntura fue menor que del otro grupo, con lo que se dificulta la interpretación de los resultados.</p> <p>Efectos adversos Datos de un solo ensayo. Grupo antidepresivos: ECG anormal 23% vs. 0% grupo acupuntura, elevación de GPT 55% vs. 0% grupo acupuntura.</p>	<p>La evidencia no es concluyente sobre la eficacia de la acupuntura para el manejo de la depresión.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Ninguno.</p>

Enfermedad arterial periférica

Pittler MH, Ernst E. Complementary therapies for peripheral arterial disease: systematic review. *Atherosclerosis* 2005; 181(1): 1-7.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Terapias complementarias en la enfermedad arterial periférica (EAP).</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador No hay datos.</p> <p>Valoración de la validez interna (-)</p>	<p>Búsqueda bibliografía Medline, EMBASE, Cochrane Library, AMED, FACT, revistas de medicina alternativa. Hasta diciembre 2004. Sin restricción de idiomas.</p> <p>Grupos de comparación Acupuntura vs. lista de espera.</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) 20 minutos en el punto N8, no hay más datos.</p> <p>Duración del tratamiento 4 semanas.</p> <p>Duración seguimiento 4 semanas.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Jadad.</p>	<p>Criterios de inclusión ECA con EAP.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Nº de pacientes 50.</p> <p>Edad 67 años.</p> <p>Sexo No hay datos.</p> <p>Nº de EC incluidos 1.</p>	<p>Resultados Se mide perfusión de la extremidad inferior, hubo una mejoría a favor de la acupuntura (no informan valor de p).</p> <p>Efectos adversos No hay datos.</p>	<p>No hay evidencia sobre la eficacia de la acupuntura en el manejo de la EAP.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un solo ensayo - Pocos datos metodológicos y de resultados - No se pueden sacar conclusiones

Enuresis

Glazener CMA, Evans JHC, Cheuk DKL. Intervenciones complementarias y misceláneas para la enuresis nocturna en los niños (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Intervenciones complementarias y misceláneas para la enuresis nocturna en los niños.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador <i>National Health Service Executive Research and Development Programme</i>, Reino Unido. <i>Chief Scientist Office, Scottish Executive Health Department</i> Reino Unido</p> <p>Valoración de la validez interna (++)</p>	<p>Búsqueda bibliografía <i>MEDLINE</i>, <i>CINAHL</i>, Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (<i>Cochrane Central Register of Controlled Trials</i>, CENTRAL) y búsquedas manuales de revistas y resúmenes de congresos. <i>Traditional Chinese Medical Literature Analysis and Retrieval System</i> (TCMLARS). 1966-junio 2004. Sin restricción idiomática. Grupos de comparación: Acupuntura vs. meclofenoxate + oryzanol + tiamina. Acupuntura vs. placebo Acupuntura láser vs. desmopresina nasal</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) Jiang (2000): sesiones diarias por 10 días Mao (1998): colocación de aguja en un punto subcutáneo por 3 días y reemplazo en el mismo punto por una nueva aguja durante otros 3 días. Radmayr (2001): acupuntura láser. Estimulación por 30 segundos en puntos predefinidos (no hay datos). Tres visitas por semana (mínimo 10, máximo 15).</p> <p>Duración del tratamiento Jiang (2000): 10 días Mao (1998): 6 días Radmayr (2001): 3 meses</p> <p>Duración seguimiento En dos estudios no hay datos y en el de Radmayr (2001) fueron 6 meses.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Se tomó nota de una serie de cuestiones de calidad general y más específicas, que incluían: Nivel de ocultamiento de la asignación aleatoria en los ensayos Presencia de datos para evaluar la comparación de los grupos en sus características de base, incluidos los niveles iniciales de enuresis Uso de un período de "lavado" cuando se empleó un diseño cruzado (<i>cross-over</i>) Análisis del tipo intención de tratar ("<i>intention-to-treat analysis</i>") Definición clara de los resultados Cegamiento del tratamiento o de la evaluación de los resultados Provisión de datos de seguimiento apropiados Uso de técnicas estadísticas apropiadas y presentación de información útil (p. ej. promedios y desviaciones estándar) Exclusión específica de los niños con incontinencia diurna Exclusión específica de los niños que presentaban enuresis de causa física (orgánica)</p>	<p>Criterios de inclusión Estudios aleatorios o cuasialeatorios sobre tratamientos complementarios o misceláneos, <i>versus</i> otro tratamiento para la enuresis nocturna no orgánica.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Nº de pacientes 251.</p> <p>Edad 5-21 años.</p> <p>Sexo No hay datos.</p> <p>Nº de EC incluidos 3.</p>	<p>Resultados Acupuntura versus ningún tratamiento, placebo u otro tratamiento Tres ensayos (Jiang 2000; Mao 1998; Radmayr 2001) incluyeron un grupo que recibió acupuntura. Un ensayo pequeño (Radmayr 2001) comparó la acupuntura con la desmopresina. Los números eran demasiado escasos para demostrar si los dos tratamientos diferían o no en las tasas de curación o recaída. En otro, (Mao 1998), la acupuntura pareció ser mejor que un procedimiento simulado: menos niños permanecieron con enuresis después de terminada la acupuntura (26 de 56 niños) que después del tratamiento con acupuntura simulada (38 de 55 niños) (RR 0,67; IC95% 0,48 a 0,94). En el tercer ensayo, (Jiang 2000), la acupuntura pareció tener una tasa de fracaso inferior a la de una combinación de fármacos (meclofenoxato, oryzanol y tiamina) (RR 0,31; IC95% 0,21 a 0,45) (Jiang 2000) (este es el ensayo donde el tamaño de los grupos fue desigual en el momento de la asignación al azar).</p> <p>Efectos adversos No hay datos.</p>	<p>Implicaciones para la práctica Hubo evidencia débil para apoyar el uso de la acupuntura pero en todos los casos provino de ensayos únicos, pequeños y de rigor metodológico dudoso.</p> <p>Implicaciones para la investigación Existe la necesidad de ensayos controlados aleatorios de alta calidad sobre las terapias complementarias para la enuresis nocturna, que permitan informar a los médicos en ejercicio acerca de la eficacia de dichos tratamientos, en particular cuando las terapias convencionales fallen.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Revisión que abarca otras terapias complementarias.</p>

Bower WF, Diao M, Tang JL, Yeung CK. Acupuncture for nocturnal enuresis in children: a systematic review and exploration of rationale. *NeuroUrol Urodyn* 2005; 24(3): 267-272.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Acupuntura para la enuresis nocturna en los niños.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador No hay datos.</p> <p>Valoración de la validez interna (-)</p>	<p>Búsqueda bibliografía <i>MEDLINE</i>, Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (<i>Cochrane Central Register of Controlled Trials</i>, CENTRAL), <i>EMBASE</i>, CSICOM, NCCAM, <i>PROQUEST</i>, DARE, AMED, ACME, CMB, <i>Chinese biomedical Disk</i>, <i>Japanese Medical Database</i>. 1980-2003.</p> <p>Sin restricción idiomática.</p> <p>Grupos de comparación Acupuntura vs. auriculopuntura, vs. inyección salina, inyección de vitaminas, láser fotomagnético, medicación antidiurética, acupuntura láser, hierbas chinas, moxibustion</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) No hay datos.</p> <p>Duración del tratamiento No hay datos.</p> <p>Duración seguimiento No hay datos.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Jadad (todos de baja calidad).</p>	<p>Criterios de inclusión Estudios en niños (ambos sexos, < 18 años) con enuresis nocturna que reciben acupuntura.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos</p> <p>Nº de pacientes 1274</p> <p>Edad No hay datos</p> <p>Sexo No hay datos</p> <p>Nº de EC incluidos 11</p>	<p>Resultados</p> <p>1. Acupuntura (en general) vs. otras terapias La combinación de 3 estudios (sólo uno es un ECA) mostró una mejoría significativa a favor de la acupuntura al reducir el número de episodios.</p> <p>2. Acupuntura vs. otro tipo de acupuntura o medicina china No mostró diferencias entre los grupos.</p> <p>3. Acupuntura láser vs. medicación estándar Hay una respuesta favorable no significativa a favor de la medicación estándar.</p> <p>Efectos adversos No hay datos.</p>	<p>La revisión ofrece una evidencia exploratoria sobre la eficacia de la acupuntura en los niños con enuresis. La evidencia es escasa debido a la baja calidad de los estudios identificados.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Revisión de baja calidad, incluye estudios de diferentes diseños al no identificar ECA. Los 11 estudios incluidos tienen un Jadad ≤1.</p>

Epilepsia

Cheuk D, Wong V. Acupuncture for epilepsy. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Apr 19;(2):CD005062.				
REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Acupuntura en epilepsia</p> <p>Diseño RS</p> <p>Patrocinador No hay datos</p> <p>Valoración de la validez interna (++)</p>	<p>Búsqueda bibliografía</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medline - EMBASE - CENTRAL - AMED - TCMLARS - <i>Chinese Acupuncture Trials Register</i> - <i>Trials Register of the Cochrane Complementary Medicine Field</i> - <i>The National Center for Complementary and alternative Medicine</i> - <i>National Institute of Health Clinical Trials Database</i> <p>1966 - junio 2005. Sin restricción idiomática.</p> <p>Grupos de comparación Acupuntura/electroacupuntura vs. tratamiento simulado Acupuntura + hierbas vs. hierbas Acupuntura + hierbas vs. hierbas vs. carbamacepina</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no)</p> <p>Puntos utilizados: LR3, LI4, GV20 Tratamiento simulado: 3 puntos fuera de meridianos Cápsulas de Feng Xi: 3 por día. Hierbas mixtas Estimulación eléctrica 3 Hz, 3-20 mA. Carbamacepina según dosis habitual.</p> <p>Duración del tratamiento <u>Kloster</u>: 30 minutos 3 sesiones por semana por 7,5 semanas. <u>Ma</u>: 30 minutos por día por 8 días con descanso de 2 días, duración completa de 6 meses. <u>Xiong</u>: 30 minutos por día por 10 días más dos días de descanso por 6 meses.</p> <p>Duración seguimiento 7,5 semanas a 6 meses.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Jadad.</p>	<p>Criterios de inclusión ECA o cuasialeatorizados. Pacientes con síndrome epiléptico de cualquier tipo, ambos sexos y cualquier edad.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos,</p> <p>Nº de pacientes 158,</p> <p>Edad Un ensayo incluyó a menores de 18 años, los otros tenían una edad media de 37,5 años.</p> <p>Sexo Ambos, no hay más datos.</p> <p>Nº de EC incluidos 3.</p>	<p>Resultados (describir con medidas de efectos) Un ensayo con puntuación de 4 y los otros 2 (Jadad). 1. Acupuntura + hierbas chinas vs. hierbas chinas sola Dos ensayos evaluaron estas intervenciones (los puntos de inserción y las hierbas fueron diferentes entre ellos). Se metanalizaron los resultados por no haber heterogeneidad entre ellos. Reducción del 50% de la frecuencia de episodios de convulsiones (RR 1,13; IC95% 0,97 a 1,31). Reducción del 75% de la frecuencia de episodios de convulsiones (RR 1,52 IC95% 1,12 a 2,05) a favor de la acupuntura. También se observa una reducción del 75% o más de la duración de las convulsiones en este grupo (RR 2,38; IC95% 1,13 a 5), así como del 50% o más de reducción de la duración de las convulsiones (RR 1,36; IC95% 1,07 a 1,73). Ambos estudios mostraron una mejoría (no significativa) en el EEG del grupo acupuntura.</p> <p>2. Acupuntura vs. tratamiento simulado (<i>sham</i> acupuntura) Un ensayo informa el porcentaje de reducción de la frecuencia de convulsiones: en el grupo activo (45%) vs. (20%) del grupo control (<i>sham</i>), diferencia no significativa. El porcentaje de semanas libres de convulsiones fue mayor en el grupo acupuntura (100%) vs. grupo control (50%) (no significativo). El porcentaje de pacientes que no incrementaron las convulsiones durante el seguimiento no fue diferente entre los grupos (RR 0,98 IC95% 0,58 a 1,66). No hubo diferencias en la calidad de vida entre los grupos a las 12 semanas del tratamiento (QOLIE-89).</p> <p>3. Acupuntura vs. tratamiento control En los tres estudios hubo una pequeña diferencia entre el grupo tratamiento vs. el control a favor de la acupuntura (RR 1,02; IC95% 0,91 a 1,15).</p> <p>Efectos adversos No hubo efectos adversos en ninguno de los ensayos incluidos. Un ensayo (Kloster) presentó 5 pérdidas, tres en el grupo activo y dos en el grupo control. Los otros no tuvieron pérdidas.</p>	<p>La evidencia actual no apoya el uso de la acupuntura en el manejo de la epilepsia.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES No se pudo realizar análisis de subgrupos por la falta de datos.</p>

Esquizofrenia

Rathbone J, Xia J. Acupuntura para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Acupuntura para la esquizofrenia .</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador Ninguno.</p> <p>Valoración de la validez interna (++)</p>	<p>Búsqueda bibliografía - <i>Cochrane Library</i> y <i>Medline</i> (1966-2005) - Embase (1980-2005) - LILACS (1982-1996) - PsycINFO (1876-2005) - Psynex (1977-2002) Sin restricción idiomática.</p> <p>Grupos de comparación Electroacupuntura combinado con antipsicóticos vs. equivalentes de clorpromazina (560 mg/d) (Gang 1997) Electroacupuntura vs. clorpromazina (300-600mg) (Zhang 1987) Acupuntura-láser + moxibustión vs. acupuntura láser+ moxibustión + bajas dosis de clorpromazina (150 - 300 mg/d) vs. clorpromazina 350 - 600 mg/d) (Zhang 1991) Acupuntura vs. clorpromazina equivalentes (458mg/d). (Zhang 1994) Electroacupuntura + antipsicóticos vs. antipsicóticos solo (Zhang 2001)</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no)</p> <p>Gang (1997): agujas de acero Nº 30, longitud 40 mm. Puntos utilizados: Yingtang tou xinqu, Daling (PC7), Neiguan (PC6), Taiyang (ExHN5). Puntos suplementarios: para deficiencia de yang: zusanli (ST36). Para deficiencia de ying: SP6. Para flema persistente: ST40. Frecuencia de electroacupuntura 180 ciclos por segundo, ancho del pulso 500 microsegundos y corriente de 60mA.</p> <p>Zhang (1987): Agujas de acero Nº 28, longitud 33 mm. Puntos utilizados: Yi feng (SJ17), Ting</p>	<p>Criterios de inclusión Pacientes con esquizofrenia, psicosis esquizofreniforme, enfermedad similitud esquizofrenia, de cualquier edad y diagnosticados con cualquier criterio. Ensayos clínicos aleatorizados, sólo se incluyen estudios categorías A y B.</p> <p>Criterios de exclusión Se excluyen estudios cuasi-aleatorizados.</p> <p>Nº de pacientes 262.</p> <p>Edad 16-55 años.</p> <p>Sexo No hay datos.</p> <p>Nº de EC incluidos 5.</p>	<p>Resultados En términos generales, la calidad metodológica fue deficiente y en ninguno de los estudios se describió cómo se realizó la asignación al azar. El cegamiento se informó sólo en uno de los estudios. Por lo tanto, todos los estudios se clasificaron con categoría B (ocultamiento incierto de la asignación) con un riesgo moderado de sobrestimación (de la estimación) del efecto. Se identificaron 18 informes, se incluyeron sólo 5.</p> <p>1. Acupuntura versus antipsicóticos Estado global: dos estudios (Zhang 1987 y Zhang 1991) informaron sobre el estado general (sin mejorías) con resultados equívocos. Abandono temprano del estudio: aunque no todos los ensayos informaron de esta variable, en los ensayos en que se dispone, no hubo abandonos en ninguno de los grupos. Eventos adversos: los síntomas extrapiramidales informados en Zhang (1991) fueron inferiores en el grupo de acupuntura y ningún participante informó sobre este efecto adverso. El grupo control presentó un número significativamente mayor y ocho de diez personas informaron síntomas extrapiramidales (n = 21; RR 0,05; IC95% 0,0 a 0,8; NNT 2; IC95% 2 a 8).</p> <p>2. Acupuntura + antipsicóticos versus antipsicóticos Estado global: un estudio (Zhang 1991) informó sobre el estado general (sin mejorías a las cinco semanas) con resultados equívocos. Las puntuaciones de la Impresión Clínica Global (gravidad de la enfermedad) se informaron en Gang (1997) con puntuaciones equívocas. Gang (1997) también informó sobre la Impresión Clínica Global (mejoría global) pero los datos fueron asimétricos. Abandono temprano del estudio: cuatro ensayos (Zhang 1991, Zhang 1994, Gang 1997, Zhang 2001) informaron como medidas de resultado a corto plazo que ningún participante abandonó el estudio anticipadamente (hasta las ocho semanas). Estado mental: los datos dicotomizados de BPRS se informaron en Gang (1997) (sin mejoría ≤ 20% de reducción al final del estudio) con resultados equívocos. Los datos continuos de BPRS (Zhang 1994, Gang 1997) fueron significativos a favor del grupo de acupuntura (n = 109; DMP -4,31; IC95% -7,0 a -1,6). La puntuación del estado mental según la SANS y SAPS se informó en Zhang (1994), pero los datos fueron asimétricos y no pueden presentarse gráficamente. Las puntuaciones de depresión de la escala HAMD fueron informadas en Zhang 2001 y las puntuaciones de este estudio pequeño fueron significativamente inferiores en el grupo de acupuntura (n = 42; DMP -10,41; IC95% -12,8 a -8,0). Cuando las puntuaciones de la HAMD se dicotomizaron a "sin mejoría", nuevamente, en Zhang (2001) los resultados favorecían significativamente el grupo de acupuntura (n = 42; RR 0,17; IC95% 0,1 a 0,5; NNT 2; IC95% 2 a 3). Zhang (2001) también informó acerca de la depresión mediante la <i>Zung Depression Scale</i> y los resultados a las cinco semanas favorecieron significativamente el grupo de acupuntura (n = 42; DMP -24,25; IC95% -28,0 a -20,5). Eventos adversos: Gang (1997) informó acerca de las puntuaciones de TESS a las seis semanas y los resultados favorecieron significativamente el grupo de acupuntura</p>	<p>Implicaciones para la práctica En esta revisión, no se hallaron pruebas claras acerca de que la acupuntura, cuando se utiliza sola ofrezca mayores beneficios que los antipsicóticos; sin embargo, cualquier conclusión se vio limitada por los datos disponibles (dos ensayos pequeños, corto plazo). Cuando la acupuntura se combinó con antipsicóticos, la mayoría de las medidas de resultado fueron equívocas y las medidas de resultado significativas se vieron limitadas por el reducido número de participantes. Las medidas de resultado de la depresión fueron sistemáticamente inferiores en el grupo combinado de acupuntura / antipsicóticos, pero nuevamente estas medidas de resultado se vieron limitadas por el tamaño del estudio.</p> <p>Implicaciones para la investigación 1. Generales: esta revisión de la acupuntura para la esquizofrenia hubiera sido más informativa para los médicos y las personas con esquizofrenia si se hubieran seguido las guías CONSORT (Moher 2001) y las recomendaciones STRICTA (MacPherson 2001).</p> <p>2. Específicas: en sólo un ensayo se aplicó acupuntura según la teoría de diferenciación de modelos de la MCT; todos los otros ensayos utilizaron acupuntura como un protocolo predeterminado para la esquizofrenia independientemente del diagnóstico de la MCT. Quizá sea preferible evaluar el uso de la acupuntura para la esquizofrenia al incorporar la diferenciación de modelos de la MCT en el diseño de los ensayos clínicos o al informar la base racional del tratamiento según las recomendaciones STRICTA. La acupuntura simulada no se utilizó como una manera de disminuir el efecto placebo en ninguno de los ensayos. Esta revisión destaca la necesidad de ensayos clínicos que evalúen la acupuntura para las personas con esquizofrenia.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES - Todos los estudios están hechos en el ámbito hospitalario - Amplia variación de la duración de la enfermedad de base entre los estudios - La calidad es baja, faltan datos metodológicos - Heterogeneidad de intervenciones y de las medidas de resultados</p>

Rathbone J, Xia J. Acupuntura para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
	<p>Gong (SI19), Tou Nie (punto no meridiano), Cheng Ling (GB18), Lin Qi (GB41), Bai Hu (Gv20), Ding Shen (punto no meridiano)</p> <p>Zhang (1991): fibra láser de 2 miliwatts (no más datos). Puntos utilizados: dazhui (GV14), Shen Ting (GV 24) seguido de Shuang Tai Yang en días alternantes.</p> <p>Zhang (1994): no hay datos del tipo de agujas utilizadas. Puntos utilizados: Ying Tang y Bai Hui (GV20) seguido de shen ting (GV 24) y ya men (GV15) en días alternantes.</p> <p>Zhang (2001): no hay datos del tipo de agujas utilizadas. Ying Tang y Bau Hui (GV20).</p> <p>Duración del tratamiento Entre 20 días y ocho semanas.</p> <p>Duración seguimiento No hay datos.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Según grupo Cochrane de Esquizofrenia.</p>		<p>(n = 40; DMP -0,50; IC95% -0,9 a -0,1). Zhang (1991) halló que las incidencias de los síntomas extrapiramidales fueron similares para ambos grupos de tratamiento.</p>	

Náuseas y vómito

Lee A, Done ML. Estimulación del punto de acupuntura P6 de la muñeca para la prevención de náuseas y vómitos en el período postoperatorio (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Estimulación del punto de acupuntura P6 de la muñeca para la prevención de náuseas y vómitos en el período postoperatorio.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador Departamento de Anestesia y Cuidado Intensivo, Universidad China de Hong Kong. Hong Kong.</p> <p>Valoración de la validez interna (++)</p>	<p>Búsqueda bibliografía - Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL) (<i>Cochrane Library</i>, Número 1, 2003) - MEDLINE (1966 a enero de 2003) - EMBASE (1988 a enero de 2003) - Lista de publicaciones de los estudios sobre acupuntura de la <i>National Library of Medicine</i> - Listas de referencias de los artículos, las revisiones y los ensayos pertinentes 1966 - enero 2003. Sin restricción de idiomas.</p> <p>Grupos de comparación - Acupuntura / electroacupuntura / acupresión / acupuntura láser / <i>relief bands</i> en P6 vs. placebo / medicamentos antieméticos / no tratamiento/ TENS</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) P6</p> <p>Duración del tratamiento</p>	<p>Criterios de inclusión Todos los ECA sobre técnicas de estimulación del punto de acupuntura P6 en comparación con un tratamiento simulado o con fármacos antieméticos para la prevención de las NVPO. Todos los pacientes quirúrgicos sin limitación de edad. Los límites de edad de los niños fueron definidos por cada estudio.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Nº de pacientes 3347.</p> <p>Edad La mayoría de los ensayos incluyeron a adultos sanos sometidos a una cirugía electiva. Seis ensayos incluyeron a niños.</p> <p>Sexo Ambos.</p> <p>Nº de EC incluidos 26.</p>	<p>Estimulación del punto de acupuntura P6 versus tratamiento simulado Náuseas: 16 ensayos (n = 1826) estudiaron la estimulación del punto de acupuntura P6 para la prevención de las náuseas. Aunque la estimulación del punto de acupuntura P6 redujo el riesgo de náuseas (RR 0,72; IC95% 0,59 a 0,89), hubo una heterogeneidad moderada entre los ensayos ($I^2 = 51,5\%$). No hubo evidencias de sesgo en el gráfico en embudo. En los niños, el riesgo de náuseas fue inferior en el grupo de estimulación del punto de acupuntura P6 que en el grupo de tratamiento simulado (RR 0,63; IC95% 0,51 a 0,80) y no hubo heterogeneidad entre estos ensayos ($I^2 = 0\%$). Aunque hubo una heterogeneidad moderada ($I^2 = 51,0\%$) entre los ensayos con adultos, el riesgo de náuseas fue inferior en el grupo de estimulación del punto de acupuntura P6 que en el grupo de tratamiento simulado (RR 0,75; IC95% 0,59 a 0,96). Los ensayos que estudiaron la estimulación invasiva del punto de acupuntura P6 parecieron reducir el riesgo de náuseas (RR 0,63; IC95% 0,45 a 0,89), pero hubo una heterogeneidad moderada entre los ensayos ($I^2 = 50,5\%$). Se registró una reducción significativa del riesgo de náuseas entre los ensayos con una tasa de eventos de control de más del 20% (RR 0,71; IC95% 0,56 a 0,89), pero hubo una heterogeneidad elevada entre estos ensayos ($I^2 = 61,0\%$). Vómitos: 20 ensayos (n = 2187) estudiaron la estimulación del punto de acupuntura P6 para la prevención de los vómitos. Aunque se registró una heterogeneidad elevada entre estos ensayos ($I^2 = 65,0\%$), los resultados indican que la estimulación del punto de acupuntura P6 redujo el riesgo de vómitos (RR 0,71; IC95% 0,56 a 0,91). Hubo pruebas de sesgo en el gráfico en embudo. Hubo una elevada heterogeneidad ($I^2 = 86,1\%$) entre los ensayos en niños, que puede estar relacionada con el momento en que se midieron los vómitos. Por ejemplo, un ensayo midió los vómitos hasta el final de la estancia en la sala de recuperación, mientras que los otros tres ensayos midieron los vómitos hasta 24 horas después de la cirugía. Se observó una reducción significativa en el riesgo de vómitos en adultos (RR 0,70; IC95% 0,52 a 0,94). Debido a que un ensayo usó acupresión y acupuntura, no se incluyó en los análisis de subgrupos (método invasivo <i>versus</i> no invasivo). Hubo una elevada heterogeneidad ($I^2 = 70,8\%$) entre los ensayos que usaron estimulación no invasiva del punto de acupuntura P6, con una reducción del riesgo de vómitos (RR 0,68; IC95% 0,48 a 0,95). Hubo una reducción significativa del riesgo de vómitos entre los ensayos con tasa de eventos de control de más del 20% (RR 0,67; IC95% 0,50 a 0,88), pero hubo una elevada heterogeneidad entre estos ensayos ($I^2 = 76,2\%$). Rescate con antieméticos: el tipo de fármaco antiemético usado para el rescate no se especificó en varios ensayos. En sólo un ensayo la estimulación del punto de acupuntura P6 se asoció con menos requisitos para los antieméticos de rescate (RR 0,14; IC95% 0,04 a 0,55). Aunque se excluyeron tres pacientes de un ensayo (Fassoulaki 1993) debido a los vómitos persistentes que requirieron metoclopramida, los datos se incluyeron en esta revisión sistemática. No hubo diferencias en la incidencia de la necesidad de droperidol, metoclopramida, ondansetrón o proclorperazina de rescate entre los grupos. Sin embargo, cuando se combinaron todos los tipos de fármacos antieméticos de rescate individuales, se registró una heterogeneidad moderada ($I^2 = 47,8\%$) entre los ensayos. Hubo una reducción significativa de la incidencia de la necesidad de antieméticos de rescate entre el grupo de estimulación del punto de acupuntura P6 y el grupo de tratamiento simulado (RR 0,76; IC95% 0,58 a 1,00). Efectos secundarios: en términos generales, los efectos secundarios asociados con la estimulación del punto de acupuntura P6 fueron menores. No se observaron efectos secundarios para los pacientes que recibieron acupuntura o acupresión en varios ensayos. Aunque no hubo efectos secundarios asociados con un dispositivo de acuestimulación, otro ensayo informó irritación cutánea</p>	<p>Implicaciones para la práctica Los resultados de la tabla de números necesarios a tratar indican que la estimulación del punto de acupuntura P6 puede tener mayor valor para la prevención de las NVPO en los pacientes con un riesgo inicial alto que no reciben antieméticos profilácticos. No hubo efectos secundarios importantes asociados con la estimulación del punto de acupuntura P6. Mientras que el número de ensayos que comparan la estimulación del punto de acupuntura P6 con los fármacos antieméticos es pequeño, el riesgo de náuseas (pero no de vómitos) es inferior en los pacientes que reciben estimulación del punto de acupuntura P6 que en los pacientes que reciben tratamiento antiemético profiláctico. Los resultados de la tabla de números necesarios a vómitos) es inferior en los pacientes que reciben estimulación del punto de acupuntura P6 que en los pacientes que reciben tratamiento antiemético profiláctico. Los resultados de la tabla de números necesarios a tratar indican que la estimulación del punto de acupuntura P6 puede tener mayor valor para la prevención de las náuseas en los pacientes con un riesgo inicial alto que de otro modo recibirían antieméticos profilácticos.</p> <p>Implicaciones para la investigación Esta revisión sistemática no estudió el efecto combinado de la estimulación del punto de acupuntura P6 administrada con un antiemético. Un estudio reciente sugiere que los pacientes que reciben acuestimulación y ondansetrón en combinación tienen menor riesgo de NVPO y una calidad más alta de recuperación que aquellos que reciben ondansetrón solo. Además, se requieren estudios que comparen la estimulación del punto de acupuntura P6 con los regímenes profilácticos con fármacos múltiples. Se requieren estudios futuros para evaluar el momento óptimo de estimulación del punto de acupuntura P6 (período preoperatorio <i>versus</i> intraoperatorio <i>versus</i> postoperatorio) y si la estimulación bilateral en el punto de acupuntura P6 es más efectiva que la estimulación unilateral. Es importante destacar que los ensayos deben usar un ocultamiento de la asignación adecuado e incluir resultados clínicamente relevantes, como la duración de la estancia hospitalaria, para adoptar conclusiones significativas.</p>

Lee A, Done ML. Estimulación del punto de acupuntura P6 de la muñeca para la prevención de náuseas y vómitos en el período postoperatorio (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
	<p>5 minutos, 20 minutos, 6 h, 10 h, 24 h, 48 h, 72 h.</p> <p>Duración seguimiento (horas) 2, 3, 6, 8, 10, 24, 48, 72.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Criterios del grupo Cochrane, asignación según Schulz.</p>		<p>leve. En un ensayo, se informó dolor en el sitio de acupuntura. No hubo diferencias significativas en la incidencia del enrojecimiento y la irritación en el sitio de punción entre el grupo de estimulación del punto de acupuntura P6 y el grupo de tratamiento simulado. Los pacientes se quejaron de sensación de cansancio y somnolencia durante la estimulación de electroacupuntura. Dos ensayos informaron que las muñequeras de acupresión produjeron una sensación de incomodidad, surco rojizo o prurito, cefalea y mareos, muñecas tumefactas y ampollas en el sitio del botón.</p> <p>Estimulación del punto de acupuntura P6 versus antieméticos Náuseas: 4 ensayos compararon los antieméticos con la estimulación del punto de acupuntura P6 para prevenir las náuseas en el período postoperatorio. El riesgo de náuseas fue similar en el grupo de estimulación del punto de acupuntura P6 y en el de ondansetrón metoclopramida, en el de ciclizina y en el grupo de droperidol. Cuando se combinaron estos subgrupos de diferentes antieméticos, hubo una reducción más significativa del riesgo de náuseas en el grupo de estimulación del punto de acupuntura P6 que en el grupo de antieméticos (RR 0,70; IC95% 0,50 a 0,98). Estos ensayos fueron homogéneos ($I^2 = 0\%$). No hubo pruebas de sesgo en el gráfico en embudo. Vómitos: se incluyeron ocho ensayos que compararon antieméticos con la estimulación del punto de acupuntura P6 para prevenir los vómitos en el período postoperatorio. En los grupos de estimulación del punto de acupuntura P6 y ondansetrón metoclopramida, ciclizina y proclorperazina el riesgo de vómitos fue similar. No hubo heterogeneidad entre los ensayos de droperidol ($I^2 = 0\%$) y no hubo diferencias en el riesgo de vómitos entre los grupos (RR 0,89; IC95% 0,57 a 1,41). Cuando se combinaron estos subgrupos de diferentes antieméticos, los ensayos fueron homogéneos ($I^2 = 0\%$). No hubo diferencias en el riesgo de vómitos entre el grupo de estimulación del punto de acupuntura P6 y el grupo de antieméticos (RR 0,92; IC95% 0,65 a 1,29). No hubo pruebas de sesgo en el gráfico en embudo. Antiemético de rescate: ningún paciente en un ensayo requirió antieméticos de rescate. La incidencia del antiemético de rescate (dimenhidrinato) se obtuvo, pero no se informó, en otro ensayo. La incidencia de los antieméticos de rescate fue similar entre los grupos de estimulación del punto de acupuntura P6 y los grupos de antieméticos individuales. Cuando se combinaron los grupos antieméticos individuales, los ensayos fueron homogéneos ($I^2 = 0\%$). No hubo diferencias en la incidencia de los antieméticos de rescate entre el grupo de estimulación del punto de acupuntura P6 y el grupo de antieméticos (RR 0,78; IC95% 0,54 a 1,14). Efectos secundarios: no se observaron efectos secundarios en las personas que recibieron ondansetrón. La inquietud fue más frecuente en el grupo de droperidol que en el grupo de acupuntura.</p>	<p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Ninguno.</p>

Jewell D, Young G. Intervenciones para las náuseas y los vómitos en la fase temprana del embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Intervenciones para las náuseas y los vómitos en la fase temprana del embarazo.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador No hay datos. <i>University of Bristol</i> Reino Unido.</p> <p>Valoración de la validez interna (++)</p>	<p>Búsqueda bibliografía - Registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (<i>Cochrane Pregnancy and Childbirth Group trials register</i>) (diciembre 2002). - Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (<i>Cochrane Central Register of Controlled Trials</i> - CENTRAL) - MEDLINE</p> <p>Búsquedas manuales en 30 revistas y en los resúmenes de las principales conferencias - Búsqueda semanal de información actualizada en 37 revistas 1966 - diciembre 2002. Sin restricción idiomas.</p> <p>Grupos de comparación Acupresión vs. placebo vs. no tratamiento Acupuntura vs. placebo</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) P6.</p> <p>Duración del tratamiento <u>Belluomini (1994)</u>: 10 minutos 4 veces / día por 7 días</p> <p><u>Dundee (1988)</u>: 5 minutos cada 4 h, 4 mañanas sucesivas</p> <p><u>Knight (2001)</u>: 2 veces / semana por una semana, luego una vez / semana por dos semanas</p> <p><u>O'Brien (1996)</u>: una vez / día por 3 días</p> <p><u>Smith (2002)</u>: 2 veces / semana por una semana, luego una vez / semana por tres semanas</p> <p>Duración seguimiento 3, 4 y 7 días.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Según grupo <i>Cochrane Pregnancy and Childbirth Group</i>.</p>	<p>Criterios de inclusión Todos los ensayos aceptablemente controlados de cualquier tratamiento para las náuseas, los vómitos y la hiperemesis en el embarazo. Las mujeres que sufrieron náuseas y vómitos persistentes en el embarazo donde se realizó el reclutamiento hasta las 20 semanas de gestación. Todos los grados de gravedad incluidos, incluyendo ensayos de tratamientos para la hiperemesis del embarazo.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Nº de pacientes 1309</p> <p>Edad No hay datos</p> <p>Sexo Ambos</p> <p>Nº de EC incluidos 6</p>	<p>Resultados Se muestran seis análisis que presentan los efectos de la acupuntura o acupresión del punto P6.</p> <p>Los datos dicotomizados de los mareos matinales dan un OR de 0,25 (IC95% 0,14 a 0,43) al compararlos con los de falta de tratamiento y de 0,35 (IC95% 0,12 a 1,06) al compararlos con la acupuntura o acupresión ficticia o simulada. Estos efectos son comparables a los obtenidos con fármacos.</p> <p>El análisis de los datos continuos utiliza los resultados de dos ensayos solamente que comparan la acupuntura o la acupresión reales con las simuladas y produce una estadística global donde el IC del 95% no incluye efectos en ambos casos. El caso es similar en los dos análisis (uno de las náuseas y otro de los vómitos) que comparan la acupuntura con un grupo de control en el que no se aplicó acupuntura.</p> <p>Los datos de O'Brien (1996) y Knight (2001) no poseen una forma que pueda incluirse en un metanálisis. Sin embargo, ambos ensayos obtuvieron altas tasas de realización completa. Las tasas de realización completa fueron del 92,5% de las personas reclutadas que completaron el protocolo de ensayo en O'Brien (1996), y del 80% en Knight (2001); por otra parte, ambos ensayos se realizaron con un estándar elevado. O'Brien (1996) no demostró ningún beneficio comparado con la acupresión simulada o la falta de tratamiento.</p> <p>Knight (2001) realizó un ensayo minucioso utilizando el diagnóstico chino más tradicional con acupuntura sobre varios puntos (siempre incluyendo al punto P6), comparándolo con una forma de acupuntura simulada, que utiliza presión sin penetración en la piel en puntos distantes de los tradicionales en la acupuntura. El ensayo demostró que la acupuntura real no tiene efectos más importantes que los de la acupuntura simulada.</p> <p>Efectos adversos No hay datos.</p>	<p>Implicaciones para la práctica La evidencia de la acupuntura o la acupresión del punto P6 es mixta. No se ha demostrado claramente que sea más efectiva que la acupresión ficticia o simulada o que los consejos dietéticos y los relacionados con el estilo de vida estándar.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Es una revisión amplia que incluye otras intervenciones.</p>

Ezzo J, Richardson M, Vickers A, Allen C, Dibble S, Issell B, Lao L, Pearl M, Ramirez G, Roscoe J, Shen J, Shivnan J, Streitberger K, Treish I, Zhang G. Acupuncture-point stimulation for chemotherapy-induced nausea or vomiting. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 19;(2):CD002285.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Ácupuntura para las náuseas y el vómito por quimioterapia.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador - Danish Cancer Society, Dinamarca. - CiFab, Dinamarca. - National Cancer Institute/ National Center for Complementary and Alternative Medicine 5 U24 CA66826-03 Estados Unidos.</p> <p>Valoración de la validez interna (++)</p>	<p>Búsqueda bibliografía - Medline - EMBASE - PsycLIT - MANTIS - Science Citation Index - CCTR (Cochrane Controlled Trials Register) - Cochrane Complementary Medicine Field Trials Register - Cochrane Pain, Palliative Care and Supportive Care Specialized Register - Cochrane Cancer Specialized Register, - Resúmenes de conferencias 1966 - junio 2005. Sin restricción idiomas.</p> <p>Grupos de comparación Acupresión vs. placebo vs. antieméticos Acupuntura vs. placebo vs. antieméticos Electroacupuntura vs. placebo vs. antieméticos Electroestimulación no invasiva vs. placebo vs. antieméticos</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) P6, ST36.</p> <p>Duración del tratamiento No hay datos.</p> <p>Duración seguimiento No hay datos.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Jadad y Schulz.</p>	<p>Criterios de inclusión - Pacientes con cáncer que reciben quimioterapia - Ensayos clínicos aleatorizados - Estimulación de puntos de acupuntura (con cualquier método) con o sin medicación antiemética</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Nº de pacientes 1247.</p> <p>Edad No hay datos.</p> <p>Sexo No hay datos.</p> <p>Nº de EC incluidos 11.</p>	<p>Calidad La aleatorización fue adecuada en 8 / 11, el cegamiento del evaluador estuvo presente en 7 / 11 y las pérdidas bien registradas en todos los estudios. La asignación de las intervenciones fue bien realizada en 5 / 11 estudios.</p> <p>1. Resultados generales (todas las modalidades combinadas) Vómitos agudos: nueve ensayos (n = 1214) evaluaron la incidencia temprana de vómitos. En el grupo activo (estimulación del punto) fue de 22% vs. 31% (grupo control) (RR 0,82; IC95% 0,69 a 0,99; p = 0,04) a favor del punto acupuntural. NNT = 11 (IC95% 7 a 25). Náuseas agudas: siete ensayos (n = 896). Diferencia de Media Estandarizada (DME) = -0,11 (IC95% -0,25 a 0,02; p = 0,10). Los resultados fueron similares en los estudios con placebo vs. no placebo. Vómitos tardíos: tres ensayos (n = 757) evaluaron antieméticos vs. estimulación del punto en forma no invasiva. No hubo diferencias entre los grupos (DME 0,02; IC95% -0,13 a 0,17; p = 0,80). Náuseas tardías: cinco ensayos (n = 821) evaluaron antieméticos vs. estimulación del punto en forma no invasiva. No hubo diferencias entre los grupos (DME 0,02; IC95% -0,16 a 0,13; p = 0,80).</p> <p>2. Acupuntura manual y electroacupuntura La incidencia de vómitos agudos en 4 ensayos (n = 214) fue de 37% (grupo acupuntura) vs. 60% (grupo control) (RR 0,74; IC95% 0,58 a 0,94; p = 0,01). NNT = 4,4 (IC95% 3 - 11). Los resultados fueron similares cuando se compara con placebo (RR 0,74; IC95% 0,59 a 1,00; p = 0,05).</p> <p>3. Acupuntura manual Un ensayo comparó la acupuntura manual con antieméticos (5-HT₃ sin esteroides). La incidencia de vómitos fue de 10% y 18% (acupuntura y control respectivamente) sin significancia estadística.</p> <p>4. Electroacupuntura Tres estudios compararon la electroacupuntura con antieméticos; la proporción de pacientes con vómitos fue menor en el grupo de electroacupuntura (57%) que en el grupo control (80%) (RR 0,76; IC95% 0,60 a 0,97; p = 0,02). No hay estudios con electroacupuntura para la variable</p>	<p>Implicaciones para la práctica La electroacupuntura mostró beneficios, pero se necesitan estudios que comparan con antieméticos y en el manejo de síntomas refractarios para determinar la importancia clínica de esta intervención. La acupresión parece reducir la severidad de las náuseas por quimioterapia pero los estudios no comparan con placebo. La electroestimulación no invasiva no presentó un efecto clínico relevante. La estimulación de este punto fue seguro con efectos adversos leves y transitorios.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Ninguno.</p>

Ezzo J, Richardson M, Vickers A, Allen C, Dibble S, Issell B, Lao L, Pearl M, Ramirez G, Roscoe J, Shen J, Shivnan J, Streitberger K, Treish I, Zhang G. Acupuncture-point stimulation for chemotherapy-induced nausea or vomiting. Cochrane Database Syst Rev 2006 19;(2):CD002285.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
			<p>de náuseas agudas.</p> <p>4. Electroacupuntura Ninguno de los estudios midió esta variable.</p> <p>5. Acupuntura manual Un estudio mostró una reducción no significativa en al severidad de las náuseas. DME 0,02 (IC95% -0,42 a 0,40).</p> <p>Náuseas y vómitos tardíos No hay datos claros de los estudios.</p> <p>6. Acupresión Vómitos agudos: tres estudios (n = 629) compararon la acupresión con antieméticos. La proporción de pacientes que presentó vómitos fue de 17% vs. 20% (en acupresión y control respectivamente) (RR 0,83 IC95% 0,60 a 1,16; p = 0,3). Náuseas agudas: un estudio mostró que la acupresión presentó un efecto protector en la severidad de las náuseas. DME -0,19 (IC945% -0,37 a -0,01; p=0,04). Náuseas y vómitos tardíos: la acupresión no mostró efectos protectores en esta variable medida.</p> <p>7. Electroestimulación no invasiva Vómitos agudos: cuatro estudios compara esta técnica con antieméticos, la incidencia de vómitos agudos fue de 22% en el grupo electroestimulación vs. 24% en el grupo control. No diferencias significativas. Náuseas agudas: no hubo efecto protector en los cinco estudios. DME -0,07 (IC95%-0,23 a 0,10; p = 0,4). Náuseas y vómitos tardíos: no mostró efectos protectores en este tipo de variables.</p> <p>Efectos adversos No hay datos.</p>	

Obesidad

Pittler MH, Ernst E. Complementary therapies for reducing body weight: a systematic review Int J Obesity 2005; 29: 1030-1038.				
REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	
Tema de RS Terapia complementaria en la reducción del peso corporal.	Búsqueda bibliografía <i>Medline</i> EMBASE <i>Cochrane Library</i> Búsqueda manual y en presentaciones de conferencias 1951-2004.	Criterios de inclusión Ensayos clínicos aleatorizados y RS que incluyan sólo ECA.	Resultados Mazzoni: (n = 40). No hubo diferencias entre los grupos en el IMC. Sun Qingfu (n = 161). No hubo diferencias entre los grupos en el IMC.	C N C
Diseño RS.	Grupos de comparación ECA:	Criterios de exclusión No hay datos.	Steiner (n = 78, se analizan 57). Hubo diferencia significativa del IMC entre el grupo acupuntura vs. el de lista de espera pero no se informan los resultados entre acupuntura vs. acupuntura simulada ni vs. modificación de la conducta.	
Patrocinador No hay datos.	Acupuntura vs. acupuntura simulada (Mazzoni) Acupuntura / acupresura vs. oenothera erythrosepalae (Sun Qingfu) Acupuntura vs. acupuntura simulada / lista de espera / modificación de conducta (Steiner) RS: Ernst (1997). Descrita en otra tabla	Nº de pacientes 279.	Efectos adversos Mazzoni: fractura de tibia en el grupo de acupuntura. En los demás ECA no hay datos sobre efectos adversos.	
Valoración de la validez interna (-)	Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) <u>Mazzoni</u> : una vez por semana varios puntos (no hay más datos) <u>Sun Qingfu</u> : acupresión de orejas y acupuntura en varios puntos (no hay más datos) <u>Steiner</u> : una vez por semana en varios puntos (no hay más datos)	Edad No hay datos.		
	Duración del tratamiento 8 - 12 semanas.	Sexo No hay datos.		
	Duración seguimiento 8 - 12 semanas.	Nº de EC incluidos 3 (además describen una RS con 4 ECA que se desarrolla en otra tabla).		
	Co-intervenciones Control de estilos de vida: a los pacientes en dos ensayos se les sugirió que restringieran la ingesta de grasas y azúcares y que realizaran ejercicios. En el tercer ensayo sólo les recomendaron comer según apetito.			
	Calidad metodológica Mazzoni 2 (simple ciego) Sun Qingfu 1 (simple ciego) Steiner 2 (abierto)			

Ernst E. Acupuncture/Acupressure for weight reduction? A systematic Review Wien Klin Wochenschr 1997; 109 (2): 60-62

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Acupuntura / acupresión en la reducción del peso.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador No hay datos.</p> <p>Valoración de la validez interna (-)</p>	<p>Búsqueda bibliografía - CISCOM - Medline 1966 – 2004. No hay datos del idioma.</p> <p>Grupos de comparación <u>Giller</u>: acupuntura auricular (<i>lung point, stomach point, hunger point, placebo point</i>) Cada 6 semanas se les pedía que se estimularan cuando tuvieran hambre. <u>Mok</u>: auriculopuntura unilateral, acupuntura auricular bilateral y acupuntura simulada) por 3 semanas. <u>Allison</u>: dispositivo de acupresura auricular, acupresura en muñecas (placebo) una vez por semana por 12 semanas. <u>Shafshak</u>: auriculopuntura (<i>hunger point, stomach point, placebo point</i>) una vez por día por 3 semanas (5 sesiones/semana)</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) Recoge estudios que comparan acupuntura o auriculopuntura vs. placebo o acupuntura simulada, de duración 9 a 24 semanas.</p> <p>Duración del tratamiento 3 a 12 semanas.</p> <p>Duración seguimiento No hay datos.</p> <p>Co-intervenciones Shafshak: dieta de 1000 kcal/d.</p> <p>Calidad metodológica Escala ad hoc de 0-100.</p>	<p>Criterios de inclusión Ensayos clínicos comparativos con tratamiento simulado o placebo.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Nº de pacientes 270.</p> <p>Edad No hay datos.</p> <p>Sexo No hay datos.</p> <p>Nº de EC incluidos 4.</p>	<p>Resultados <u>Giller</u>: grupos acupuntura (<i>lung point</i>), acupuntura (<i>stomach point</i>) y grupo acupuntura en <i>placebo point</i> experimentaron una reducción del 20% del peso con disminución en la sensación de hambre.</p> <p><u>Mok</u>: no hubo diferencias entre los grupos.</p> <p><u>Allison</u>: pequeña disminución del peso en ambos grupos sin diferencias entre ellos.</p> <p><u>Shafshak</u>: 70%, 80% y 20% en los grupos de acupuntura <i>hunger point, stomach point</i> y <i>placebo point</i> respectivamente cumplimentado con dieta. Se acompañó con pérdida de peso (no hay mas datos).</p> <p>Efectos adversos No hay datos.</p>	<p>No hay evidencia de que la acupuntura / acupresión sea eficaz para reducir el peso corporal.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES - Baja calidad de la revisión - ECA incluidos heterogéneos, de baja calidad y corta duración. - El resultado principal en dos ensayos fue la sensación de hambre y en los otros dos la reducción del peso.</p>

Parálisis de Bell

He L, Zhou D, Wu B, Li N, Zhou MK. Acupuntura para la parálisis de Bell (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES																																													
<p>Tema de RS Acupuntura para la parálisis de Bell.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador <i>Chinese Medical Board of New York (CMB)</i>, Estados Unidos. <i>Cochrane Center</i> China.</p> <p>Valoración de la validez interna (++)</p>	<p>Búsqueda bibliografía - <i>EMBASE</i> - <i>LILACS</i> - <i>Chinese Biomedical Retrieval System</i></p> <p>1966-Dic 2002. Sin restricción idiomática.</p> <p>Grupos de comparación - Acupuntura vs. diferentes medicamentos (esteroides, vitaminas)</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) Liu (1996): 12 puntos (no aclaran cuáles) Shao (1999): 7 puntos Yu (1999): 8 puntos</p> <p>Duración del tratamiento Liu (1996): 30 minutos (1 sesión) Shao (1999): no hay datos de duración de sesión (3 sesiones) Yu (1999): sesión de 20 minutos (3 sesiones)</p> <p>Duración seguimiento 10-15 días.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Jadad.</p>	<p>Criterios de inclusión ECA o cuasialeatorios sobre la acupuntura en el tratamiento de la parálisis de Bell.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Nº de pacientes 288.</p> <p>Edad 8 - 78 años.</p> <p>Sexo Hombres 179 Mujeres 109</p> <p>Nº de EC incluidos 3.</p>	<p>Resultados Los tres ensayos son de baja calidad. El primer estudio (Shao 1999a) comparó dos grupos: experimental (acupuntura combinada con fármacos, dexametasona, vitamina B1, vitamina B12, vitamina CDP Bp y ribavirina) vs. control (los mismos fármacos).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Grupo experimental % (n)</th> <th>Grupo control % (n)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tasa de curación</td> <td>52 (30)</td> <td>21 (6)</td> </tr> <tr> <td>Tasa de efectividad marcada</td> <td>26 (15)</td> <td>54 (27)</td> </tr> <tr> <td>Tasa de efectividad</td> <td>21 (12)</td> <td>20 (10)</td> </tr> <tr> <td>Tasa de ineficacia</td> <td>2 (1)</td> <td>14 (7)</td> </tr> <tr> <td>Tasa efectividad total</td> <td>98 (57)</td> <td>86 (43)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Se encontró una diferencia significativa entre los grupos experimental y placebo en la tasa de curación ($p < 0,01$) y en la tasa de efectividad total ($p < 0,05$).</p> <p>En el segundo estudio (Liu 1996), la inserción superficial múltiple de agujas en 12 puntos específicos documentados se comparó con un grupo control que recibió farmacoterapia (deltacortone, vitamina B y Dibazol).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Grupo acupuntura % (n)</th> <th>Grupo control % (n)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tasa de curación</td> <td>74 (48)</td> <td>45 (30)</td> </tr> <tr> <td>Tasa de efectividad</td> <td>23 (15)</td> <td>31 (20)</td> </tr> <tr> <td>Tasa de ineficacia</td> <td>3 (2)</td> <td>23 (15)</td> </tr> <tr> <td>Tasa efectividad total</td> <td>97 (63)</td> <td>77 (59)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Hubo una diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo control en cada uno de los resultados del estudio ($p < 0,01$), de tal manera que el efecto terapéutico en el grupo de acupuntura fue superior al del grupo de fármacos.</p> <p>El tercer estudio (Yu 1999) comparó el efecto del tratamiento con acupuntura en el grupo experimental con el de la farmacoterapia (vitamina B, esteroide y medicina china pero los detalles no se informaron) en el grupo control.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Grupo acupuntura % (n)</th> <th>Grupo control % (n)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tasa de curación</td> <td>83,3 (25)</td> <td>45 (9)</td> </tr> <tr> <td>Tasa de efectividad</td> <td>16,7 (5)</td> <td>10 (2)</td> </tr> <tr> <td>Tasa de efectividad total</td> <td>100 (30)</td> <td>55 (11)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Respuesta favorable significativa en el grupo acupuntura ($p < 0,01$).</p> <p>Efectos adversos No hay datos en ninguno de los ensayos.</p>		Grupo experimental % (n)	Grupo control % (n)	Tasa de curación	52 (30)	21 (6)	Tasa de efectividad marcada	26 (15)	54 (27)	Tasa de efectividad	21 (12)	20 (10)	Tasa de ineficacia	2 (1)	14 (7)	Tasa efectividad total	98 (57)	86 (43)		Grupo acupuntura % (n)	Grupo control % (n)	Tasa de curación	74 (48)	45 (30)	Tasa de efectividad	23 (15)	31 (20)	Tasa de ineficacia	3 (2)	23 (15)	Tasa efectividad total	97 (63)	77 (59)		Grupo acupuntura % (n)	Grupo control % (n)	Tasa de curación	83,3 (25)	45 (9)	Tasa de efectividad	16,7 (5)	10 (2)	Tasa de efectividad total	100 (30)	55 (11)	<p>Implicaciones para la práctica Tres estudios pequeños en esta revisión indicaron un efecto beneficioso pero la calidad deficiente de los ensayos impide conclusiones firmes.</p> <p>Implicaciones para la investigación Se necesitan ECA de alta calidad. Se recomienda que estos estudios se realicen como ensayos controlados aleatorios con un encubrimiento de la asignación, un cegamiento de los participantes y de los evaluadores de resultados adecuados, y con un adecuado manejo de los abandonos (mediante la información de los retiros del seguimiento y la realización de un análisis del tipo de intención a tratar).</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Resultados positivos pero estudios de baja calidad.</p>
	Grupo experimental % (n)	Grupo control % (n)																																															
Tasa de curación	52 (30)	21 (6)																																															
Tasa de efectividad marcada	26 (15)	54 (27)																																															
Tasa de efectividad	21 (12)	20 (10)																																															
Tasa de ineficacia	2 (1)	14 (7)																																															
Tasa efectividad total	98 (57)	86 (43)																																															
	Grupo acupuntura % (n)	Grupo control % (n)																																															
Tasa de curación	74 (48)	45 (30)																																															
Tasa de efectividad	23 (15)	31 (20)																																															
Tasa de ineficacia	3 (2)	23 (15)																																															
Tasa efectividad total	97 (63)	77 (59)																																															
	Grupo acupuntura % (n)	Grupo control % (n)																																															
Tasa de curación	83,3 (25)	45 (9)																																															
Tasa de efectividad	16,7 (5)	10 (2)																																															
Tasa de efectividad total	100 (30)	55 (11)																																															

Problemas obstétricos (inducción del trabajo de parto)

Smith CA, Crowther CA. Acupuntura para la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Acupuntura para la inducción del trabajo de parto. Los efectos de la acupuntura para la maduración cervical o la inducción del trabajo de parto en el tercer trimestre.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador <i>University of Adelaide</i>, Adelaide, Australia. <i>University of South Australia</i>, Adelaide Australia.</p> <p>Valoración de la validez interna (++)</p>	<p>Búsqueda bibliografía - CENTRAL - Medline - EMBASE - Cochrane Central register of controlled trials - CISCOM 1966 - febrero 2003. Sin restricción idiomática.</p> <p>Grupos de comparación Acupuntura vs. no acupuntura. Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) LI4, SP6 bilateral Sesiones de 20 minutos</p> <p>Duración del tratamiento Una aplicación.</p> <p>Duración seguimiento No hay datos.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Jadad.</p>	<p>Criterios de inclusión Mujeres embarazadas aptas para la inducción del trabajo de parto en el tercer trimestre, con un feto viable. ECA.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Nº de pacientes 56.</p> <p>Edad No hay datos.</p> <p>Sexo Mujeres.</p> <p>Nº de EC incluidos 1.</p>	<p>Resultados Esta revisión incluyó un ensayo de baja calidad de 56 mujeres. Once mujeres (20%) fueron excluidas después de la asignación aleatoria y se procedió a hacer un trabajo de parto por inducción. En el grupo de acupuntura, el trabajo de parto se indujo en una mujer a causa de anomalías en el corazón del feto y se realizaron dos inducciones debido a la rotura prematura de membranas. En el grupo control, dos mujeres solicitaron inducción electiva del trabajo de parto, tres mujeres recibieron inducción del trabajo de parto por rotura prematura de membranas, y en tres mujeres se indujo el trabajo de parto debido a patrones anormales de frecuencia cardíaca fetal. Dado que no estaban disponibles los datos acerca de las exclusiones posteriores a la asignación aleatoria, y no se podía llevar a cabo un análisis por intención de tratar (<i>intention to treat analysis</i>) (Rabl 2001), no se pudieron incorporar los resultados en esta revisión.</p> <p>Efectos adversos No hay datos.</p>	<p>Implicaciones para la práctica La acupuntura para la inducción del trabajo de parto no se ha evaluado plenamente en cuanto a su seguridad y efectividad.</p> <p>Implicaciones para la investigación Los datos observacionales sugieren que la acupuntura puede estimular el comienzo del trabajo de parto. Es necesario realizar ensayos controlados aleatorios bien diseñados para evaluar si la acupuntura puede estimular el trabajo de parto.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Ninguno.</p>

Problemas obstétricos (presentación podálica)

Coyle ME, Smith CA, Peat B. Versión cefálica con moxibustión para la presentación podálica (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Versión cefálica con moxibustión en la presentación de nalgas.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador <i>Australian Department of Health and Ageing, The University of Adelaide of Australia, the University of South Australia.</i></p> <p>Valoración de la validez interna (++)</p>	<p>Búsqueda bibliografía - CENTRAL - <i>Medline</i> - <i>Cochrane Central register of Controlled trials</i></p> <p>- EMBASE - CINAHL - MIDIRS, - CISCOM</p> <p>1966-marzo 2004. Sin restricción idiomática.</p> <p>Grupos de comparación Moxibustion vs. control Electroacupuntura vs. moxibustión vs. control Acupuntura + moxibustión vs. control</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) BL 67.</p> <p>Duración del tratamiento Cardini (1998): moxibustion por 30 minutos una vez por día (un grupo), dos veces por día por 7 días Li (1996): moxibustion por 20 minutos. Electroacupuntura por 30 minutos 6 sesiones. Grupo control Neri (2004): acupuntura más moxibustión 2 veces por semana por dos semanas. Sesiones de 20 minutos</p> <p>Duración seguimiento 1 y 2 semanas.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Manual Cochrane.</p>	<p>Criterios de inclusión Estudios que comparan moxibustión y otras técnicas en mujeres con presentación única de nalgas.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Nº de pacientes 597.</p> <p>Edad No hay datos.</p> <p>Sexo Mujeres.</p> <p>Nº de EC incluidos 3.</p>	<p>1. Moxibustión vs. no tratamiento Dos ECA con 323 pacientes. En el estudio de Cardini (1998) (n=260) el grupo activo tuvo menos presentación no cefálica (RR=0,55 IC 5% 0,38 a 0,81), comparado con el grupo control. La moxibustión disminuyó la necesidad de versión cefálica externa (VCE) comparado con grupo control (RR=0,47; IC95% 0,33 a 0,66), también disminuyó la necesidad de uso de la oxitocina antes o durante el trabajo de parto en las mujeres que fueron a parto vaginal (RR=0,28; IC95% 0,13 a 0,60). Al final del estudio una mujer del grupo activo recibió VCE que no fue exitosa. En el grupo control 24 mujeres recibieron VCE de las cuales 19 fueron exitosas. No hubo diferencias en la incidencia de Apgar menor de 7 a los 5 minutos (RR=0,07; IC95% 0,00 a 1,16), ni en la ruptura prematura de membranas (RR=0,33; IC95% 0,11 a 1,01) o en la muerte intrauterina intrafetal (RR=0,33; IC95% 0,01 a 8,11) No hubo diferencias en la tasa de cesáreas entre los grupos (RR=0,98; IC95% 0,71 a 1,36). En el estudio de Li (1996) (n=111) se observó que en el grupo activo menos pacientes tuvieron presentación no cefálica que las del grupo control (RR=0,30; IC95% 0,16 a 0,55), comparado con el grupo control.</p> <p>2. Moxibustión vs. electroacupuntura En el estudio de Li (1996) no hubo diferencias en la presentación no cefálica de ambos grupos, en el parto (RR=1,33; IC95% 0,58 a 3,09).</p> <p>3. Moxibustión + acupuntura vs. no tratamiento El estudio de Neri (2004) (n=240) mostró que el grupo activo tuvo menos presentación no cefálica (RR=0,73; IC95% 0,57 a 0,94), comparado con el grupo control. También se observó una menor tasa de cesárea en el grupo activo comparado con el control (RR=0,79; IC 95% 0,64 a 0,98).</p> <p>Efectos adversos Dos ECA informaron la presión y sensación de opresión en epigastrio por la presión cefálica en los órganos maternos. No se registraron en el ensayo de Neri alteraciones de la frecuencia cardiovascular ni contracciones uterinas prematuras.</p>	<p>Hay insuficiente evidencia que la moxibustión corrija la presentación de nalgas. Los resultados sugieren que la moxibustion podría ser efectiva en reducir la necesidad de utilizar la versión cefálica externa. Se necesitan más estudios bien diseñados para evaluar esta intervención.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Ninguno.</p>

Síntomas relacionados con el climaterio

Nelson HD, Haney E, Humphrey L, Miller J, Nedrow A, Nicolaidis C, Vesco K, Walker M, Bougatsos C, Nygren P. Management of Menopause-Related Symptoms. Summary, Evidence Report/Technology Assessment N° 120. (Prepared by the Oregon Evidence-based Practice Center, under Contract n° 290-02-0024) AHRQ Publication N° 05-E016-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2005.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Manejo de los síntomas relacionados con la menopausia.</p> <p>Diseño ECA, ECC, RS y MA.</p> <p>Patrocinador</p> <p>Valoración de la validez interna (+)</p>	<p>Búsqueda bibliografía - Medline (1966-2002) - PsycINFO, DARE, <i>Cochrane database os systematic reviews and controlled trials</i>, MANTIS, AMED (1953-nov 2004) Sólo idioma inglés.</p> <p>Grupos de comparación Cohen 2003: Acupuntura vs. acupuntura tónica general Sandberg 2002, Wyon 1995: Electroacupuntura vs. acupuntura superficial. Wyon 2004: Electroacupuntura vs. acupuntura superficial vs. estrógenos conjugados 0,625 mg/d.</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) No hay datos.</p> <p>Duración del tratamiento 8 - 12 semanas.</p> <p>Duración seguimiento No hay datos.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Pobre en 3 ensayos y mala en uno.</p>	<p>Criterios de inclusión Estudios con mujeres menopáusicas sintomáticas (cohortes, ECA, ECC).</p> <p>Criterios de exclusión Estudios con mujeres que no estén en la transición menopáusica, asintomáticas. Estudios en otros idiomas diferentes al inglés. Estudios que no se realizaron con humanos.</p> <p>Nº de pacientes 117.</p> <p>Edad 43 - 62 años.</p> <p>Sexo Mujeres.</p> <p>Nº de EC incluidos 4.</p>	<p>Resultados Entre grupos Dos ensayos (Cohen 2003, Wyon 1995) no mostraron diferencias en las medidas de resultados evaluadas.</p> <p>Un ensayo (Sandberg 2002) mejoró el humor en el grupo activo, pero sin diferencias en los síntomas climatéricos o en el sentirse bien.</p> <p>Otro ensayo (Wyon 2004) mostró mejoría de los sofocos en el grupo que recibió estrógenos comparado con la electroacupuntura.</p> <p>Intragrupos Cohen (2003): mejoría de los sofocos y del sueño al final del estudio en los dos grupos. Mejoría del humor en el grupo tratamiento.</p> <p>Sandberg (2002): mejoría del humor, síntomas climatéricos y de la sensación de bienestar en los dos grupos.</p> <p>Wyon (1995): mejoría de sofocos e índice de Kupperman en los dos grupos y de los síntomas climatéricos sólo en el grupo tratamiento. Sin cambios en la sensación de bienestar en los dos grupos.</p> <p>Wyon (2004): los tres grupos mejoraron el índice de Kupperman, la escala visual análoga y el informe diario de los síntomas.</p> <p>Efectos adversos No hay datos.</p>	<p>No hay suficiente información para valorar la eficacia de la acupuntura en el manejo de los síntomas de menopausia.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Los estudios incluidos en esta revisión se incluyen en la revisión de Carpenter 2005.</p>

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Otras modalidades de medicina alternativa y complementaria.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador <i>National Institute of Aging y el National center for Complementary and Alternative Medicine of the NIH, US Department of Health & Human Services.</i></p> <p>Valoración de la validez interna (-)</p>	<p>Búsqueda bibliografía - Medline - PsycINFO (1959-Dic 2004)</p> <p>Grupos de comparación Cohen (2003): acupuntura vs. acupuntura tónica general Sandberg (2002), Wyon (1995): electroacupuntura vs. acupuntura superficial Wyon (2004): electroacupuntura vs. acupuntura superficial vs. estrógenos conjugados 0,625 mg/d Ping (1998): acupuntura vs. estriol 1 - 4 mg/d vo por 3 semanas, 1 semana nada y luego vitamina B6 20 mg, diazepam (dosis?)</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) Cohen (2003): acupuntura (20 - 30 minutos) Sandberg (2002): electroacupuntura (agujas de 20 mm con giro, estimulación eléctrica) vs. acupuntura superficial (inserción de sólo 5 mm) Wyon (1995): electroacupuntura (2 Hz con rotación de agujas y una profundidad de 1,25 - 2,5 cm por 30 minutos) vs. acupuntura superficial (inserción de 1 mm) Wyon (2004): electroacupuntura (2Hz con rotación de agujas y una profundidad de 1,25-2,5 cm, por 30 minutos) vs. acupuntura superficial (inserción de 1 mm) Ping (1998): acupuntura (20 minutos por día, manipulación de agujas cada 5 minutos con presión auricular)</p> <p>No hay datos de los puntos acupunturales utilizados.</p> <p>Duración del tratamiento Cohen (2003): una vez / semana por 3 semanas, seguido de una vez cada dos semanas por 6 semanas y luego tres semanas sin tratamiento Sandberg (2002), 2 veces por semana por dos semanas y luego una vez por semana por 10 semanas Wyon (1995): 2 veces / semana por 2 semanas y luego una vez por semana por 6 semanas Wyon (2004): 2 veces / semana por 2 semanas y luego una vez / semana por 10 semanas. Ping (1998): ?</p> <p>Duración seguimiento 4-12 semanas.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica No hay datos.</p>	<p>Criterios de inclusión No hay datos.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Nº de pacientes 169.</p> <p>Edad No hay datos.</p> <p>Sexo Mujeres.</p> <p>Nº de EC incluidos 5.</p>	<p>Resultados Cohen (2003): mejoría intragrupo con disminución del 30% de los sofocos y mejoría del sueño en el grupo tratamiento; mejoría del estado anímico en los dos grupos.</p> <p>Ping (1998): ambos grupos mejoraron, pero fue mayor la mejoría en el grupo de acupuntura (p < 0,01).</p> <p>Sandberg (2002): comparado con grupo control, el grupo acupuntura mejoró el estado anímico a las 12 (p < 0,05) y 24 semanas (p<0,01). No hubo otras diferencias entre grupos.</p> <p>Wyon (1995): no hubo diferencias entre los grupos en ninguna variable medida. Ambos grupos mejoraron el sofoco (>50% de reducción).</p> <p>Wyon (2004): el grupo de estrógenos mejoró en forma significativa los síntomas comparado con los otros dos grupos. Los tres grupos mejoraron el índice de Kupperman, la escala visual análoga y el informe diario de los síntomas (análisis intragrupo).</p> <p>Efectos adversos No hay datos.</p>	<p>La acupuntura no mejoró los sofocos, el sueño ni el estado anímico cuando se comparó con placebo, estrogénoterapia o acupuntura superficial.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES - Revisión con falta de datos metodológicos. - Revisión amplia de otras intervenciones. - No hay comentarios de la calidad de estudios. - Heterogeneidad de las diferentes intervenciones evaluadas y las medidas de resultados entre los estudios.</p>

Tabaquismo

White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuntura para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Acupuntura para el abandono del hábito de fumar.</p> <p>Diseño RS/MA.</p> <p>Patrocinador NHS Research and Development National Cancer Programme, England UK. Adrian White es financiado por el DH National Coordinating Centre for Research Capacity Development UK. General Practice & Primary care, Peninsula Medical School, Universidades de Exeter y Plymouth Reino Unido.</p> <p>Valoración de la validez interna (++)</p>	<p>Búsqueda bibliografía - CENTRAL - Medline - EMBASE, - PsycINFO - <i>Science and Social Sciences Citation Index</i>, - AMED - CISCOP, - <i>Medical Acupuncture Research Foundation</i>. Hasta enero 2005. Sin restricción idiomática</p> <p>Grupos de comparación Acupuntura facial Auriculopuntura Acupuntura + auriculopuntura Acupuntura láser vs. simulada Electroestimulación del hueso mastoideo Controles Tratamiento simulado Placebo cápsulas Terapia conductual Terapia grupal Caja cerrada (caja de seguridad) de cigarrillos controlada por un reloj programado Medicamentos Vitaminas, hierbas Apoyo psicológico</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no). Muy variada.</p> <p>Duración del tratamiento Entre 7 a 28 días.</p>	<p>Criterios de inclusión Fumadores de tabaco que deseaban dejar de fumar.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Nº de pacientes 4749.</p> <p>Edad 12 - 18 >18 años</p> <p>Sexo Ambos.</p> <p>Nº de EC incluidos 24.</p>	<p>1. Acupuntura comparada con lista de espera / ninguna intervención Resultados a corto plazo: los resultados de dos estudios mostraron heterogeneidad estadística muy marcada ($I^2 = 88\%$) y por consiguiente no se combinaron. Ambos estudios usaron acupuntura auricular, pero uno empleó tratamiento mantenido con montantes permanentes (Leung 1991) y el otro usó agujas auriculares sólo durante las sesiones de tratamiento (Lamontagne 1980). El primero con tratamiento mantenido fue positivo, mientras que el segundo fue negativo, lo que sugiere que parte de la heterogeneidad puede ser explicada por la diversidad clínica. Resultados a largo plazo: tres estudios proporcionaron datos de resultados a largo plazo (seis a 12 meses). La combinación de estos resultados no demuestra un efecto significativo de la acupuntura (N = 393; <i>odds-ratio</i> [OR] 1,91; IC95% 0,98 a 3,70) y hubo todavía pruebas de alguna heterogeneidad ($I^2 = 57\%$).</p> <p>2. Acupuntura comparada con acupuntura simulada Resultados a corto plazo: se combinaron los 12 estudios que midieron los resultados a corto plazo de la acupuntura, en comparación con la acupuntura simulada (excluidos los cuatro estudios con puntos activos en el grupo de control) para dar un resultado positivo general (OR 1,36; IC95% 1,07 a 1,72) pero con heterogeneidad significativa ($I^2 = 57\%$). La combinación de los estudios con un modelo de efectos aleatorios más conservador eliminó la significación de la estimación agrupada (OR 1,50; IC95% 0,98 a 2,30). Un estudio de tamaño moderado mostró un beneficio grande (OR = 7) y significativo (Lacroix 1977), pero no se pudo encontrar ninguna característica clínica particular que explicara este resultado excepcional, aunque se observa que no se informaron las características de los grupos al inicio, por lo que no se puede excluir que la desigualdad entre los grupos en las variables predictivas fuese un factor de confusión de los resultados. Se realizó un análisis de sensibilidad con la omisión de este estudio; el OR agrupado de los 15 estudios restantes es 1,14 (IC95% 0,89 a 1,47) y no hubo más pruebas de heterogeneidad ($I^2 = 0\%$). El análisis de subgrupos de los 16 estudios que compararon la acupuntura con la acupuntura simulada, incluidos los cuatro estudios que posiblemente usaron controles activos, produce un valor muy similar de OR de 1,33 (IC95% 1,07 a 1,65; comparación 02,03), que sugiere que este problema metodológico tiene poco efecto. Lacroix (1977) también contribuyó a la heterogeneidad de este subgrupo, y cuando se excluyó se eliminó nuevamente el resultado beneficioso significativo a corto plazo (OR 1,15; IC95% 0,92 a 1,45). El análisis de sensibilidad con la exclusión de los estudios sin ocultamiento adecuado de la asignación dejó sólo un estudio (White 1998) que no mostró ninguna diferencia entre la acupuntura y la acupuntura simulada. De los 16 estudios en este grupo, sólo cuatro (Gilbey 1977; He 1997; Lamontagne 1980; White 1998) aplicaron la interacción mínima en el diseño del estudio, y sólo tres (He 1997; Waite 1998; White 1998) comprobaron bioquímicamente el resultado. Resultados a largo plazo: los seis estudios con comparaciones a largo plazo (seis a 12 meses) de la acupuntura y la acupuntura simulada no muestran ninguna diferencia del efecto de la acupuntura comparada con la simulación (OR 0,99; IC95% 0,68 a 1,44) y no hubo pruebas de heterogeneidad significativa ($I^2 = 39\%$). El subgrupo que incluyó controles posiblemente activos tuvo una estimación agrupada similar.</p> <p>3. Acupuntura comparada con otras intervenciones, y acupuntura como un complemento</p>	<p>Implicaciones para la práctica No hay pruebas consistentes sobre la efectividad de la acupuntura, la acupresión, la terapia con láser o la electroestimulación para el abandono del hábito de fumar mayor que un efecto placebo.</p> <p>Implicaciones para la investigación Los estudios futuros deben probar si la acupuntura con la fuerza adecuada de estimulación y combinada con la acupresión prolongada es superior al tratamiento simulado. Hay suficientes pruebas para sugerir que tales estudios pueden ser positivos, y la cuestión es pertinente e importante, ya que la acupuntura es un tratamiento seguro y popular.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Ninguno.</p>

White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuntura para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
	<p>Duración seguimiento 1, 2, 3, 6, 12, 24 semanas. 12, 18 meses hasta 5 años.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Jadad.</p>		<p>El efecto de la acupuntura no mostró ser diferente del efecto del tratamiento de reemplazo con nicotina (un estudio) o del asesoramiento y los enfoques psicológicos (tres estudios) a corto o a largo plazo.</p> <p>Como un tratamiento adyuvante, la acupuntura administrada además del chicle de nicotina no fue más efectiva que la acupuntura simulada y el chicle de nicotina en un estudio (Clavel 1992).</p> <p>En combinación con el asesoramiento y el enfoque psicológico, la acupuntura no fue superior al material de ilustración (Circo 1985), aunque un estudio que fue informado de una manera no interpretable declaró que una combinación de acupuntura y educación fue superior a la acupuntura sola o a la educación sola (Bier 2002).</p> <p>Se compararon cuatro técnicas diferentes de acupuntura entre sí y con la acupuntura simulada en Vibes (1977). Ninguna de las comparaciones alcanza significación estadística (ji cuadrado).</p> <p>Intervenciones relacionadas con la acupuntura</p> <p>Tian (1996) usó acupresión de la oreja sola para el abandono del hábito de fumar, y fue significativamente superior al asesoramiento. Otros dos estudios (He 1997; Waite 1998) usaron la acupresión combinada con acupuntura o electroacupuntura y se incluyeron en los análisis anteriores.</p> <p>Un estudio (Cai 2000) en fumadores adolescentes encontró que el tratamiento con láser verdadero no era superior al láser de placebo, al final del tratamiento o después de seis meses.</p> <p>Dos estudios de electroestimulación (Georgiou 1999; Pickworth 1997) encontraron que su efectividad no fue diferente a la del placebo al final del tratamiento (OR 1,23; IC95% 0,72 a 2,09).</p> <p>Efectos adversos No hay datos.</p>	

Ashenden R, Silagy CA, Lodge M, Fowler G. A meta-analysis of the effectiveness of acupuncture in smoking cessation. Drug Alcohol Rev 1997;16(1): 33-40.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES												
<p>Tema de RS Acupuntura y la deshabituación tabáquica.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador No hay datos.</p> <p>Valoración de la validez interna (+)</p>	<p>Búsqueda bibliografía - <i>Medline</i> - <i>Psych Abstracts</i> - <i>Dissertation Abstracts Health Planning & administration</i> - <i>Social scisearch</i> - <i>Smoking & Health</i> - EMBASE - <i>Biological Abstracts</i> - DRUG (base de datos alimentada por the <i>Alcohol and other Drug Council of Australia</i>) Hasta 1994. No hay datos de idiomas incluidos.</p> <p>Grupos de comparación Acupuntura vs. no acupuntura Acupuntura vs. placebo Acupuntura vs. lista de espera Acupuntura vs. hipnosis Electroacupuntura vs. placebo Acupuntura vs. terapia grupal Acupuntura vs. chicle de nicotina</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) No hay datos claros. Se utilizaron puntos de pulmón, ST36, shenmen, vesícula biliar, otros.</p> <p>Duración del tratamiento No hay datos.</p> <p>Duración seguimiento 6 - 12 meses.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Criterios de Chalmers (0-3).</p>	<p>Criterios de inclusión ECC y aleatorizados con pacientes que eran fumadores.</p> <p>Criterios de exclusión Ensayos con una duración menor a 3 meses y los que no incluyeran el cese de tabaquismo como medida de resultados.</p> <p>Nº de pacientes 2707.</p> <p>Edad No hay datos.</p> <p>Sexo Ambos.</p> <p>Nº de EC incluidos 9.</p>	<p>Resultados La calidad de la mayoría de los estudios ellos es baja.</p> <p>1. Acupuntura vs. control o no acupuntura Cese del tabaquismo:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OR</th> <th>IC 95%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Resultado global</td> <td>1,48</td> <td>1,13 a 1,94</td> </tr> <tr> <td>6 meses</td> <td>1,83</td> <td>0,97 a 3,46</td> </tr> <tr> <td>12 meses</td> <td>1,53</td> <td>1,17 a 2,00</td> </tr> </tbody> </table> <p>Riesgo de abandono: fue mayor en acupuntura vs. no acupuntura (OR 2,41; IC95% 1,52 a 3,83) comparado con acupuntura vs. placebo (OR 1,16 IC95% 0,90 a 1,49). No hubo diferencias en el abandono entre los pacientes que recibieron placebo y los que no recibieron acupuntura (OR 0,77; IC95% 0,18 a 3,20).</p> <p>2. Acupuntura vs. terapia grupal OR 2,23 (IC95% 1,16 a 4,28) a favor de la acupuntura. Cuando se comparó acupuntura vs. otras terapias (chicle de nicotina, terapia conductual, terapia individual, hipnosis, etc) no hubo diferencias.</p> <p>Efectos adversos Ningún estudio informó sobre los efectos adversos.</p>		OR	IC 95%	Resultado global	1,48	1,13 a 1,94	6 meses	1,83	0,97 a 3,46	12 meses	1,53	1,17 a 2,00	<p>No hay datos suficientes para sacar conclusiones válidas sobre la eficacia de la acupuntura en la deshabituación tabáquica.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES</p> <p>- Escaso número de pacientes en cada estudio. - Sesgo de publicación: los autores reconocen que no identificaron estudios sin resultados favorables.</p>
	OR	IC 95%														
Resultado global	1,48	1,13 a 1,94														
6 meses	1,83	0,97 a 3,46														
12 meses	1,53	1,17 a 2,00														

Tinnitus

Park J, White AR, Ernst E. Efficacy of acupuncture as a treatment for tinnitus: a systematic review. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2000; 126(4): 489-492.				
REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Eficacia de la acupuntura en el tinnitus.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador <i>British Chevening Scholarship.</i></p> <p>Valoración de la validez interna (+)</p>	<p>Búsqueda bibliografía - <i>Medline</i> (1969-1998), - <i>Cochrane controlled Trials Register</i> (issue 4, 1998) - Embase (1988-1998) <i>CISCOM (Centralised Information Service for Complementary Medicine)</i> que incluye <i>British Libray Alternative Medicine</i> y AMED.</p> <p>Grupos de comparación Acupuntura manual Electroacupuntura Tratamiento simulado Retroalimentación Fisioterapia Cinarizina</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no) Hansen et al: 5 agujas en cara, manos y pies según personalidad del paciente. Control con tratamiento simulado: agujas subcutáneas en los mismos puntos.</p> <p>Marks et al: electroacupuntura con frecuencias altas (100 Hz) y bajas (6-10 Hz) alternantes en puntos de manos, brazo y cara. Control con tratamiento simulado: pinchar la piel y retirar la aguja inmediatamente.</p> <p>Podoshin et al: Acupuntura (mismo método de Marks et al) vs. retroalimentación vs. cinazirina vs. placebo de cinazirina vs. placebo de retroalimentación.</p> <p>Axelsson et al: acupuntura (5 puntos de cara, manos y miembros inferiores). Control con tratamiento simulado: aplicación de un estimulador eléctrico con pulsos de baja frecuencia (2 Hz), con sonido audible y signos visibles en la superficie de los electrodos.</p> <p>Furugard et al: acupuntura en cabeza, manos y miembros inferiores vs. fisioterapia individualizada.</p> <p>Vilholm et al: acupuntura en cabeza y alrededor de orejas. Control con tratamiento simulado: colocación de agujas en puntos no acupunturales asignados aleatoriamente.</p>	<p>Criterios de inclusión Pacientes adultos con tinnitus crónico.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Nº de pacientes 185 (112 recibieron acupuntura, 73 otras intervenciones).</p> <p>Edad No hay datos.</p> <p>Sexo No hay datos.</p> <p>Nº de EC incluidos 6.</p>	<p>Resultados 6 ensayos clínicos, dos abiertos y dos paralelos, 4 cruzados.</p> <p>Hansen: cruzado, 20 pacientes con tinnitus unilateral con más de 1 año de duración. Registran síntomas diarios y lo convierten en período índice (<i>Period Index PI</i>). No mostró diferencias significativas entre los grupos.</p> <p>Marks: cruzado, 14 pacientes con tinnitus unilateral. La acupuntura mejoró el tinnitus en 5 pacientes (36%), y el placebo en ninguno (significativo).</p> <p>Podoshin: 60 pacientes con tinnitus idiopático subjetivo. Se observó una tendencia no significativa a mejorar en el grupo de acupuntura en comparación con los otros dos. El porcentaje de mejoría fue de 30% con acupuntura, 10% con cinarizina, 0% con placebo de retroalimentación, 10% con placebo de cinarizina y 50% con retroalimentación.</p> <p>Axelsson: cruzado, 20 pacientes con tinnitus asociado a hipoacusia debido a ruido. Mejoría del VAS (<i>Visual Analogue Scale</i>) de intensidad del ruido: 8% con acupuntura y 11% con tratamiento simulado (cuando se recibió acupuntura primero). 13% acupuntura y 4% tratamiento simulado (cuando se recibió tratamiento simulado primero). No hubo diferencias significativas en las medidas de resultados entre los dos grupos.</p> <p>Furugard: cruzado, 22 pacientes con tinnitus. El VAS de la intensidad del ruido, y del disgusto por el tinnitus, así como el NHP (<i>Nottingham Health Profile</i>) mejoraron significativamente con acupuntura. No hubo cambios con fisioterapia. El porcentaje de una “gran mejoría” fue de 45% con acupuntura vs. 16% con fisioterapia; sin embargo el porcentaje de “mejoría” fue de 55% con acupuntura y 84% con fisioterapia. Al año de seguimiento hubo un retorno a los valores basales.</p> <p>Vilholm: 54 pacientes con tinnitus severo resistente al tratamiento, uni o bilateral con al menos un año de duración. No hubo diferencias entre los dos grupos evaluados en todas mas medidas de resultados.</p> <p>Efectos adversos No hay datos.</p>	<p>Pocos ensayos clínicos, 2 de ellos abiertos que describen resultados favorables a la acupuntura y 4 ciegos que no mostraron diferencias. Calidad metodológica variable, la mitad de alta calidad informa resultados negativos</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gran heterogeneidad de las medidas de resultados utilizadas y de las técnicas comparadas. - No se describen los puntos acupunturales utilizados. - Población diferente entre los estudios (tinnitus uni/bilateral, tratados y no tratados, con más de un año o no de duración, resistentes a tratamiento, etc).

Park J, White AR, Ernst E. Efficacy of acupuncture as a treatment for tinnitus: a systematic review. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2000; 126(4): 489-492.

REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
	<p>Duración del tratamiento Hansen: 5 períodos de 3 semanas (uno de acupuntura, uno de placebo, dos de observación y uno de lavado).</p> <p>Marks: dos intervenciones con una semana de intervalo. Luego de 3 semanas de intervalo, se administran dos sesiones del otro tratamiento con una semana de intervalo, finalmente dos semanas de observación.</p> <p>Podoshin: 30 minutos por semana por 10 semanas.</p> <p>Axelsson: 30 minutos 3 veces por semana por 5 semanas.</p> <p>Furugard: no hay datos del tiempo de intervención, solo menciona que el seguimiento duró un año.</p> <p>Vilholm: dos meses.</p> <p>Duración del seguimiento Un año en un ECA, en el resto no hay datos claros.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Dos ECA son paralelos, 4 cruzados. 2 ECA abiertos y 4 doble ciegos Jadad 3 ECA ≥ 3. Del resto, menos de 3.</p>			

Jedel E. Acupuncture in xerostomia--a systematic review. J Oral Rehabil 2005; 32(6): 392-396.				
REVISIÓN	INTERVENCIONES	PARTICIPANTES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Tema de RS Acupuntura en xerostomía.</p> <p>Diseño RS.</p> <p>Patrocinador No hay datos.</p> <p>Valoración de la validez interna (-)</p>	<p>Búsqueda bibliografía - <i>Medline</i> - <i>Cochrane Central Register of Controlled Trials</i> Hasta sept 2003. Restricción idioma inglés.</p> <p>Grupos de comparación Acupuntura manual + auriculopuntura vs. acupuntura superficial Acupuntura manual + electroacupuntura vs. lista de espera</p> <p>Descripción de la técnica (número de puntos, meridianos, número de sesiones, técnica individualizada o no). Blom (1992): 2 sesiones 20 minutos por semana. ST3, ST4, ST5, ST6, ST7, SI17, PC6, HT7, LI4, LI8, LI10, SI3, SI7, GV20, CV9, CV17, ST36, KI3, KI5, SP4, SP6, SP8 y puntos auriculares. Blom (1996): 2 sesiones 20 minutos por semana. ST3, ST4, ST5, ST6, ST7, LI8, TE17, PC6, HT7, LI4, LI11, TE5, GV20, GB41, LR3, ST36, KI3, KI5, SP6. List (1998): 2 sesiones 30 minutos por semana. ST6, ST7, TE23, BL2, CV23, CV24, GV20, GV26, Biantao, Quianzheng, LI4, ST36, LI3.</p> <p>Duración del tratamiento 6-10 semanas.</p> <p>Duración del seguimiento 7- 64 semanas.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Calidad metodológica Jadad.</p>	<p>Criterios de inclusión - ECA escritos en inglés en revistas con revisión por pares - Pacientes con xerostomía - Evaluación de acupuntura</p> <p>Criterios de exclusión Estudios de acupresión y láser.</p> <p>Nº de pacientes 79.</p> <p>Edad 33 - 82 años.</p> <p>Sexo Ambos (49 mujeres, 30 hombres).</p> <p>Nº de EC incluidos 3.</p>	<p>Resultados Blom (1992): baja calidad. Incremento del flujo salival en la semana 7, 16, 28, 40 y 64 en comparación con el grupo control.</p> <p>Blom (1996): alta calidad. No hubo diferencias en el flujo salival entre los grupos.</p> <p>List (1998): baja calidad. Flujo salival y síntomas (medidos con VAS), no hubo diferencias entre los grupos.</p> <p>Efectos adversos Dos ensayos del mismo autor informan cansancio y pequeñas hemorragias en los puntos de puntura. (no hay más datos) El tercer ECA no da información al respecto.</p>	<p>No hay evidencia de que la acupuntura sea eficaz para el manejo de la xerostomía.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Faltan datos metodológicos.</p>

Tablas de ensayos clínicos aleatorizados

CEFALEAS/MIGRAÑA

Linde K, Streng A, Jurgens S, Hoppe A, Brinkhaus B, Witt C, Wagenpfeil S, Pfaffenrath V, Hammes MG, Weidenhammer W, Willich SN, Melchart D. Acupuncture for patients with migraine: a randomized controlled trial. JAMA 2005; 293(17): 2118-2125.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País Alemania</p> <p>Diseño estudio ECA doble ciego</p> <p>Multicéntrico</p> <p>Patrocinio Social health insurance funds</p> <p>Jadad 5</p>	<p>Grupo A: acupuntura semiestandarizada. Puntos: GB20, 40, o 41 o 42 Du Mai governing 20, LR3 SJ3 o SJ5, extra Taiyang, bilateral. Manipulación de <i>de qi</i> (total 25 agujas por sesión)</p> <p>Grupo B: grupo placebo (<i>sham</i>) 10 puntos predefinidos, bilateral no acupunturales, superficial. No se manipuló el <i>de qi</i>.</p> <p>Grupo C: lista de espera sin tratamiento profiláctico por 12 semanas, luego 12 sesiones de tratamiento con acupuntura.</p> <p>Duración 12 sesiones de 30 minutos por 8 semanas (2 sesiones en las primeras 4 semanas y luego una por semana)</p> <p>Seguimiento 12 y 24 semanas posterior a la intervención.</p> <p>Antecedentes acupuntores experiencia previa de al menos 140 h con una mediana de 500 h y de 10 años en acupuntura.</p>	<p>N total=304 Aleatorizados n=304 Grupo A n=145 Grupo B n=81 Grupo C n=76</p> <p>Criterios inclusión Criterios de migraña con o sin aura según IHS, 2 a 8 ataques por mes durante los últimos 3 meses, edad 18-65 años, migrañas por lo menos los últimos 12 meses.</p> <p>Criterios exclusión Intervalos de ataques, cefalea tensional, incapacidad para discriminar ataque de migraña de cefalea tensional, cefaleas secundarias, inicio cefalea > 50 años, uso de analgésicos, profilaxis de ataques durante las últimas 4 semanas, tratamiento con acupuntura en los últimos 12 meses.</p> <p>Co-intervenciones Si tenían un ataque agudo podían tratarse según las guías de la Sociedad Alemana de Migraña y Cefalea</p>	<p>Se realizó análisis por intención de tratar.</p> <p>Media de agujas utilizadas Acupuntura=17 (5) Placebo=11 (3)</p> <p>Disminución del número de días con cefalea moderada a severa (media-DS) (basal 9 y 12 semanas) Acupuntura 2,2 (2,7) Placebo 2,2 (2,7) Lista espera 0,8 (2,2)</p> <p>Diferencias entre acupuntura y placebo 0,0 [IC 95% -0,7 a 0,7] días (NS), entre acupuntura y lista de espera 1,4 [IC 95% 0,8 a 2,1] (p<0,01)</p> <p>Los resultados fueron similares en el análisis por protocolo y en los pacientes que completaron el registro diario de los datos.</p> <p>Proporción de respondedores Semanas 9-12 (reducción de días de cefalea moderada a severa por lo menos un 50%) 51% en acupuntura, 53% en placebo y 15% en lista de espera. Riesgo entre acupuntura vs placebo RR=0,96 [IC 95% 0,74-1,25] Riesgo entre acupuntura y lista de espera RR=3,53 [IC 95% 2,00-6,23] Semanas 21-24 Riesgo entre acupuntura vs placebo RR=0,88 [IC 95% 0,67-1,16] NS Reducción de >50% días de ataque de migraña Riesgo entre acupuntura vs placebo RR=0,92 [IC 95% 0,69-1,23] NS</p> <p>La diferencia de respuesta en el grupo de lista de espera se hace aparente después de las primeras 4 semanas y mejora después de la semana 12 (cuando se aplica la acupuntura) Las mejorías observadas en el grupo acupuntura se mantienen durante el período de seguimiento. En el grupo placebo los resultados tienden a ser un poco mejor pero las diferencias no son significativas. Los pacientes en lista de espera a partir de la semana 13 a 20 recibieron acupuntura presentaron mejoría clínica similar al grupo A.</p>	<p>Efectos adversos 7 efectos adversos serios (4 acupuntura, 1 placebo, 2 lista de espera) no relacionados con la intervención ni con la patología basal (3 cirugías, 1 cirugía de rodilla, salpingitis, crisis hipertensiva, procedimientos diagnósticos) Acupuntura=36/144 (25%), 37 efectos adversos. Placebo=13/81 (16%) 14 efectos adversos. 10 de acupuntura y 2 del placebo asociaron un incremento de los ataques de migraña a la intervención, 6 vs 1 refirieron fatiga, 4 vs 2 hematoma, respectivamente.</p> <p>Abandonos Acupuntura 7 (5%) Placebo 3 (5%) Lista espera 10 (13%) abandonan y se pierden en el seguimiento.</p> <p>Conclusiones La acupuntura se asoció a una disminución de la migraña comparado con no dar tratamiento. Sin embargo los efectos fueron similares al grupo placebo (<i>sham</i> acupuntura) que podría ser por efectos no específicos fisiológicos de las agujas o al efecto placebo per se o la combinación de ambos.</p> <p>Limitaciones Tasa de abandonos en el grupo de lista de espera fue mayor. No pudo cegar el grupo lista de espera.</p>

Allais G, De Lorenzo C, Quirico PE et al. Acupuncture in the Prophylactic Treatment of Migraine Without Aura: A Comparison with Flunarizine. Headache 2002; 42(9): 855-61

	Intervenciones	Participantes	Resultados /Métodos estadísticos (CI95%/p/NNT/ITA)/ Tipo análisis (intención tratar/protocolo)	Comentarios
<p>País Italia</p> <p>Diseño estudio ECA abierto. Con cegamiento de quienes conducen el análisis de la información</p> <p>Patrocinio No informa</p> <p>Jadad 3</p>	<p>Grupo A: Acupuntura semanal durante los primeros 2 meses, luego 1 vez al mes durante los siguientes cuatro meses, siguiendo una técnica estandarizada entre los tres acupunturistas que aplicaron la terapia, buscando llegar al <i>de qi</i>.</p> <p>Grupo B: 10 mg flunarizina administrado diariamente durante los primeros 2 meses, luego 20 más al mes durante los siguientes 4 meses.</p> <p>Duración 4 meses</p> <p>Seguimiento Registro diario por parte del paciente sobre número de ataques, necesidad de medicación de rescate.</p>	<p>Total Aleatorizados N=160 Pérdidas= 10 Grupo A=3 Grupo B= 7 Incluidos en analisis= 150 Grupo A n=77 Grupo B n=73</p> <p>Criterios inclusión Edad 18 a 60 años Referencia de ataques de migraña sin aura segun criterios de la IHS Al menos 2 años de historia de migraña Más de 2 ataques de migraña por mes en el último año</p> <p>Criterios exclusión Presencia o historia de otras enfermedades Lactancia, Embarazo Tratamiento previo de acupuntura u otras terapias alternativas</p> <p>Co-intervenciones Medicación analgésica y de rescate</p>	<p>Tipo análisis: Analisis por protocolo</p> <p>Medidas de Resultado: Número de ataques de migraña/mes, intensidad del dolor y requerimiento de medicación de rescate.</p> <p>Resultados En ambos grupos disminuyó significativamente la frecuencia de ataques de migraña por mes y el requerimiento de medicación de rescate especialmente después de pasado el periodo de inicio (2 meses). Esta disminución fué significativamente mayor a los 2 y 4 meses de seguimiento en el grupo de acupuntura. No se encontraron diferencias a los 6 meses de tratamiento en el numero de migrañas/mes entre los grupos de tratamiento.</p> <p>La intensidad del dolor en el grupo acupuntura fué significativamente menor que la basal durante todo el tiempo de seguimiento (prueba de ji cuadrado $p=.001$)</p> <p>El requerimiento de medicación de rescate fue progresivamente menor a medida que avanzó el tratamiento en ambos grupos, siendo significativamente menor al basal ($p<.001$) en el grupo de acupuntura a los 2 meses de tratamiento. El número de analgésicos usados fue significativamente menor en el grupo acupuntura durante todo el tiempo de tratamiento ($p<0.05$). Al final del seguimiento el 18% de los pacientes en el grupo de acupuntura habían abandonado completamente la medicación de rescate y 15% en el grupo de medicación.</p>	<p>Efectos adversos</p> <p>El número de eventos adversos reportados fué menor en el grupo de acupuntura que en el grupo de medicación ($p=.007$). Los principales eventos adversos descritos fueron: Grupo de acupuntura: sedación después del tratamiento, dolor local. Grupo de medicación: aumento de peso, depresión.</p> <p>Abandonos Grupo de acupuntura Al finalizar estudio: 3/ 80(3.75%)</p> <p>Grupo de medicación Al finalizar estudio: 7/80 (8.75%)</p> <p>Conclusiones Los resultados del ensayo apoyan que la técnica de acupuntura utilizada por los autores es más efectiva en el manejo profiláctico de la migraña en mujeres de 18 a 60 años que la terapia profiláctica con flunarizina.</p> <p>Limitaciones Evaluación de resultados fue reportada por el paciente; esto deja abierta la posibilidad de sesgo de subjetividad. Tiempo de seguimiento es muy corto para el tipo de entidad en estudio. El estudio no permite concluir la frecuencia con que el tratamiento profiláctico con acupuntura debe realizarse para obtener los efectos deseados y poder así emitir recomendaciones sobre su uso.</p>

Allais G, De Lorenzo C, Quirico PE, Lupi G, et al.. Non- pharmacological approach to chronic headaches: Transcutaneous electrical nerve stimulation, lasertherapy and acupuncture in transformed migraine treatment. Neurological Sciences: Official Journal of The Italian Neurological Society and the Italian Society of Medical Neurophysiology 2003; 24 Suppl 2: S138-42

	Intervenciones	Participantes	Resultados /Métodos estadísticos (CI95%/p/NNT/ITA) Tipo análisis (intención tratar/protocolo)	Comentarios
<p>País Italia</p> <p>Diseño estudio ECA abierto Con cegamiento de quienes conducen el análisis</p> <p>Patrocinio No informa</p> <p>Jadad 3</p>	<p>Grupo T: TENS 30 minutos cada día (Lunes a Viernes) durante dos semanas</p> <p>Grupo L: Laser Infrarojo 25 min. por día, 3 veces por semana durante dos semanas.</p> <p>Grupo A: Acupuntura básica tradicional dos veces a la semana durante dos semanas, seguida de una vez a la semana por las siguientes tres semanas</p> <p>Duración Los tres grupos recibieron un periodo de inicio de 1 mes y fueron seguidos durante 8 semanas</p> <p>Seguimiento Controles mensuales durante 4 meses</p>	<p>Total Aleatorizadas N=60 mujeres Perdidas al seguimiento= 7 Grupo T=2 Grupo L=3 Grupo A=2 Incluidos en analisis= 53 Grupo T n=18 Grupo L n= 17 Grupo A n = 18</p> <p>Criterios inclusión Edad 18 a 60 años Referencia de mas de 15 días/mes con cefalea en los últimos 6 meses Al menos 1 año de historia de migraña inespecífica Más de 2 ataque de migraña por mes en el último año</p> <p>Criterios exclusión Presencia o historia de convulsiones Enfermedad Cardíaca Lactancia, Embarazo Tratamiento previo con acupuntura, TENS o laser.</p> <p>Co-intervenciones No medicación profiláctica. Limitación de la medicación y de rescate a los máximo posible.</p>	<p>Método: Analisis por protocolo</p> <p>Medidas de Resultado: Número de ataques de migraña al mes, diferencia entre el numero de migrañas/mes en el periodo de inicio vs periodo de tratamiento</p> <p>Resultados Los tres grupos mostraron ser comparables.</p> <p>Grupo T: mostró una disminución al mes de tratamiento. Sin embargo a los 4 meses esto no fue significativo. Grupo L: los días con migraña disminuyeron significativamente después del primer mes de tratamiento. Grupo A: el número de días sin migraña fue significativamente menor durante todo el seguimiento (p<0.005) en todas las comparaciones.</p> <p>La mayor reducción de días con cefalea se obtuvo en el grupo A (más de 50% en el 72.2% de los pacientes).</p>	<p>Efectos adversos No se registraron eventos adversos durante el tiempo de deguimiento,</p> <p>Abandonos Grupo T Al finalizar estudio: 2/ 20(10%) Grupo L Al finalizar estudio: 3/20 (15%) Grupo A Al finalizar : 2/20 (10%)</p> <p>Conclusiones Los resultados del ensayo apoyan que la eficacia de la acupuntura utilizada por los autores aparece más rápido en el manejo profiláctico de la migraña en mujeres de 18 a 60 años comparada con TENS y láser infrarojo.</p> <p>Limitaciones Evaluación de resultados reportada por el paciente que deja abierta la posibilidad de sesgo. Tiempo de seguimiento muy corto para el tipo de entidad. No se puede concluir la frecuencia requerida de aplicación del tratamiento profilactivo para emitir recomendaciones</p>

Melchart D, Thormaehlen J, Hager S, Liao J, Linde K, Weidenhammer W. Acupuncture versus placebo versus sumatriptan for early treatment of migraine attacks: a randomized controlled trial. Journal of Internal Medicine 2003; 253(2):181-188.

	Intervenciones	Participantes	Resultados Métodos estadísticos (CI95%/p/NNT/ITA) Tipo análisis (intención tratar/protocolo) (Resultados—Grupo 1—Grupo 2—p value/CI)	Comentarios																
País Alemania Diseño estudio ECA doble ciego parcial (sumatriptan y placebo) Multicéntrico Patrocinio B.M.B.F. German Ministry of Education and Research (01 KT 9408/7) Jadad 4	Grupo A: Acupuntura china tradicional Puntos: GB41, GB20, GB15, GB14, GB10, GB8LI4, LR3, SJ5, DM20 extra 2. Bilateral, manipulación de <i>de qi</i> , media de duración sesión de 1,5 h. Grupo B: Placebo 1ml NaCL SC Grupo C: Sumatriptán 6mg SC Duración No hay datos Seguimiento 1, 2, 6, 12, 18, 24, 36 y 48 h después del inicio del tratamiento. Antecedentes acupuntores Acupuntores chinos formados en la Universidad de Medicina China Tradicional.	N total=477 Aleatorizados n=179 Grupo acupuntura Aleatorizados=60 Grupo sumatriptán Aleatorizados=58 Grupo placebo Aleatorizados=61 Criterios inclusión Pacientes de 18-65 años Diagnóstico de migraña según IHS. Al menos dos ataques por mes. Intensidad de la migraña leve (escala de Heller) Criterios exclusión Enfermedades sistémicas, cardiovasculares, enfermedades psiquiátricas, abuso de alcohol, embarazo, lactancia. Pacientes que hayan recibido sumatriptán o ergotamina 24 h antes Co-intervenciones Si había ataque de migraña a pesar de la intervención, se repetía la intervención que recibían (acupuntura y sumatriptan) y al que recibía placebo se le daba sumatriptan. Si así no cedía se les daba 500-1000 mg de AAS ev o 500 mg metamizole EV	Análisis por intención de tratar. Prevención completa de ataque de migraña a las 48 h se observó en 21/60 (35%) acupuntura, 21/58 (36%) sumatriptán y 11/61 (18%) placebo. La diferencia fue significativa entre el grupo acupuntura vs placebo (p=0,028). El RR de tener un ataque de migraña fue 0,79 (IC 95% 0,64-0,99) para el grupo de acupuntura vs placebo y de 0,78 (IC 95% 0,62-0,98) para el sumatriptán vs placebo. El RR fue de 1,03 (IC 95% 0,64-1,68) para acupuntura vs sumatriptán. La mediana de tiempo libre de ataque fue de 19,9 h (IC 95% 10,9-28,8) con sumatriptán, 8,5 (IC95% 0-17,8) con acupuntura y 4,6 (IC 95% 2,4-6,8) para placebo. No hubo diferencias significativas pero hay una tendencia de los pacientes que recibieron sumatriptán a permanecer más tiempo libre de ataques de migraña. Número de pacientes libres de dolor luego de comenzar el tratamiento <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1 h</th> <th>2hs</th> <th>6hs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>acupuntura</td> <td>1 (2%)</td> <td>4 (7%)</td> <td>10 (17%)</td> </tr> <tr> <td>sumatriptán</td> <td>6 (10%)</td> <td>14 (24%)</td> <td>20 (35%)</td> </tr> <tr> <td>placebo</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>3 (5%)</td> </tr> </tbody> </table> Intervención de rescate 108 pacientes necesitaron una segunda intervención de rescate. 4/31 (13%) pacientes de acupuntura observaron una disminución del 50% o más a las 2 h. 17/31 (55%) pacientes de sumatriptán observaron una disminución del 50% o más a las 2 h. 37/49 (80%) pacientes del grupo placebo que recibieron sumatriptán observaron una disminución del 50% o más a las 2 h.		1 h	2hs	6hs	acupuntura	1 (2%)	4 (7%)	10 (17%)	sumatriptán	6 (10%)	14 (24%)	20 (35%)	placebo	0	0	3 (5%)	Efectos adversos 13 acupuntura 23 sumatriptán 10 placebo Efectos adversos serios 2 (1 acupuntura inserción aguja muy dolorosa y se retiró la aguja, 1 sumatriptán tuvo HTA necesitó nifedipina sublingual) Los sucesos registrados: HTA, dolor precordial, vértigos, mareos, acaloramiento, otros. Abandonos 8/60 (acupuntura), 6/58 (sumatriptán) y 4761 (placebo) Conclusiones La acupuntura y el sumatriptán fueron más efectivos que el placebo en la prevención temprana del ataque de migraña. Cuando el ataque no se pudo prevenir, el sumatriptán fue más efectivo que la acupuntura en el alivio de la cefalea . Limitaciones No se pudo aplicar el punto faltante en la escala de Jadad, por ser la rama de acupuntura no cegada a la intervención. No hay datos claros sobre el tiempo de duración de la intervención ni sobre la duración del seguimiento.
	1 h	2hs	6hs																	
acupuntura	1 (2%)	4 (7%)	10 (17%)																	
sumatriptán	6 (10%)	14 (24%)	20 (35%)																	
placebo	0	0	3 (5%)																	

Karst M, Rollnik JD, Fink M, Reinhard M, Piepenbrock S. Pressure pain threshold and needle acupuncture in chronic tension-type headache--a double-blind placebo-controlled study. Pain 2000; 88(2):199-203.

	Intervenciones	Participantes	Resultados Métodos estadísticos (CI95%/p/NNT/ITA) Tipo análisis (intención tratar/protocolo) (Resultados—Grupo 1—Grupo 2—p value/CI)	Comentarios																																																								
País Alemania Diseño estudio ECA doble ciego Patrocinio No hay datos Jadad 2	Grupo A: Acupuntura con agujas en los siguientes puntos: GB20, LI4, LR3, GB8, GB14, GB21, GB41, UB2, UB10, UB60, LU7, TW5, ST8, ST36, ST44, DU20, xtra1. Máximo de 15 agujas, 5 semanas, dos sesiones por semana, colocación de 30 minutos Grupo B: Acupuntura simulada (Sham) se utilizaron agujas con punta roma, sin filo que se colocaban con un dispositivo de espuma que simulaba la penetración de la aguja. (cube-shaped elastic foam) Duración 6 semanas Seguimiento 6 semanas Antecedentes acupuntores no hay datos	N total=39 Aleatorizados n=39 Grupo acupuntura n=21 Grupo placebo (sham) n=18 Criterios inclusión Criterios de cefalea crónica tensional según la IHS Criterios exclusión Migraña clásica o común, tumor, HTA, problemas oculares, traumatismos, embarazo. Co-intervenciones Medicación analgésica y de rescate	No análisis por intención de tratar. Dolor (EVA) Hubo una disminución de la puntuación del Vas en ambos grupos, sin diferencias entre ellos. Calidad de vida No hubo diferencias entre ambos grupos. <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="3">Placebo</th> <th colspan="3">Acupuntura</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Basal</th> <th>Ultimo día tto</th> <th>6 semanas</th> <th>Basal</th> <th>Ultimo día tto</th> <th>6 semanas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EVA</td> <td>6,3 (2,2)</td> <td>4,7 (2,4)</td> <td>3,9 (2,7)</td> <td>6,2 (2,2)</td> <td>4,3 (2,6)</td> <td>4,0 (2,5)</td> </tr> <tr> <td>Fcia/mes</td> <td>27,2 (5,9)</td> <td>22,8 (10)</td> <td>22 (9,9)</td> <td>26,9 (7)</td> <td>17,5 (12,6)</td> <td>22,1 (10,6)</td> </tr> <tr> <td>Analg/mes</td> <td>10,2 (12)</td> <td>4,3 (5,7)</td> <td>21,2 (27,6)</td> <td>8,3 (11,8)</td> <td>6,4 (11,2)</td> <td>13,7 (17,2)</td> </tr> <tr> <td>CGI (Impresión Global Clínica)(-4 a +4)</td> <td></td> <td>0,8 (1,5)</td> <td>1,1 (1,7)</td> <td></td> <td>1,6 (1,5)</td> <td>1,3 (1,4)</td> </tr> <tr> <td>Umbral Dolor Izq</td> <td>373,2 (28,6)</td> <td></td> <td>366,6 (57,1)</td> <td>329,1 (70,5)</td> <td></td> <td>360 (41,3)</td> </tr> <tr> <td>Umbral Dolor dcho (kPA)</td> <td>354,7 (56,8)</td> <td></td> <td>358,9 (76,6)</td> <td>321,9 (78,8)</td> <td></td> <td>368,2 (39,4)</td> </tr> </tbody> </table>		Placebo			Acupuntura				Basal	Ultimo día tto	6 semanas	Basal	Ultimo día tto	6 semanas	EVA	6,3 (2,2)	4,7 (2,4)	3,9 (2,7)	6,2 (2,2)	4,3 (2,6)	4,0 (2,5)	Fcia/mes	27,2 (5,9)	22,8 (10)	22 (9,9)	26,9 (7)	17,5 (12,6)	22,1 (10,6)	Analg/mes	10,2 (12)	4,3 (5,7)	21,2 (27,6)	8,3 (11,8)	6,4 (11,2)	13,7 (17,2)	CGI (Impresión Global Clínica)(-4 a +4)		0,8 (1,5)	1,1 (1,7)		1,6 (1,5)	1,3 (1,4)	Umbral Dolor Izq	373,2 (28,6)		366,6 (57,1)	329,1 (70,5)		360 (41,3)	Umbral Dolor dcho (kPA)	354,7 (56,8)		358,9 (76,6)	321,9 (78,8)		368,2 (39,4)	Efectos adversos No hay datos Abandonos No hay datos Conclusiones Los resultados apoyan la hipótesis de que mecanismos periféricos tendrían un rol menor en la patogénesis de la cefalea crónica tensional. Limitaciones Baja Calidad metodológica (2) por falta de datos. Escaso n pacientes. No hay datos del patrocinio. No hay IC 95% en los resultados. No se hizo análisis por intención de tratar.
	Placebo			Acupuntura																																																								
	Basal	Ultimo día tto	6 semanas	Basal	Ultimo día tto	6 semanas																																																						
EVA	6,3 (2,2)	4,7 (2,4)	3,9 (2,7)	6,2 (2,2)	4,3 (2,6)	4,0 (2,5)																																																						
Fcia/mes	27,2 (5,9)	22,8 (10)	22 (9,9)	26,9 (7)	17,5 (12,6)	22,1 (10,6)																																																						
Analg/mes	10,2 (12)	4,3 (5,7)	21,2 (27,6)	8,3 (11,8)	6,4 (11,2)	13,7 (17,2)																																																						
CGI (Impresión Global Clínica)(-4 a +4)		0,8 (1,5)	1,1 (1,7)		1,6 (1,5)	1,3 (1,4)																																																						
Umbral Dolor Izq	373,2 (28,6)		366,6 (57,1)	329,1 (70,5)		360 (41,3)																																																						
Umbral Dolor dcho (kPA)	354,7 (56,8)		358,9 (76,6)	321,9 (78,8)		368,2 (39,4)																																																						

Karst M, Reinhard M, Thum P, Wiese B, Rollnik J, Fink M. Needle acupuncture in tension-type headache: a randomized, placebo-controlled study. *Cephalalgia: an International Journal of Headache* 2001; 21(6): 637-642.

	Intervenciones	Participantes	Resultados Métodos estadísticos (CI95%/p/NNT/ITA) Tipo análisis (intención tratar/protocolo) (Resultados—Grupo 1—Grupo 2—p value/CI)	Comentarios
País Alemania Diseño estudio ECA doble ciego Patrocinio No hay datos Jadad 2	Grupo A: Acupuntura con agujas en los siguientes puntos: GB20, LI4, LR3, GB8, GB14, GB21, GB41, UB2, UB10, UB60, LU7, TW5, ST8, ST36, ST44, DU20, xtra1. Máximo de 15 agujas, 5 semanas, dos sesiones por semana, colocación de 30 minutos Grupo B: Acupuntura simulada (<i>Sham</i>) se utilizaron agujas con punta roma, sin filo que se colocaban con un dispositivo de espuma que simulaba la penetración de la aguja. (cube-shaped elastic foam) Duración 6 semanas Seguimiento Al finalizar la intervención, a las 6 semanas y a los 5 meses Antecedentes acupuntores no hay datos	N total=69 Aleatorizados n=39 Grupo acupuntura n=21 Grupo placebo (<i>sham</i>) n=18 Criterios inclusión Criterios de cefalea episódica y crónica tensional según la IHS Criterios exclusión Migraña clásica o común, tumor, HTA, problemas oculares, traumatismos, embarazo. anticoagulación Co-intervenciones Medicación analgésica y de rescate	No análisis por intención de tratar. Dolor (EVA) Hubo una disminución de la puntuación del EVA en ambos grupos, en cada evaluación de resultados pero sin diferencias entre ellos. Calidad de vida No hubo diferencias entre ambos grupos en las distintas escalas utilizadas: Everyday-Life-Questionnaire, Life Quality Scale, von Zerssen Depression Scale. En el Nottingham Health Profile hubo un incremento significativo (8,5% en el 1º control (al finalizar el tratamiento) y 11,1% en el segundo control (6 semanas)) en el grupo de acupuntura En el CGI (Clinical Global Impact) hubo una mejoría significativa en el grupo acupuntura. Frecuencia de los ataques de cefalea (días /mes) Disminuyó 20% en el grupo placebo comparado con 38% en el grupo activo, diferencias no significativas. Consumo de analgésicos Hubo una disminución del consumo en ambos grupos sin diferencias entre ellos.	Efectos adversos No hay datos Abandonos No hay datos Conclusiones La frecuencia de episodios y la depresión son factores predictivos de gran impacto en los resultados de estudios de acupuntura en cefalea tensional crónica. Limitaciones Baja Calidad metodológica (2) por falta de datos. No hay datos del patrocinio. No hay IC 95% en los resultados. No se hizo análisis por intención de tratar. Se observa que no hay correlación entre los objetivos, los resultados y las conclusiones de los autores. Hay datos de un CART-análisis que no está especificado en material y métodos, por lo que la interpretación de esos datos es poco clara.

Vickers AJ, Rees RW, Zollman CE, et al. Acupuncture of chronic headache disorders in primary care: randomised controlled trial and economic analysis. Health Technol Assess 2004 Nov;8(48):1-50

	Intervenciones	Participantes	Resultados /Métodos estadísticos (CI95%/p/NNT/ITA)/ Tipo análisis (intención tratar/protocolo)	Comentarios
País Reino Unido Diseño estudio ECA abierto. Patrocinio National Health Service HTA Jadad 3	Grupo A: Acupuntura tradicional (individualizada para cada paciente) más cuidados médicos rutinarios. Grupo B: cuidados médicos rutinarios. Duración 12 sesiones en tres meses, con un seguimiento a los 6, 9 y 12 meses	N Total=401 Grupo Acupuntura: Aleatorizados=205 Reciben tratamiento=186 Grupo Rutinario: Aleatorizados=196 Reciben tratamiento=193 Edad: 46 (10) Criterios inclusión Edad 18 a 65 años Diagnóstico según criterios de la IHS Al menos 2 ataques de migraña por mes. Criterios exclusión Inicio de la cefalea durante el último año. Inicio después de los 50 años Lactancia, Embarazo Enfermedades malignas Cefaleas en cúmulos Neuralgias craneales Tratamiento previo de acupuntura Co-intervenciones Medicación analgésica	Tipo análisis: Análisis por protocolo Resultados: Escala de cefalea: La reducción de las puntuaciones en la escala de cefalea fue mucho mayor en el grupo que recibió acupuntura (34%) comparado con el otro grupo (16%; p=0.0002). Cuando se consideró como mejoría clínica una disminución del 35% en las puntuaciones, un 22% más de pacientes del grupo acupuntura mostró esta mejoría en relación al grupo control, equivalente a un NNT de 4.6 (3-9.1). Este efecto pareció prolongarse con el tiempo (hasta los 12 meses). Medicación y uso de recursos: El uso de medicamentos semanal disminuyó en un 23% en el grupo control, comparado con la disminución del 37% del grupo de acupuntura. Esto equivale a un 15% menos de medicación en los pacientes tratados con acupuntura. Estos pacientes hicieron un 25% menos de visitas al médico, y perdió un 15% menos de días por enfermedad. Días con cefalea: Los pacientes que recibieron acupuntura experimentaron un equivalente a 22 días menos de cefalea por año que los pacientes del grupo control. SF36: El grupo de acupuntura mejoró significativamente en los siguientes dominios: rol físico, energía y cambios de salud.	Efectos adversos Se registraron 5 casos de cefalea en 4 pacientes del grupo de acupuntura. Abandonos La tasa de abandonos fue similar entre ambos grupos. Sólo el 6% de los que abandonaron no aportaron datos después de la aleatorización. Conclusiones El estudio sugiere que la acupuntura tiene beneficios clínicos persistentes en la atención de pacientes de cuidados primarios con cefalea crónica. Son convenientes estudios a más largo plazo para confirmar estos resultados, que puedan comparar los resultados en pacientes con migraña y cefalea tensional, etc. Limitaciones Se realizó un análisis por protocolo. Los pacientes del grupo control no recibieron acupuntura simulada. No se describió ningún tipo de cegamiento en el estudio.

White AR, Resch KL, Chan JC *et al.* Acupuncture for episodic tension-type headache: a multicentre randomized controlled trial. *Cephalalgia* : an International Journal of Headache 2000; 20(7):632-7.

	Intervenciones	Participantes	Resultados Métodos estadísticos (CI95%/p/NNT/ITA) Tipo análisis (intención tratar/protocolo) (Resultados—Grupo 1—Grupo 2—p value/CI)	Comentarios																																																																																
<p>País UK</p> <p>Diseño estudio ECA simple ciego multicéntrico</p> <p>Patrocinio United Kingdom's NHS Executive South-west R & D.</p> <p>Jadad 3</p>	<p>Grupo A: Acupuntura con agujas en los siguientes puntos: GB20, LI4 (4 puntos obligatorios y luego 4 puntos opcionales más según el punto doloroso). Manipulación de <i>de qi</i>, luego se quitaba la aguja y se colocaba en otro punto. No se retiene la aguja. 1 vez/semana por 6 semanas.</p> <p>Grupo B: Acupuntura simulada (<i>Sham</i>) se utilizaron agujas con punta roma, sin filo. Se colocaban en puntos no dolorosos.</p> <p>Duración 6 semanas</p> <p>Seguimiento 1 y 2 meses</p> <p>Antecedentes acupuntores miembros de la British Medical Acupuncture Society</p>	<p>N total=50 Aleatorizados n=50 Grupo acupuntura n=25 Grupo placebo (<i>sham</i>) n=25</p> <p>Criterios inclusión Criterios de cefalea tensional episódica según criterios IHS</p> <p>Criterios exclusión Cefalea menos de un episodio por semana, uso de medicación profiláctica, antecedentes de sangrado, antecedentes de utilización de acupuntura.</p> <p>Co-intervenciones Medicación analgésica y de rescate</p>	<p>Análisis por intención de tratar. Días de cefalea-duración-severidad Disminuyó en ambos grupos pero no hubo diferencias entre ambos grupos evaluados.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Acupuntura</th> <th>Placebo</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Días/sem</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Basal</td> <td>4,3 (2,1)</td> <td>3,6 (1,7)</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>Tratamiento</td> <td>3,3 (2,1)</td> <td>2,5 (1,3)</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>1º mes</td> <td>2,7 (2,4)</td> <td>2,5 (1,7)</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>2º mes</td> <td>2,6 (2,0)</td> <td>2,3 (1,7)</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>Duración (30 minutos/sem)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Basal</td> <td>48,8 (56,1)</td> <td>39,8 (29,7)</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>Tratamiento</td> <td>27,6 (30,6)</td> <td>18,9 (17,2)</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>1º mes</td> <td>21,3 (32,2)</td> <td>23,1 (23,4)</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>2º mes</td> <td>21,5 (29,1)</td> <td>15,3 (10,5)</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>Severidad cefalea (EVA)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Basal</td> <td>38,6 (15,4)</td> <td>42,1 (10,4)</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>Tratamiento</td> <td>29,9 (14,9)</td> <td>39,3 (16,2)</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>1º mes</td> <td>31,5 (16,7)</td> <td>36,8 (12,3)</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>2º mes</td> <td>30,0 (14,4)</td> <td>37,9 (13,3)</td> <td>NS</td> </tr> </tbody> </table> <p>No hubo diferencias en la disminución >50% de días de cefalea.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Acupuntura</th> <th>Placebo</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tratamiento</td> <td>7 (28%)</td> <td>6 (24%)</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>1º mes</td> <td>15 (60%)</td> <td>10 (40%)</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>2º mes</td> <td>8 (32%)</td> <td>8 (32%)</td> <td>NS</td> </tr> </tbody> </table> <p>No hubo diferencias en el número de respondedores, ni en el consumo de medicamentos.</p> <p>La puntuación del impacto de la cefalea en el trabajo y en la función social (Score for Impact of headache on work and social functioning, GHQ) mejoró en ambos grupos pero sin diferencias entre ellos.</p> <p>El número de pacientes que mejoraron (en la valoración global) al final del estudio no fue diferente entre los grupos.</p>		Acupuntura	Placebo	p	Días/sem				Basal	4,3 (2,1)	3,6 (1,7)	NS	Tratamiento	3,3 (2,1)	2,5 (1,3)	NS	1º mes	2,7 (2,4)	2,5 (1,7)	NS	2º mes	2,6 (2,0)	2,3 (1,7)	NS	Duración (30 minutos/sem)				Basal	48,8 (56,1)	39,8 (29,7)	NS	Tratamiento	27,6 (30,6)	18,9 (17,2)	NS	1º mes	21,3 (32,2)	23,1 (23,4)	NS	2º mes	21,5 (29,1)	15,3 (10,5)	NS	Severidad cefalea (EVA)				Basal	38,6 (15,4)	42,1 (10,4)	NS	Tratamiento	29,9 (14,9)	39,3 (16,2)	NS	1º mes	31,5 (16,7)	36,8 (12,3)	NS	2º mes	30,0 (14,4)	37,9 (13,3)	NS		Acupuntura	Placebo	p	Tratamiento	7 (28%)	6 (24%)	NS	1º mes	15 (60%)	10 (40%)	NS	2º mes	8 (32%)	8 (32%)	NS	<p>Efectos adversos Acupuntura 1 caso exacerbación cefalea 4 hematoma local 1 dolor por colocación agujas.</p> <p>Placebo 1 exacerbación cefalea</p> <p>Abandonos Grupo placebo Al finalizar estudio: 2/25 (92%) Al 2º mes control: 19/25 (76%)</p> <p>Grupo acupuntura Al finalizar estudio: 2/25 (92%) Al 2º mes control: 15/25 (60%)</p> <p>Conclusiones Los resultados del ensayo no apoyan que este tipo de técnica de acupuntura sea efectiva en la cefalea episódica tensional.</p> <p>Limitaciones Es ciego simple No hay IC 95% en los resultados. Técnica de acupuntura que no se deja la aguja sino que se manipula y se retira inmediatamente.</p>
	Acupuntura	Placebo	p																																																																																	
Días/sem																																																																																				
Basal	4,3 (2,1)	3,6 (1,7)	NS																																																																																	
Tratamiento	3,3 (2,1)	2,5 (1,3)	NS																																																																																	
1º mes	2,7 (2,4)	2,5 (1,7)	NS																																																																																	
2º mes	2,6 (2,0)	2,3 (1,7)	NS																																																																																	
Duración (30 minutos/sem)																																																																																				
Basal	48,8 (56,1)	39,8 (29,7)	NS																																																																																	
Tratamiento	27,6 (30,6)	18,9 (17,2)	NS																																																																																	
1º mes	21,3 (32,2)	23,1 (23,4)	NS																																																																																	
2º mes	21,5 (29,1)	15,3 (10,5)	NS																																																																																	
Severidad cefalea (EVA)																																																																																				
Basal	38,6 (15,4)	42,1 (10,4)	NS																																																																																	
Tratamiento	29,9 (14,9)	39,3 (16,2)	NS																																																																																	
1º mes	31,5 (16,7)	36,8 (12,3)	NS																																																																																	
2º mes	30,0 (14,4)	37,9 (13,3)	NS																																																																																	
	Acupuntura	Placebo	p																																																																																	
Tratamiento	7 (28%)	6 (24%)	NS																																																																																	
1º mes	15 (60%)	10 (40%)	NS																																																																																	
2º mes	8 (32%)	8 (32%)	NS																																																																																	

Xue CC, Dong L, Polus B *et al.* Electroacupuncture for tension-type headache on distal acupoints only: a randomized, controlled, crossover trial. *Headache* 2004; 44(4):333-341.

	Intervenciones	Participantes	Resultados Métodos estadísticos (CI95%/p/NNT/ITA) Tipo análisis (intención tratar/protocolo) (Resultados—Grupo 1—Grupo 2—p value/CI)	Comentarios												
País Australia Diseño estudio ECA simple, cruzado ciego Patrocinio No hay datos Jadad 2	Grupo A: Electroacupuntura real Grupo B: Electroacupuntura simulada (<i>Sham</i>) Fase I: 2 sesiones por semana por 4 semanas, luego un período de lavado de 2 semanas. Fase II: la segunda intervención por 4 semanas más Puntos: según el diagnóstico chino: 1) Síndrome de exceso o plenitud (viento y flema) LI4, SJ5, ST40, GB60 2) Síndrome de exceso o plenitud (estasis de sangre) LR3, LR2, LI4, LU7. 3) Síndrome de deficiencia (de Jing renal, de <i>de qi</i> y sangre) SP6, ST36, LI4, SJ5. 4) Síndrome de exceso o plenitud (hiperactividad de yang de hígado) LR3, LI4, KI3, SJ5 Duración 3 meses Seguimiento 3 meses, al finalizar las intervenciones Antecedentes acupuntores no hay datos	N total=43 Aleatorizados n=40 Grupo electroacupuntura n=20 Grupo placebo (<i>sham</i>) n=20 Criterios inclusión Criterios de cefalea tensional según la IHS Criterios exclusión Migraña clásica o común, tumor, HTA, problemas oculares, traumatismos, embarazo. Co-intervenciones No hay datos	No análisis por intención de tratar. Frecuencia de cefalea El grupo activo presentó menos cefalea (3,0 por mes [0,3]) que el grupo control (simulado) (12,0 [1,7]) al final de la fase I (p<0,001) pero no al final de fase II. La frecuencia de cefalea en el grupo A (que recibió la intervención activa en la fase I) siguió siendo baja al final de la fase II (por lo que el efecto de la electroacupuntura persistió luego del período de lavado y de la aplicación simulada) El grupo B (en la fase I recibió la intervención simulada) disminuyó su frecuencia de cefalea al final de la fase II. Al final del período el grupo A presentó menos frecuencia de cefaleas (4,2 [0,9] por mes) que el grupo B (9,5 [2,1]) y ambos disminuyeron con respecto a sus valores basales. Duración de cefalea Grupo A presentó una duración menor, de forma significativa en ambas fases (fase I 13,3 [3,5] h, fase II 6,3 [2,5] h). En el grupo B la duración fue menor en la fase II (5,7 [2,6] h). No hubo diferencias significativas entre ambos grupos al final del estudio. Intensidad de cefalea Fue menor en ambos grupos luego de la intervención activa. <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>EVA basal</th> <th>EVA Fase I</th> <th>EVA Fase II</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Grupo A</td> <td>45,2 [2,4]</td> <td>32,8 [4,1]</td> <td>20,5 [4,5]</td> </tr> <tr> <td>Grupo B</td> <td>49,3 [2,4]</td> <td>47,5 [2,7]</td> <td>23,6</td> </tr> </tbody> </table> Umbral de dolor mecánico Grupo A presentó mayor umbral que el grupo B (p<0,001). Calidad de vida Hubo una mejoría de la puntuación del SIP (Sickness Impact Profile) y del HDI (Headache Disability Index) en ambos grupos posterior a la intervención activa. Al final del estudio las puntuaciones de las escalas eran menores con respecto a las basales.		EVA basal	EVA Fase I	EVA Fase II	Grupo A	45,2 [2,4]	32,8 [4,1]	20,5 [4,5]	Grupo B	49,3 [2,4]	47,5 [2,7]	23,6	Efectos adversos No hay datos Abandonos 3 pacientes (pérdida contacto o seguimiento) Conclusiones Electroacupuntura de los puntos distales sólo fue efectivo para el alivio por corto tiempo la cefalea tensional. Limitaciones Baja Calidad metodológica (2) por falta de datos. Escaso n pacientes. No hay datos del patrocinio. No hay IC 95% en los resultados. No se hizo análisis por intención de tratar. No hay datos según el tipo de diagnóstico chino.
	EVA basal	EVA Fase I	EVA Fase II													
Grupo A	45,2 [2,4]	32,8 [4,1]	20,5 [4,5]													
Grupo B	49,3 [2,4]	47,5 [2,7]	23,6													

Karakurum B, Karaalin O, Coskun O, Dora B, Uçler S, Inan L. The 'dry-needle technique': intramuscular stimulation in tension-type headache. Cephalalgia : an International Journal of Headache 2001; 21(8):813-817.

	Intervenciones	Participantes	Resultados Métodos estadísticos (CI95%/p/NNT/ITA) Tipo análisis (intención tratar/protocolo) (Resultados—Grupo 1—Grupo 2—p value/CI)	Comentarios																								
País Turquia Diseño estudio ECA simple ciego Patrocinio No hay datos Jadad 1	Grupo A: activo, estimulación intramuscular en 6 puntos gatillo predeterminados descritos por Gunn. Agujas por 30 minutos. Grupo B: grupo placebo las agujas se colocaron a nivel subcutáneo Duración 4 semanas, una sesión por semana Seguimiento Al finalizar a las 4 semanas	N total=30 Aleatorizados n=30 Grupo activo n=15 Grupo placebo (<i>sham</i>) n=15 Criterios inclusión Criterios de cefalea tensional, 20 crónica, 8 episódica y 2 episódica + migraña con aura según criterios IHS Criterios exclusión Pacientes con afección de músculos pericraneales. Co-intervenciones Medicación analgésica.	No se realizó análisis por intención de tratar. Índice de cefalea (Headache Index) <table border="0"> <tr> <td colspan="2">Activo (media DS)</td> <td colspan="2">Placebo (media DS)</td> </tr> <tr> <td>Basal</td> <td>Final</td> <td>Basal</td> <td>Final</td> </tr> <tr> <td>30,4 +-16,4</td> <td>10,8+-5,9</td> <td>37,4 +-13,4</td> <td>15,7+-7</td> </tr> </table> <p>Hubo mejoría en ambos grupos pero sin diferencias significativas entre ellos.</p> Puntuación de sensibilidad de puntos gatillo <table border="0"> <tr> <td colspan="2">Activo (media DS)</td> <td colspan="2">Placebo (media DS)</td> </tr> <tr> <td>Basal</td> <td>Final</td> <td>Basal</td> <td>Final</td> </tr> <tr> <td>1,67+-0,49</td> <td>0,60+-0,63</td> <td>1,67+-0,49</td> <td>1,47+-0,64</td> </tr> </table> <p>Hubo mejoría en ambos grupos con diferencias significativas a favor del grupo activo.</p> Puntuación del rango de movilidad Luego de la intervención el rango de movilidad mejoró significativamente en el grupo activo tanto hacia la izquierda como la derecha con respecto a sus valores basales, pero no hubo diferencias significativas con respecto al grupo placebo.	Activo (media DS)		Placebo (media DS)		Basal	Final	Basal	Final	30,4 +-16,4	10,8+-5,9	37,4 +-13,4	15,7+-7	Activo (media DS)		Placebo (media DS)		Basal	Final	Basal	Final	1,67+-0,49	0,60+-0,63	1,67+-0,49	1,47+-0,64	Efectos adversos No hay datos Abandonos No hay datos Conclusiones Hay una tendencia de esta técnica de mejorar los parámetros medidos en pacientes con cefalea tensional, pero se necesitan más estudios para confirmar la eficacia de las agujas secas como terapia alternativa para la cefalea tensional. Limitaciones Baja calidad, faltan datos metodológicos. Es ciego simple No hay IC 95% en los resultados. Escaso número de pacientes. Un resultado es igual en los dos grupos (puntuación de sensibilidad de puntos gatillo).
Activo (media DS)		Placebo (media DS)																										
Basal	Final	Basal	Final																									
30,4 +-16,4	10,8+-5,9	37,4 +-13,4	15,7+-7																									
Activo (media DS)		Placebo (media DS)																										
Basal	Final	Basal	Final																									
1,67+-0,49	0,60+-0,63	1,67+-0,49	1,47+-0,64																									

Ebneshahidi NS, Heshmatipour M, Moghaddami A, Eghtesadi-Araghi P. The effects of laser acupuncture on chronic tension headache—a randomised controlled trial. *Acupunct Med* 2005; 23(1): 13-18.

	Intervenciones	Participantes	Resultados Métodos estadísticos (CI95%/p/NNT/ITA) Tipo análisis (intención tratar/protocolo) (Resultados—Grupo 1—Grupo 2—p value/CI)	Comentarios
País Irán Diseño estudio ECA simple ciego Patrocinio No hay datos Jadad 2	Grupo A: acupuntura láser con baja energía, 1,3J. Los puntos: GB14, BG20, LI4 y LU7, bilateral. Grupo B: grupo placebo lo mismo pero sin activar el láser Duración 10 semanas, 3 sesiones por semana Seguimiento 3 meses (controles 1, 2 y 3 meses)	N total=50 Aleatorizados n=50 Grupo activo n=25 Grupo placebo (<i>sham</i>) n=25 Criterios inclusión Criterios de cefalea tensional crónica que no hayan recibido tratamiento 2 semanas previas al estudio. Criterios exclusión Otras causas de cefaleas, orgánicas, alteraciones neurológicas, HTA, anticoagulación, etc. Co-intervenciones No tomaban medicación analgésica concomitante	No se realizó análisis por intención de tratar. Dolor (EVA), número de días con cefalea y duración en horas de cefalea; se observó una mejoría significativa en todos los controles (1, 2 y 3 meses) a favor del grupo activo comparado con el placebo.	Efectos adversos No hubo. Abandonos No hubo Conclusiones La acupuntura láser podría ser efectivo en la cefalea tensional crónica, faltan más estudios para confirmar estos hallazgos. Limitaciones Es ciego simple No hay IC 95% en los resultados. Resultados en mediana y rango intercuartil.

Coeytaux RR, Kaufman JS, Kaptchuk TJ, Chen W, Miller WC, Callahan LF, Mann JD. A Randomized, Controlled Trial of Acupuncture for Chronic Daily Headache. *Headache*. 2005;45:1113-1123

EC	INTERVENCIÓN/ES	PARTICIPANTES	VARIABLES	CONCLUSIONES DE LOS AUTORES
<p>Autor/año: Coeytaux 2005 Tema: Acupuntura como tratamiento adyuvante para el manejo de la cefalea diaria crónica (CDC). Financiación: Financiación pública del National Institutes of Health (EEUU). Diseño: ECA paralelo simple ciego. Generación aleatorización: Generada por ordenador por personas ajenas al estudio. Encubrimiento aleatorización: Sobres sellados y opacos. Cegamiento: Simple ciego. Seguimiento: Correcto, pérdidas del 13% y análisis ITT. Validez interna: ++ Escala de Jadad: 4</p>	<p>Grupos de comparación: Acupuntura combinada con tratamiento farmacológico vs tratamiento farmacológico. Tipo de intervención: Grupo AC+F: 10 sesiones de acupuntura durante 6 semanas. Inserción de hasta 30 agujas durante 30 minutos. Grupo F: tratamiento farmacológico administrado por el neurólogo de cada paciente en el grupo. Duración del tratamiento: 6 semanas. Duración del seguimiento: 6 semanas después del estudio. Experiencia del acupuntor: Acupuntores expertos formados en Medicina Tradicional China.</p>	<p>Criterios de inclusión: - Cefaleas durante al menos 15 días en el último mes. - Mayores de 18 años. - Angloparlantes. Criterios de exclusión - Lesión intracraneal. - Intervenidos quirúrgicamente en los últimos 3 meses. - Pacientes con experiencia con la acupuntura en las últimas 6 semanas. Nº de pacientes: 74 (35 Gr AC+F/39 Gr F) Edad: Gr AC+F: 44 (19 a 61); Gr F: 47 (20 a 83). Sexo: Gr AC+F: 77%M; Gr F: 85%M.</p>	<p>Principal: Frecuencia y gravedad diaria del dolor (escala analógica del 0 al 10, puntuación de mayor gravedad, para valorar la gravedad del peor ataque de cefalea durante la semana): La gravedad de los ataques de cefalea disminuyó ligeramente durante el estudio (seis semanas) en ambos grupos, pero no existió ninguna diferencia entre grupos (P=0.60). Calidad de vida (medido con el Headache Impact Test (HIT), instrumento validado para conocer el impacto de la CDC en la calidad de vida, que tiene puntuaciones entre 36 y 78, en las que puntuaciones por encima de los 59 puntos refleja una afectación grave de la cefalea en la calidad de vida): Los pacientes del grupo que recibieron acupuntura mostraron una mejoría estadísticamente significativa con respecto a los pacientes que sólo recibieron tratamiento farmacológico. Los pacientes del grupo de acupuntura mostraron una diferencia media en las puntuaciones en el HIT de 3 puntos (IC 95%, 1.0 a 4.9; P=0.003) comparado con los pacientes del grupo de medicación a las 6 semanas de seguimiento (final del estudio). Esta diferencia no se mantuvo al final del seguimiento (Diferencia de -2.5 (IC 95% 5.7 a 0.6)). Secundarias: Estado global (SF-36). Los pacientes del grupo de acupuntura mostraron mejoras relacionadas con los dominios de los problemas físicos, la función social y la salud mental general (P=0.01). Depresión (Beck Depression Inventory) Los pacientes del grupo de acupuntura mostraron mejoras en la puntuación de su nivel de depresión significativamente mayores que los pacientes del grupo de medicación a las 6 semanas (diferencia media de 3.5 puntos (IC 95%, 0 a 7.0; P=0.05).</p>	<p>El uso de la acupuntura como tratamiento adyuvante a la medicación en pacientes con cefalea diaria crónica, mejora la calidad de vida de estos pacientes y su percepción sobre parámetros globales de salud.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Los resultados observados en el estudio son a corto plazo y no se mantienen a medio plazo. El cegamiento en el estudio es confuso. Se asegura que los neurólogos que trataban a los pacientes, desconocían la asignación de éstos últimos. Los autores reconocen que no existe una medida validada de la gravedad de la CDC. La población de estudio fue básicamente femenina, dato por otro lado concordante con el perfil del paciente con CDC.</p>

Alecrim-Andrade J, Maciel-Junior JA, Cladellas XC, Correa-Filho HR, Machado HC. Acupuncture in migraine prophylaxis: a randomized sham-controlled trial. Cephalalgia. 2006;26:520-9

EC	INTERVENCIÓN/ES	PARTICIPANTES	VARIABLES	CONCLUSIONES DE LOS AUTORES
<p>Autor/año: Andrade 2006 Tema: Acupuntura como tratamiento profiláctico para el manejo de la migraña. Financiación: Financiación pública del State of Sao Paulo Research Foundation. Diseño: ECA paralelo doble ciego. Generación aleatorización: Por bloques. Encubrimiento aleatorización: Sobres sellados y opacos. Cegamiento: Doble ciego (pacientes y evaluadores). Seguimiento: Reportado adecuadamente. Análisis por protocolo. Validez interna: ++ Escala de Jadad: 5</p>	<p>Grupos de comparación: Acupuntura vs acupuntura simulada. Tipo de intervención: Acupuntura: 16 sesiones de 30 minutos en 12 semanas consecutivas. Tratamiento individualizado en los principales puntos topográficos relacionados con las cefaleas. Inserción bilateral de 12 a 20 agujas para cubrir entre 6 y 10 puntos, buscado el de qi. Acupuntura simulada: 16 sesiones de 30 minutos en 12 semanas consecutivas. Inserción bilateral mínima de 12 agujas en puntos de no acupuntura. Duración del tratamiento: 12 semanas. Duración del seguimiento: 24 semanas después del estudio. Experiencia del acupuntor: No especificado.</p>	<p>Criterios de inclusión: - Pacientes con migraña, con o sin aurea diagnosticados siguiendo criterios de la IHS. - Comienzo de los ataques al menos 1 año antes de entrar en el estudio. - 18-50 años. - Pacientes que no hubieran recibido tratamiento profiláctico en los 3 meses previos. Criterios de exclusión - Pacientes con síndromes crónicos relacionados con el dolor. - Incapaces de mantener el registro en los diarios durante el estudio. - Adiciones al alcohol u otras drogas. - Consumo de tranquilizantes o sedantes. Nº de pacientes: 31 (16 acupuntura, 15 acupuntura simulada) Edad: AC: 32.5 (DS=8); AC simulada: 39.1 (DS=7.7) Sexo: 24.2%H/75.8%M.</p>	<p>Principal: -Reducción en la frecuencia de ataques de migraña (al menos en un 40% o un 50%). -Días con migraña. Secundarias: -Frecuencia de los ataques de migraña. -Duración de los ataques. -Gravedad de los ataques. -Horas diarias con dolor. -Uso de medicación de rescate. -Vómitos y náuseas. -Efectos adversos RESULTADOS No se observaron diferencias en ninguna variable de resultado entre los grupos de acupuntura y acupuntura simulada. Los pacientes en ambos grupos mostraron mejores resultados al final del seguimiento que al inicio del estudio.</p>	<p>La acupuntura no es superior a la acupuntura simulada para la profilaxis de la migraña.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Estudio en un departamento de neurología de Brasil. Se comprobó la eficacia del cegamiento de los pacientes con una entrevista al final del estudio. Los resultados para las variables de resultado principales no se presentan de forma numérica, sin poder calcular el tamaño del efecto.</p>

Diener HC, Kronfeld K, Boewing G, Lungenhausen M, Maier C, Molsberger A, Tegenthoff M, Trampisch HJ, Zenz M, Meinert R; GERAC Migraine Study Group. Efficacy of acupuncture for the prophylaxis of migraine: a multicentre randomised controlled clinical trial. *Lancet Neurology*. 2006;5:310-6

EC	INTERVENCIÓN/ES	PARTICIPANTES	VARIABLES	CONCLUSIONES DE LOS AUTORES
<p>Autor/año: Diener 2006 Tema: Acupuntura como tratamiento profiláctico para el manejo de la migraña. Financiación: Financiación pública de varias fundaciones publicas. ECA con registro único. Diseño: ECA paralelo doble ciego. Generación aleatorización: Por bloques . Encubrimiento aleatorización: Aleatorización centralizada por fax y registrada en una base de datos segura. Cegamiento: Doble ciego (pacientes y evaluadores). Seguimiento: Reportado adecuadamente. Análisis por intención de tratamiento. Validez interna: ++ Escala de Jadad: 5</p>	<p>Grupos de comparación: Acupuntura vs acupuntura simulada vs terapia profiláctica estándar. Tipo de intervención: Acupuntura y acupuntura simulada: 10 sesiones de 30 minutos en 6 semanas (2 sesiones por semana). Máximo de 25 agujas por sesión, buscando el de qi al menos una vez en cada sesión (excepto en el grupo de acupuntura simulada). Tratamiento profiláctico estándar: el clínico administraba betabloqueantes como primera elección, seguido de flunarizina, o de ácido valproico. Duración del tratamiento: 6 semanas. Duración del seguimiento: 20 semanas después del estudio. Experiencia del acupuntor: Médicos expertos en acupuntura (al menos 140 horas y 2 años de ejercicio).</p>	<p>Criterios de inclusión: - Entre 2 y 6 ataques de migraña en 4 semanas. - Comienzo de los ataques antes de los 50 años. - Pacientes diagnosticados al menos 26 semanas antes de entrar en el estudio. -Duración de los ataques entre las 4 y las 72 horas. - 18-65 años. - Al menos uno de estos síntomas: náusea, vómito, fotofobia o fonofobia. Criterios de exclusión - Pacientes con ataques invalidantes de migraña en <4 ocasiones al mes. - Otros trastornos neurológicos. - Cefaleas secundarias. - <6 días con cefaleas no migrañosas al mes. - Experiencia previa con acupuntura. - Experiencia previa con beta-bloqueantes. - Embarazadas, lactantes, pacientes con trastornos psiquiátricos Nº de pacientes: 906 (313 acupuntura, 339 acupuntura simulada, 308 terapia profiláctica) Edad: entre 36.8 y 38.3 años (DS=10) Sexo: 20%H/80%M.</p>	<p>Principal: Diferencia de días con cefalea entre antes y después del tratamiento. El número de días con cefalea disminuyó en 2.3 días (IC 95% 1.9 a 2.7) en el grupo de acupuntura comparado con los 1.5 días (IC 95% 1.1 a 2.0) en el grupo de acupuntura simulada, y los 2.1 días (IC 95% 1.5 a 2.7) del grupo en lista de espera. Aunque las diferencias en los diferentes grupos respecto a los niveles basales fue significativa (P< 0.0001), no hubo ninguna diferencia significativa entre los grupos (P=0.09). Secundarias: Pacientes respondedores (al menos una reducción del 50% en los días con cefalea): no hubo diferencias entre los grupos de tratamiento en cuanto al número de pacientes que respondieron al tratamiento (47% en el grupo de acupuntura, 39% en el grupo de acupuntura mínima, y 40% en el grupo de tratamiento profiláctico estándar; P=0.133). Cambios en la intensidad y la gravedad del dolor Calidad de vida (SF-12) Evaluación global del tratamiento por parte de los pacientes Para este grupo de medidas secundarias no se observaron diferencias significativas relevantes entre los grupos.</p>	<p>La acupuntura es eficaz para la profilaxis de la migraña, pero no es superior ni a la intervención simulada ni al tratamiento profiláctico estándar. COMENTARIOS DE LOS REVISORES Estudio multicéntrico en 149 centros ambulatorios en Alemania. La eficacia del cegamiento de los pacientes se comprobó encuestando a los pacientes en la última entrevista de seguimiento. Después de la aleatorización de los pacientes a los grupos, 125 declinaron su participación en el estudio. De estos el 84% (106) fueron pacientes del grupo de tratamiento farmacológico.</p>

Melchart D, Streng A, Hoppe A, Brinkhaus B, Witt C, Wagenpfeil S, Pfaffenrath V, Hammes M, Hummelsberger J, Irrnich D, Weidenhammer W, Willich SN, Linde K. Acupuncture in patients with tensiontype headache: randomised controlled trial. BMJ. 2005;331:376-382

EC	INTERVENCIÓN/ES	PARTICIPANTES	VARIABLES	CONCLUSIONES DE LOS AUTORES
<p>Autor/año: Estudio ART-TTH (Melchart 2005) Tema: Acupuntura como tratamiento para el manejo de la cefalea tensional. Financiación: Financiación pública de varias fundaciones publicas. ECA con registro único. Diseño: ECA paralelo doble ciego. Generación aleatorización: Generada por ordenador. Encubrimiento aleatorización: aleatorización centralizada por teléfono. Cegamiento: Doble ciego (evaluadores y pacientes en grupos activos). Seguimiento: Correcto. Validez interna: ++ Escala de Jadad: 5</p>	<p>Grupos de comparación: Acupuntura vs acupuntura superficial vs placebo. Tipo de intervención: Acupuntura y acupuntura superficial (en puntos de no acupuntura): 12 sesiones de 30 minutos en 8 semanas. Máximo de 25 agujas por sesión, buscando el de qi al menos una vez en cada sesión (excepto en el grupo de acupuntura superficial). Placebo: pacientes en lista de espera, sin tratamiento profiláctico alguno durante 12 semanas después de la aleatorización. Duración del tratamiento: 8 semanas. Duración del seguimiento: 12 semanas. Experiencia del acupuntor: Médicos expertos en acupuntura (al menos 140 horas y 10 años de ejercicio).</p>	<p>Criterios de inclusión: - Cefalea tensional aguda o crónica (diagnosticada por criterios de la IHS). - 18-65 años. - Al menos 8 días mensuales con cefalea en los últimos 3 meses, y una duración del cuadro mayor a los 12 meses. Criterios de exclusión - Pacientes con migraña. - Comienzo después de los 50 años. - Uso de analgésicos más de 10 días al mes. - Experiencia con acupuntura en los 12 meses previos. Nº de pacientes: 270 (132 acupuntura, 63 acupuntura superficial, 75 lista de espera) Edad: 42.7 (13.2) Sexo: 26%H/74%M.</p>	<p>Principal: Diferencia de días con cefalea entre antes y después del tratamiento. El número de días con cefalea disminuyó en 7.2 días (DS 6.5) en el grupo de acupuntura comparado con los 6.6 días (DS 6.0) en el grupo de acupuntura mínima, y los 1.5 días (DS 3.7) del grupo en lista de espera. days in the minimal acupuncture group and 1.5 (SD 3.7). La diferencia en los días con cefalea fue significativamente mayor en el grupo de acupuntura comparado con el grupo en lista de espera (diferencia de medias: 5.7 días, IC 95%, 3.9 a 7.5; P< 0.001). La diferencia entre los grupos activos no fue significativa (diferencia de medias: 0.6 días, IC 95%, -1.5 a 2.6; P=0.58). Secundarias: Pacientes respondedores (al menos una reducción del 50% en los días con cefalea): 46% en el grupo de acupuntura, 35% en el grupo de acupuntura superficial, y 4% en el grupo en lista de espera (P<0.001). Pain Disability Index Aspectos sensoriales y emocionales del dolor (Schmerzempfindungs-Skala SES) ADS depression scale Calidad de vida (SF-36) Para este grupo de medidas secundarias se observaron diferencias significativas (P<0.001) entre los grupos activos comparados con los pacientes en lista de espera, pero no se observaron diferencias entre los grupos activos entre si.</p>	<p>La acupuntura es eficaz para el tratamiento de la cefalea tensional comparada con el no tratamiento.</p> <p>COMENTARIOS DE LOS REVISORES Estudio multicéntrico en 28 centros ambulatorios en Alemania. Los pacientes en los grupos activos no podían diferenciar si recibían acupuntura o una intervención simulada. La eficacia de este cegamiento se comprobó encuestando a los pacientes.</p>

DIFERENTES SITUACIONES

ACV

Wayne PM, Krebs DE, Macklin EA, Schnyer R, Kaptchuk TJ, Parker SW, Scarborough DM, McGibbon CA, Schaechter JD, Stein J, Stason WB. Acupuncture for upper-extremity rehabilitation in chronic stroke: a randomized sham-controlled study. Arch Phys Med Rehabil 2005; 86(12): 2248-2255.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País Estados Unidos.</p> <p>Diseño estudio ECA.</p> <p>Patrocinio Donación anónima a la <i>New England School of Acupuncture</i>.</p> <p>Jadad 5.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación A.</p> <p>Cálculo muestral No hay datos</p>	<p>Grupo A Acupuntura 2 veces / semana por 10 semanas. Duración de cada sesión: 60 minutos. Combinación de puntos tradicionales y la "scalp acupuntura" (cuero cabelludo). Se aplicó electroestimulación en los puntos tradicionales. 1. <i>Pool A</i> (miembro superior e inferior hemiparésicos). LI15, LI14, LI11, LI10, LI4, TH14, TH5, TH3, BAXIE, SI9, SI4, SI3, GB30, GB31, GB34, GB39, GB40, ST34, ST36, ST41, ST42, LV3, BAFENG. 2. <i>Pool B</i> (según diagnóstico de MCT). KD3, LU5, REN4, LV3, UB18, UB23. 3. <i>Pool C</i> (para síntomas asociados: afasia, parálisis facial, depresión, insomnio) REN23, EXTRA YIN YU YUE, HT5, HT7, ST5, ST6, ST7, LI4, TAIYANG, TH17, TH5, ANMIAN, LV3, UB43, UB45, DU20, P7. En cada sesión se seleccionaban 10 a 15 puntos del <i>pool A</i>, 3 a 5 del <i>pool B</i> y 1 ó 2 del <i>pool C</i>.</p> <p>Grupo B Placebo (<i>sham</i>): se utilizaron agujas placebos desarrolladas por Streitberger y Kleinhenz (validadas en varias poblaciones incluidos pacientes con ACV). 4 a 6 agujas en localizaciones predeterminadas a más de 1 cm de algún punto acupuntural. Duración estudio 10 semanas. Duración seguimiento 10 semanas.</p> <p>Antecedentes acupuntores Dos acupuntores formados en China con más de 20 años de práctica clínica.</p>	<p>N total = 33 Grupo A = 16 Grupo B = 17</p> <p>Criterios de inclusión - Pacientes con disfunción moderada de miembro superior por ACV ocurrido dentro de los 6 meses previos. <i>Disfunción moderada</i> se define como debilidad o limitación funcional pero no severa que le permite elevar el brazo hasta la mesa estando sentado. - Habilidad para elevarse de la silla sin ayuda, caminar independientemente con o sin ayuda de bastón o muletas.</p> <p>Criterios de exclusión Experiencia previa con acupuntura, contraindicaciones de electroacupuntura (uso de marcapaso, estimuladores neurológicos, arritmias cardíacas, epilepsia, embarazo), co-morbilidades, participación concomitante en otros programas de rehabilitación, deterioro cognitivo.</p> <p>Edad 59 (28 - 89). Sexo Hombres 73% Mujeres 27%</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Variable principal Cambios en la función motora, rango de movilidad (ROM) y espasticidad (<i>Fuggl Meyer Assessment (FMA), Modified Asworth Scale</i>).</p>	<p>Cegamiento del tratamiento Un 47% del grupo activo y un 64% del grupo placebo no estaba seguro del tipo de intervención recibido.</p> <p>Eficacia de la acupuntura en la función motora, espasticidad y ROM del miembro superior Con análisis por intención de tratar no hubo diferencias entre los grupos. A las 12 semanas en el análisis por protocolo, los cambios fueron favorables al grupo de acupuntura, incluyendo el <i>Asworth Wrist Score</i> ($p < 0,01$), el ROM de hombro en el plano frontal y el ROM de codo en el plano sagital y frontal.</p> <p>Eficacia de la acupuntura en la calidad de vida, estado anímico y expectativas Con análisis por intención de tratar en el <i>Barthel ADLs, NHP</i> y <i>CES-D</i> no hubo diferencias entre los grupos. A las 12 semanas en el análisis por protocolo, los cambios fueron favorables al grupo de acupuntura en la puntuación de NHP.</p> <p>Las puntuaciones de credibilidad en el tratamiento en todos los pacientes fueron "alto" (una media de 12 en una escala de 3 a 15) en ambos grupos.</p>	<p>Efectos adversos No hay datos.</p> <p>Abandonos Grupo A = 3 / 16 (19%) (2 por violación del protocolo, 1 por hijo enfermo) Grupo B = 6 / 17 (35%) (2 por mudanza, 4 por otros problemas de salud)</p> <p>Conclusiones Según el análisis por intención de tratar, la acupuntura no mejoró la función del miembro superior o la calidad de vida en pacientes con ACV crónico. Sin embargo, en el análisis por protocolo se observó que la acupuntura tradicional china mejoró los síntomas crónicos por ACV. Con estos datos hay que ser cautelosos debido al bajo número de pacientes incluidos.</p> <p>Limitaciones (de autores) - El tamaño de los grupos es pequeño. - Los resultados favorables al grupo acupuntura podrían ser debidos al azar, dado el pequeño número de pacientes.</p> <p>Comentarios - Estudio de alta calidad - Corto período de tratamiento. - Realizaron análisis por intención de tratar y por protocolo. - Heterogeneidad de puntos de tratamiento.</p>

Seki T, Iwasaki K, Arai H, Sasaki H, Hayashi H, Yamada S, Toba K. Acupuncture for dysphagia in poststroke patients: a videofluoroscopic study. J Am Geriatr Soc. 2005; 53(6): 1083-1084.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
País Japón.	Grupo A Acupuntura, 3 veces / semana. ST36 y K3 por 15 minutos, bilateral.	N total = 32 Grupo A = ? Grupo B = ?	Estudio videofluoroscópico Tiempo (en segundos) medio (± DE) de deglución desde la deglución del agua, alimento licuado y sólido hasta la entrada al esófago.	Efectos adversos No hay datos.
Diseño estudio ECA.	Grupo B Cuidados habituales.	Criterios de inclusión Pacientes con disfagia post ACV.		Abandonos No hay datos.
Patrocinio No hay datos.	Duración estudio 4 semanas.	Criterios de exclusión No hay datos.	Grupo A 1,7 ± 1,0 Grupo B 1,9 ± 0,6	Conclusiones Este estudio sugiere que la terapia con acupuntura podría prevenir la neumonía aspirativa en pacientes con ACV y disfagia.
Jadad 1.	Duración seguimiento 4 semanas.	Edad Media 84 años		Limitaciones (de autores) No hay datos.
Enmascaramiento de la asignación B.	Antecedentes acupuntores No hay datos.	Sexo 12 hombres 20 mujeres	A las 4 semanas Grupo A 1,1 ± 0,3* Grupo B 2,1 ± 0,9 * p < 0,05	Comentarios - Estudio abierto. - Corto período de tratamiento. - Baja calidad, falta de datos. - Es una carta al director, no cumple con los criterios CONSORT. - No queda claro el número de pacientes que abandonan, ni cuántos pacientes se analizan al final del estudio. Tampoco se aclara si realizan o no análisis por intención de tratar.
Cálculo muestral No hay datos.		Co-intervenciones No hay datos.	En el grupo de acupuntura el tiempo de deglución del agua y de alimentos licuados se acortó en forma significativa. No se observan cambios en el grupo control.	
		Variable primaria Cambios en el estudio videofluoroscópico.	Grupo A 40%	
			Aspiración Basal Grupo A 8%	
			Alimento sólido Grupo A 25%	
			No hubo aspiración al final del estudio. En el grupo control no hubo cambios en el porcentaje de aspiraciones.	
			El grupo de acupuntura presentó significativamente menor cantidad de días de fiebre que el grupo control.	

Schuler MS, Durdak C, Hol NM, Klink A, Hauer KA, Oster P, Du X. Acupuncture treatment of geriatric patients with ischemic stroke: a randomized, double-controlled, single-blind study. J Am Geriatr Soc 2005; 53(3): 549-550.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País Alemania.</p> <p>Diseño estudio ECA.</p> <p>Patrocinio No hay datos.</p> <p>Jadad 2.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación B.</p> <p>Cálculo muestral Calculan ingresar 240 pacientes pero sólo reclutan a 120.</p>	<p>Grupo A Electroacupuntura por 30 minutos, 2 veces / semana.</p> <p>Grupo B Electroacupuntura simulada (sólo estímulo visual).</p> <p>Grupo C Control.</p> <p>Duración estudio 4 semanas.</p> <p>Duración seguimiento 6 meses.</p> <p>Antecedentes acupuntores Médico <i>senior</i> con 20 años de práctica en acupuntura.</p>	<p>N total = 120 Grupo A = 41 Grupo B = 40 Grupo C = 39</p> <p>Criterios de inclusión - 3 - 35 días posterior a un ACV isquémico, - Índice de Barthel 10 - 75, - Plaquetas > 100.000/uL - RIN < 3,5 - Capacidad para cooperar y entender las instrucciones</p> <p>Criterios de exclusión - Delirium, - Enfermedad maligna, - Enfermedad terminal, - Tensión arterial inestable - Hipoglucemias - Inconciencia - Uso de marcapaso.</p> <p>Edad Media de 77,5 años.</p> <p>Sexo No hay datos.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Variable principal <i>European Stroke Scale (ESS)</i> y el <i>Barthel Index</i></p>	<p>No se observaron diferencias entre los diferentes grupos en las variables medidas: <i>European Stroke Scale</i> <i>Barthel Index</i></p> <p>La media de número de intervenciones por pacientes fue de 6,2 en el grupo acupuntura y 7,5 en el grupo placebo.</p>	<p>Efectos adversos No hubo efectos adversos serios. Presentaron hematomas en los puntos de punción:</p> <p>Grupo A 2 / 5 pacientes anticoagulados 1 / 36 pacientes no anticoagulados</p> <p>Grupo B 0 / 7 pacientes anticoagulados 2 / 33 pacientes no anticoagulados</p> <p>Abandonos Grupo A: 25 / 41 (39%) Grupo B: 11 / 40 (27,5%) Grupo C: no hay datos</p> <p>Conclusiones No mostraron diferencias entre las diferentes intervenciones.</p> <p>Limitaciones (de autores) El alto porcentaje de pérdidas se pudo deber a la falta de tolerancia de la acupuntura y a las comorbilidades de los pacientes.</p> <p>Comentarios - Estudio simple ciego - Corto período de tratamiento - No reclutan todos los pacientes calculados - Baja calidad, falta de datos</p>

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País Suecia.</p> <p>Diseño estudio ECA.</p> <p>Patrocinio Consul Thure Carlsson Foundation y la Swedish national Association for neurologically Handicapped (NHR).</p> <p>Jadad 1.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación B.</p> <p>Cálculo muestral No hay datos.</p>	<p>Grupo A Electroacupuntura (30 minutos). Modo A: 2 agujas en el lado no parético (LI4 y ST36) y luego en el lado afectado: GV20, LI4, LI11, EX28, ST36, ST40, EX36.</p> <p>Corriente de baja frecuencia en el lado parético. Modo B: GV20, LI11, LI4, ST36, GB34, ST40 2 Hz.</p> <p>Grupo B TENS alta intensidad, baja frecuencia, 2 Hz se colocaba en el lado afectado. Puntos: LI4, LI11, ST36, ST40, GB34.</p> <p>Grupo C Placebo de TENS (subliminal).</p> <p>Duración estudio 10 semanas, 20 sesiones.</p> <p>Duración seguimiento 3 y 12 meses.</p> <p>Antecedentes acupuntores No hay datos.</p>	<p>N total = 54 Grupo A = 18 Grupo B = 19 Grupo C = 17</p> <p>Criterios de inclusión - Pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda según OMS. - Deterioro funcional moderado a severo. - Deterioro definido por la incapacidad según el <i>Nine Hole Peg Test</i> dentro de los 60 segundos o incapacidad para caminar 10 metros sin ayuda mecánica o apoyo personal.</p> <p>Criterios de exclusión - Enfermedad psiquiátrica previa, - Inhabilidad para comprender información, - Participación en otros estudios -No firmar consentimiento informado.</p> <p>Edad 74 - 78 años.</p> <p>Sexo Hombres 26 Mujeres 28</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Variable principal No hay datos claros.</p>	<p>Función cognitiva No hubo diferencias en ninguna de las variables medidas entre los tres grupos a los 3 y 12 meses. Resultados del análisis intragrupo: Grupo electroacupuntura: mejoría significativa en "memoria visual" y "fluencia de palabras". Grupo TENS: mejoró en "aprendizaje verbal", "memoria verbal", "memoria visual", "atención visual" y "percepción visual". Grupo control: mejoró "memoria visual", "atención visual", "percepción visual", "recepción de lenguaje " y "fluencia de palabras".</p> <p>Función emocional No hubo diferencias entre los grupos en las diferentes escalas: HADS, CPRS-Dep o número de pacientes que reciben benzodiazepinas o antidepresivos. Hubo una mejoría a los 12 meses con respecto a valores basales en todos los grupos.</p>	<p>Efectos adversos No hay datos.</p> <p>Abandonos Grupo A = 1 / 18 (6%) por muerte Grupo C = 2 / 17 (12%) uno por motivos personales y otro por muerte</p> <p>Conclusiones Los tres grupos mejoraron los parámetros cognitivos y emocionales. Este estudio no mostró ningún efecto de las diferentes intervenciones.</p> <p>Comentarios - Estudio de baja calidad, faltan datos. - Corto período de tratamiento. - No realizan análisis por intención de tratar.</p>

Park J, White AR, James MA, Hemsley AG, Johnson P, Chambers J, Ernst E. Acupuncture for subacute stroke rehabilitation: a Sham-controlled, subject- and assessor-blind, randomized trial. Arch Intern Med 2005; 165(17): 2026-2031

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País Reino Unido.</p> <p>Diseño estudio ECA.</p> <p>Patrocinio Beca de la Stroke Association, Londres, Inglaterra. Teresa Rosebaum Golden Charitable Trust, Edware Inglaterra.</p> <p>Jadad 5.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación A.</p> <p>Cálculo muestral 63 pacientes en cada rama.</p>	<p>Grupo A Acupuntura (9 - 12 sesiones) duración de 20 minutos. Según MTC, en 4 subgrupos. 10 puntos: BL66, LI1, HT3, HT4, GB43, GB44, LU8, SP3, HT8, HT9, KI7, ST36, LI5, LI11, HT7, HT8, SI5, SP1, SP2, HT8, HT9, LR1, CV4 y 4 puntos comunes: ST40 bilateral, CV12, GV20 y GV26.</p> <p>Grupo B Placebo (<i>sham</i>) con agujas telescópicas, (9 - 12 sesiones) duración de 20 minutos.</p> <p>Duración estudio 2 semanas.</p> <p>Duración seguimiento 2 semanas.</p> <p>Antecedentes acupuntores 5 años de experiencia con acupuntura.</p>	<p>N total = 116 Grupo A = 56 Grupo B = 60</p> <p>Criterios de inclusión Pacientes con ACV isquémico o hemorrágico reciente (< 4 semanas).</p> <p>Criterios de exclusión - Discapacidad previa (<i>Modified Rankin Score</i> de 3 o más), - Enfermedades graves - Miedo a las agujas - ACV bajo anestesia - Antecedentes de acupuntura - Posibilidad de recuperación del ACV dentro de las dos semanas del estudio</p> <p>Edad 74 - 78 años.</p> <p>Sexo Hombres 60 Mujeres 56</p> <p>Co-intervenciones Rehabilitación a todos los pacientes.</p> <p>Variable principal Cambios en el <i>Barthel ADL Store</i>.</p>	<p>En ambos grupos todas las medidas mejoraron con respecto a su valor basal de forma significativa a las 2 semanas.</p> <p>No hubo diferencias entre los grupos.</p> <p>No hubo diferencias en las respuestas de cegamiento de los pacientes (se les preguntaba a los pacientes en cuál de los grupos creía que había participado)</p> <p>El índice de cegamiento fue de 0,47 (IC95% 0,33 a 0,61) en el grupo acupuntura y de -0,31 (IC95% -0,49 a 0,13) en el grupo placebo.</p>	<p>Efectos adversos Un episodio de convulsiones durante la sesión de acupuntura.</p> <p>Abandonos Grupo A = 7 / 56 (12,5%) Grupo B = 7 / 60 (12%)</p> <p>Conclusiones No se observaron efectos beneficiosos en las actividades de la vida diaria ni en la calidad de vida con la acupuntura comparado con el placebo.</p> <p>Limitaciones (autores) - Corto período de tratamiento - Pacientes con afectación leve a moderada</p> <p>Comentarios - Estudio de alta calidad - Corto período de tratamiento - Realizan análisis por intención de tratar</p>

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País Corea.</p> <p>Diseño estudio ECA.</p> <p>Patrocinio No hay datos.</p> <p>Jadad 1.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación B.</p> <p>Cálculo muestral No hay datos.</p>	<p>Grupo A Acupuntura: GO20, GO26, CO24, LI11, LI10, TB5, LI4, ST36, GB39, LI3 Electroacupuntura: cada día por 15 días (8 sesiones en total) 50 Hz en LI11, LI10, TB5 y LI4, por 30 minutos.</p> <p>Grupo B Moxibustión: LI11, LI10, TB5 y LI4, 3 veces por día cada día.</p> <p>Grupo C Control. Acupuntura de rutina para ACV, ejercicios ROM.</p> <p>Duración estudio 15 días.</p> <p>Duración seguimiento Control inmediato, a la 1ª, 3ª horas y 24 h postsesión. Luego a los 5, 10 y 15 días.</p> <p>Antecedentes acupuntores No hay datos.</p>	<p>N total = 35 Grupo A = 15 Grupo B = 10 Grupo C = 10</p> <p>Criterios de inclusión Pacientes internados con ACV diagnosticado con TC y/o RNM.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Edad 62 años.</p> <p>Sexo Hombres 16 Mujeres 19</p> <p>Co-intervenciones Ejercicios en todos los pacientes (ROM).</p> <p>Variable principal Cambios en el MAS (<i>Modified Asworth Scale</i>).</p>	<p>En el grupo de electroacupuntura hubo una reducción significativa de la espasticidad inmediata, a la hora y 3 hora con respecto a sus valores basales ($p = 0,05$).</p> <p>En el grupo de moxibustión los cambios en el MAS no fueron significativos.</p> <p>Cambios en el MAS según el período de tratamiento En el grupo de electroacupuntura hubo una reducción significativa de la espasticidad en el 5º día posterior al tratamiento en comparación con sus valores basales. Hubo una correlación inversa entre el MAS y la duración del tratamiento ($r = -0,439$; $p < 0,01$)</p> <p>En el grupo de moxibustión los cambios en el MAS no fueron significativos en el mismo período de seguimiento.</p>	<p>Efectos adversos No hay datos.</p> <p>Abandonos No hay datos.</p> <p>Conclusiones La electroacupuntura podría temporalmente reducir la espasticidad por ACV, aunque se necesitan más estudios para confirmar o no estos resultados.</p> <p>Limitaciones (de autores) No hay comentarios.</p> <p>Comentarios - Estudio abierto - Corto período de tratamiento - Baja calidad, falta de datos - No realizan análisis por intención de tratar</p>

Kong Y, Xu F, Lin X, Feng Z, Shi H, Yu G, Hu L, Li X, Jiang L. Effects of the lifting manipulation of scalp acupuncture for raising myodynamia of the affected limbs in hemiplegic patients due to cerebral thrombosis. J Tradit Chin Med 2005; 25(4): 256-259.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País China.</p> <p>Diseño estudio ECA.</p> <p>Patrocinio No hay datos.</p> <p>Jadad 1.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación B.</p> <p>Cálculo muestral No hay datos.</p>	<p>Grupo A Scalp acupuntura (en cuero cabelludo) con manipulación de agujas. Puntos: GV21, GV20, GB6 2 horas, 3 veces por semana por 4 semanas.</p> <p>Grupo B Scalp acupuntura con <i>lifting</i> de las agujas (acupuntura de cuero cabelludo con levantamiento).</p> <p>Duración estudio 4 semanas.</p> <p>Duración seguimiento 4 semanas.</p> <p>Antecedentes acupuntores No hay datos.</p>	<p>N total = 180 Grupo A = 60 Grupo B = 60</p> <p>Criterios de inclusión - Pacientes con ACV por trombosis cerebral - Evaluación funcional (escala ≥ 3) - Parálisis de miembro superior y/o miembro inferior - Haber recibido tratamiento dentro de los 2 - 3 meses (30-90 días posterior al evento) - Estar conscientes y con la tensión arterial estable</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Edad Grupo A: media 64,57 años Grupo B: media 63,66 años</p> <p>Sexo Hombres: 102 Mujeres: 78</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Variable principal Tasa de curación según una evaluación con escala (de hombros, manos, pies, caderas y comprensión funcional) Curación: puntuación $\geq 85\%$ Mucho mejor: $\geq 50\%$ Mejor: $\geq 20\%$ Fallo: $< 20\%$</p>	<p>Se observa una mejoría significativa de la puntuación en los pacientes con acupuntura del cuero cabelludo con levantamiento del mismo (<i>lifting manipulation</i>).</p> <p>Los resultados están presentados en una tabla con números absolutos.</p>	<p>Efectos adversos No hay datos.</p> <p>Abandonos No hay datos.</p> <p>Conclusiones La técnica de acupuntura en el cuero cabelludo con levantamiento el mismo mejoró la miodynamia de los miembros afectados en pacientes con hemiplejía debido a trombosis cerebral.</p> <p>Limitaciones (de autores) No hay datos.</p> <p>Comentarios - Estudio abierto - Corto período de tratamiento - No cálculo muestral - Baja calidad, falta de datos. - No queda claro el número de pacientes que abandonan ni cuántos se analizan al final del estudio - Tampoco se señala si realizan o no análisis por intención de tratar</p>

Alexander DN, Cen S, Sullivan KJ, Bhavnani G, Ma X, Azen SP; ASAP study group. Effects of acupuncture treatment on poststroke motor recovery and physical function: a pilot study. *Neurorehabil Neural Repair* 2004; 18(4): 259-267.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País Estados Unidos.</p> <p>Diseño estudio ECA.</p> <p>Patrocinio Fundación Lucy Gonda.</p> <p>Jadad 2.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación B.</p> <p>Cálculo muestral Calculan ingresar 32 (16 pacientes en cada rama).</p>	<p>Grupo A Cuidados de rehabilitación convencional y 30 minutos de acupuntura 7 días por semana por 2 semanas. Du20, Du19, Du21, UB7, GB20, Du14, Ren6, ren12, ST25, LI15, LI11, SJ5, LI4, LU7, GB31, ST36, GB34, Sp6, ST40, ST41, LIV3. BaFeng, Ren23, HT5 para afasia, ST4, SI18, ST6 para parálisis facial y UB6, GB37 para problemas visuales.</p> <p>Grupo B Cuidados de rehabilitación convencional, 3 h por 6 días a la semana.</p> <p>Duración estudio 2 semanas.</p> <p>Duración seguimiento 6 meses.</p> <p>Antecedentes acupuntores Médico acupuntor de la Universidad de Beijing, Departamento de Medicina China Tradicional y Farmacología, con más de 10 años de prácticas y enseñanza. La técnica fue aplicada por 8 acupuntores formados en el Colegio Emperador de Medicina Oriental con licencia en California con un año de experiencia clínica mínimo.</p>	<p>N total = 32 Grupo A = 16 Grupo B = 16</p> <p>Criterios de inclusión - Pacientes internados en la Unidad de Rehabilitación de ACV en el Centro de Rehabilitación Daniel Freeman, Los Angeles, California. - ACV con hemiparesia, diagnosticado con TC y/o RNM.</p> <p>Criterios de exclusión Historia previa de ACV, inhabilidad para colaborar, coma o hemorragia subaracnoidea, enfermedades con riesgo de muerte o complicaciones severas, enfermedad sistémica, discapacidad previa al ACV.</p> <p>Edad Grupo A: media de 66,5 años Grupo B: media de 55,7 años (p = 0,01)</p> <p>Sexo Hombres 17 Mujeres 15</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Variable principal Cambios en la puntuación del <i>Fugl-Meyer</i> (FM) y del <i>Functional Independence Measure</i> (FIM).</p>	<p>Días de rehabilitación No hubo diferencias entre los grupos.</p> <p>Evaluación de Fugl-Meyer Ambos grupos mejoraron un 4 - 5% de la puntuación total de FM, pero no hubo diferencias entre los grupos. Hubo una mejoría significativa de la función motora del miembro inferior (subescala de FM) en el grupo acupuntura. No hubo otras diferencias entre las demás mediciones de la escala FM (extremidad superior, función motora, movilidad articular, balance).</p> <p>Functional Independence Measure (FIM) Ambos grupos mostraron una mejoría en la función física al final del estudio, sin diferencias entre los grupos.</p> <p>En el grupo de acupuntura se observó una mejoría significativa de la movilidad para la ducha (p = 0,03) y para el aseo (p = 0,09) (subescalas del FIM).</p>	<p>Efectos adversos No hay datos.</p> <p>Abandonos Grupo A: 2 / 16 (12,5%) (un paciente falleció y otro no termina el estudio) Grupo B: 1 / 16 (6,25%) (no termina el estudio)</p> <p>Conclusiones Cuando se utilizaron mediciones globales no se observaron diferencias entre los grupos. Algunos resultados individuales (subescalas) fueron favorables para la acupuntura. Se necesitan más estudios para evaluar la eficacia de la acupuntura en la rehabilitación del ACV.</p> <p>Limitaciones (de autores) - No cegamiento del estudio - Pocos pacientes en cada grupo - No se midieron las expectativas del paciente - No compara con placebo - No hubo control de seguimiento posterior a la intervención</p> <p>Comentarios - Estudio abierto - Corto período de tratamiento - Baja calidad, falta de datos - No realizan análisis por intención de tratar</p>

Adicciones

Zeng X, Lei L, Lu Y, Wang Z. Treatment of heroinism with acupuncture at points of the Du Channel. J Tradit Chin Med 2005; 25(3): 166-170.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País China.</p> <p>Diseño estudio ECA.</p> <p>Patrocinio No hay datos.</p> <p>Jadad 2.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación B.</p> <p>Cálculo muestral No hay datos.</p>	<p>Grupo A - Acupuntura. Puntos: GV20, GV14, GV11, GV10, GV9, GV4 del canal Du. - Metadona 10 mg/d</p> <p>Una sesión por día por 10 días.</p> <p>Grupo B Control. Sólo recibieron metadona 10 mg / d.</p> <p>Duración estudio 10 días.</p> <p>Duración seguimiento 10 días.</p> <p>Antecedentes acupuntores No hay datos.</p>	<p>N total = 57 Grupo A = 31 Grupo B = 26</p> <p>Criterios de inclusión Pacientes con dependencia a cocaína según DSM III R Edad 18-50 años Sin enfermedades sistémicas concomitantes</p> <p>Criterios de exclusión Enfermedades sistémicas, infecciosas, mentales.</p> <p>Edad Media de 33 - 34 años.</p> <p>Sexo Hombres 47 Mujeres 10</p> <p>Co-intervenciones Todos recibieron tratamiento habitual con metadona.</p> <p>Variable principal Puntuación de los síntomas de abstinencia con una fórmula <i>ad hoc</i>.</p>	<p>Hubo una mejoría de la puntuación de los síntomas a partir del 2º, 5º - 10 días de tratamiento a favor del grupo acupuntura.</p> <p>No hubo diferencias en el dolor entre los grupos.</p> <p>Hubo una diferencia significativa en la puntuación de los síntomas de abstinencia antes y después del tratamiento en el grupo acupuntura.</p> <p>Hubo una mejoría significativa de la perspiración, la ansiedad y el dolor muscular y óseo en el grupo acupuntura comparado con el grupo control.</p>	<p>Efectos adversos No hay datos.</p> <p>Abandonos No hay datos.</p> <p>Conclusiones La acupuntura en el canal Du en estos pacientes puede aliviar los síntomas de abstinencia en pacientes adictos a heroína.</p> <p>Limitaciones (de autores) No hay comentarios.</p> <p>Comentarios - Estudio abierto - Alta tasa de pérdidas - No describe motivo de pérdidas - Corto período de tratamiento. - No realizan análisis por intención de tratar</p>

Trumpler F, Oez S, Stahl P, Brenner HD, Juni P. Acupuncture for alcohol withdrawal: a randomized controlled trial. Alcohol Alcohol 2003; 38(4): 369-375.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios																		
<p>País Suiza.</p> <p>Diseño estudio ECA, ciego simple.</p> <p>Patrocinio Hans Eggenberger Foundation, Zurich. The Novartis Foundation, Basle, the Mobilier Foundation.</p> <p>Jadad 3.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación A.</p> <p>Cálculo muestral 48 pacientes, 16 en cada grupo.</p>	<p>Grupo A Acupuntura láser en oreja, estimulación baja. 830 nm.</p> <p>Grupo B Acupuntura (entre 2 y 10 agujas) sesiones de 30-45 minutos.</p> <p>Grupo C Láser simulado en oreja, se asignaba con sobres cerrados.</p> <p>Duración estudio Se aplicaba hasta el final de la abstinencia.</p> <p>Duración seguimiento No hay datos.</p> <p>Antecedentes acupuntores No hay datos.</p>	<p>N total = 48 Grupo A = 17 Grupo B = 15 Grupo C = 16</p> <p>Criterios de inclusión Pacientes con dependencia al alcohol según DSM IV Edad 18-65 años</p> <p>Criterios de exclusión - Abusadores de drogas - Embarazo - Enfermedades mentales o sistémicas - Alteraciones de coagulación</p> <p>Edad Media entre 43-49 años.</p> <p>Sexo Hombres 28 Mujeres 20</p> <p>Co-intervenciones Clomethiazole Benzodiazepinas</p> <p>Variable principal Tiempo de duración de síntomas de abstinencia medidos con el Mainz Alcohol Withdrawals Scale (MAWS)</p>	<p>Diferencias basales Los pacientes del grupo placebo presentaban mayor severidad de la enfermedad. Hubo una mayor prescripción de clometiazol en estos pacientes. Hubo diferencias entre los grupos en cuanto al consumo de fármacos.</p> <p>Duración del abandono del alcohol Se presentó en histograma. No hubo diferencias entre el grupo láser y el placebo. Sí hubo una duración significativamente más corta en el grupo de acupuntura comparado con los otros grupos.</p> <p>Duración de los síntomas de abstinencia y del tratamiento con clometiazol</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Síntomas (días)</th> <th>Clometiazol (días)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Láser</td> <td>4 (3 - 5)</td> <td>6 (5 - 7)</td> </tr> <tr> <td>Acupuntura</td> <td>3 (2 - 3)</td> <td>5 (4 - 6)</td> </tr> <tr> <td>Placebo</td> <td>4 (3 - 69)</td> <td>6,5 (5 - 7)</td> </tr> <tr> <td>p AL vs sham</td> <td>NS</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>p A vs sham</td> <td>0,019</td> <td>0,071</td> </tr> </tbody> </table> <p>AL: acupuntura láser A: acupuntura</p>		Síntomas (días)	Clometiazol (días)	Láser	4 (3 - 5)	6 (5 - 7)	Acupuntura	3 (2 - 3)	5 (4 - 6)	Placebo	4 (3 - 69)	6,5 (5 - 7)	p AL vs sham	NS	NS	p A vs sham	0,019	0,071	<p>Efectos adversos No hubo efectos adversos.</p> <p>Abandonos 1 / 15 (6,66%) paciente en el grupo de acupuntura.</p> <p>Conclusiones Los datos de este estudio no sugieren un beneficio de la acupuntura láser en pabellón auricular para la abstinencia alcohólica.</p> <p>Limitaciones (de autores) - Datos no paramétricos - Escaso número de pacientes en cada rama - IC amplios, error tipo II - No hubo un buen control de cointervenciones - No hubo un placebo en acupuntura</p> <p>Comentarios - Estudio abierto - Alta tasa de pérdidas - No describe motivo de pérdidas - Corto período de tratamiento - Se realiza análisis por intención de tratar</p>
	Síntomas (días)	Clometiazol (días)																				
Láser	4 (3 - 5)	6 (5 - 7)																				
Acupuntura	3 (2 - 3)	5 (4 - 6)																				
Placebo	4 (3 - 69)	6,5 (5 - 7)																				
p AL vs sham	NS	NS																				
p A vs sham	0,019	0,071																				

Margolin A, Avants SK, Arnold R. Acupuncture and spirituality-focused group therapy for the treatment of HIV-positive drug users: a preliminary study. J Psychoactive Drugs 2005; 37(4): 385-390.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País Estados Unidos.</p> <p>Diseño estudio ECA.</p> <p>Patrocinio National Institute on Drug Abuse.</p> <p>Jadad 1.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación B.</p> <p>Cálculo muestral No hay datos.</p>	<p>Grupo A Con apoyo espiritual Acupuntura NADA: protocolo 5 agujas: ShenMen, <i>sympathetic, kidney, lung, liver</i>. Acupuntura 3 agujas: Shenmen, <i>sympathetic, Lung</i>. Sesiones de 5 días por semana por 8 semanas.</p> <p>Grupo B Grupo sin apoyo espiritual Acupuntura NADA: protocolo 5 agujas: ShenMen, <i>sympathetic, kidney, lung, liver</i> Acupuntura 3 agujas: Shenmen, <i>sympathetic, Lung</i>.</p> <p>Duración estudio 8 semanas.</p> <p>Duración seguimiento 8 semanas.</p> <p>Antecedentes acupuntores No hay datos.</p>	<p>N total = 40 Grupo A = 15 Grupo B = 25</p> <p>Criterios de inclusión - Pacientes HIV (+) en plan de deshabituación con metadona (<i>Methadone Maintenance Program, MMP</i>) - Dependencia a opiodes - Abuso o dependencia a cocaína</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Edad Media de 42,83 años.</p> <p>Sexo Hombres 60% Mujeres 40%</p> <p>Co-intervenciones Todos recibieron tratamiento habitual con metadona.</p> <p>Variable principal Utilización de drogas.</p>	<p>Hubo un buen cumplimiento en el tratamiento en todos los grupos.</p> <p>Los pacientes que recibieron apoyo espiritual a su tratamiento con acupuntura mostraron una abstinencia a la heroína y cocaína por mayor tiempo (3,1 ±3,1 semanas), en el control urinario de tóxicos libres a las 8 semanas comparado con 1,0 ±1,5 semanas en el grupo que no recibió apoyo espiritual. No hubo diferencias entre los distintos esquemas de acupuntura.</p> <p>Hubo una reducción significativa de las puntuaciones del BDI (<i>Beck Depression Inventory</i>) y del STAI (<i>State/Trait Anxiety Inventory</i>) con mayor efecto en el grupo que recibió apoyo espiritual (pero sin llegar a significación estadística).</p>	<p>Efectos adversos Dolor en inserción de agujas.</p> <p>Abandonos 28 / 40 (70%) completaron las 8 semanas de tratamiento. NADA (5 agujas): 13 / 20 (65%) completaron el estudio. Grupo (3 agujas): 15 / 20 (75%) completaron el estudio.</p> <p>Conclusiones La acupuntura + el apoyo espiritual pueden tener un efecto sinérgico en este tipo de pacientes. Es necesario la realización de estudios a largo plazo y bien diseñados.</p> <p>Limitaciones (de autores) Alto porcentaje de pérdidas.</p> <p>Comentarios - Estudio simple ciego. - Alta tasa de pérdidas - No describe motivo de pérdidas - Corto período de tratamiento</p>

Berman AH, Lundberg U, Krook AL, Gyllenhammar C. Treating drug using prison inmates with auricular acupuncture: a randomized controlled trial. J Subst Abuse Treat 2004; 26(2): 95-102.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios														
<p>País Suecia.</p> <p>Diseño estudio ECA.</p> <p>Patrocinio Stockholm and Hårnösand Offices of the Swedish National Prison and Probation Administration.</p> <p>Jadad 2.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación B.</p> <p>Cálculo muestral No hay datos.</p>	<p>Grupo A Auriculopuntura protocolo NADA (<i>ShenMen, Sympathetic, Kidney, Liver, Lung</i>)</p> <p>Grupo B Control se eligieron 5 puntos sin efectos en el hélix de oreja.</p> <p>Duración estudio 4 semanas.</p> <p>Duración seguimiento 4 semanas.</p> <p>Antecedentes acupuntores 3 acupuntores con experiencia en NADA <i>Acudetox Protocol</i>.</p>	<p>N total = 158 Grupo A = 82 Grupo B = 76</p> <p>Criterios de inclusión No hay datos claros.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Edad Media de 33,5 años.</p> <p>Sexo Hombres 61% Mujeres 39%</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Variable principal Tres cuestionarios: ATAS (<i>Acupuncture Treatment Assessment Scale</i>), SCL90 (<i>Check List 90</i>) y uno sobre consumo de drogas.</p>	<p>Consumo de drogas</p> <table> <tr><td>Anfetaminas</td><td>51%</td></tr> <tr><td>Heroína</td><td>12%</td></tr> <tr><td>Cannabis</td><td>10%</td></tr> <tr><td>Anfetaminas + cannabis</td><td>8%,</td></tr> <tr><td>Alcohol</td><td>8%</td></tr> <tr><td>Hipnóticos</td><td>3%</td></tr> <tr><td>Múltiples drogas</td><td>3%.</td></tr> </table> <p>Cuestionarios ATAS (<i>Acupuncture Treatment Assessment Scale</i>), SCL90 (<i>Check List 90</i>) Hubo una disminución significativa en ambos grupos al final del período, comparado con los valores basales (análisis intragrupo). Hubo una reducción de los síntomas físicos y malestar psicológico en ambos grupos (sin diferencias entre ellos).</p>	Anfetaminas	51%	Heroína	12%	Cannabis	10%	Anfetaminas + cannabis	8%,	Alcohol	8%	Hipnóticos	3%	Múltiples drogas	3%.	<p>Efectos adversos Dolor en inserción de agujas.</p> <p>Abandonos Grupo A: 50 / 82 (61%) Grupo B: 32 / 76 (42%)</p> <p>Conclusiones No hubo diferencias entre los grupos evaluados (protocolo NADA vs. control)</p> <p>Limitaciones (de autores) Alto porcentaje de pérdidas.</p> <p>Comentarios - Estudio simple ciego - Alta tasa de pérdidas - Corto período de tratamiento - Realizan análisis por intención de tratar</p>
Anfetaminas	51%																	
Heroína	12%																	
Cannabis	10%																	
Anfetaminas + cannabis	8%,																	
Alcohol	8%																	
Hipnóticos	3%																	
Múltiples drogas	3%.																	

Colon irritable

Schneider A, Enck P, Streitberger K, Weiland C, Bagheri S, Witte S, Friederich HC, Herzog W, Zipfel S. Acupuncture treatment in irritable bowel syndrome. Gut 2006; 55(5): 649-654.				
	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País Alemania.</p> <p>Diseño estudio ECA.</p> <p>Patrocinio German Medical Acupuncture Association (DÄGIA).</p> <p>Jadad 4.</p> <p>Enmascaramiento de asignación A.</p> <p>Cálculo muestral Aproximadamente 62 pacientes.</p>	<p>Grupo A Acupuntura, 10 sesiones, 2 veces / semana. Según diagnóstico de Medicina Tradicional China (estancamiento de energía Qi de Hígado, Vaciamiento de la energía Qi de Bazo, Vaciamiento de Bazo y riñón. Puntos: LV3, ST36, SP6, VC12, ST21, ST25, HT7, DU MAI 20.</p> <p>Grupo B Acupuntura simulada 10 sesiones, 2 veces / semana. Se utilizaron agujas en telescopaje, sin penetración de piel.</p> <p>Duración estudio 5 semanas.</p> <p>Duración seguimiento 5 semanas.</p> <p>Antecedentes acupuntores Dos acupuntores experimentados.</p>	<p>N total = 43 Grupo A = 22 Grupo B = 21</p> <p>Criterios de inclusión Diagnóstico de colon irritable según criterios de Roma II, por al menos 12 semanas en el último año. Mayores de 18 años.</p> <p>Criterios de exclusión - Enfermedades intestinales de otras causas - Cáncer de colon - Ingesta de medicamentos que alteren el funcionamiento intestinal</p> <p>Edad Media 47 años.</p> <p>Sexo Mujeres 34 Hombres 9</p> <p>Co-intervenciones No hay datos claros.</p> <p>Variable principal Cambios en la puntuación del FDDQL (<i>Functional Digestive Diseases Quality of Life Questionnaire</i>).</p>	<p>No se observaron diferencias entre los grupos en el BDW (<i>Bowel Disease Questionnaire</i>).</p> <p>Calidad de vida FDDQL (<i>Functional Digestive Diseases Quality of Life Questionnaire</i>): hubo una mejoría de la puntuación global en ambos grupos al final del período con respecto a sus valores basales. No hubo diferencias entre los grupos. Algunas subescalas del cuestionario mostraron mejoría significativa en ambos grupos (por ejemplo: índice de actividad diaria, dieta, malestar, aceptación de la enfermedad). Otras subescalas no mostraron mejoría (ansiedad, sueño, control de la enfermedad, estrés). Un análisis de todas las subescalas no mostró diferencias entre los grupos.</p> <p>SF36: mostró una tendencia similar al FDDQL, solo el dolor corporal mostró mejoría en ambos grupos al final del estudio, pero sin diferencias entre ellos.</p> <p>Análisis del placebo (post-Hoc): para evaluar los potenciales predictores de la respuesta placebo. La media del cambio global de la puntuación FDDQL fue de 5,02 (1,28) con distribución normal. Comparando todas las variables entre los dos grupos, se identifican 5 predictores potenciales de la respuesta placebo: las subescalas sueño, aceptación (<i>coping</i>), depresión, ansiedad y somatización se analizaron en una regresión múltiple, observándose que las variables sueño y aceptación fueron factores predictores de placebo.</p>	<p>Efectos adversos No hay datos.</p> <p>Abandonos Dos abandonos uno en cada grupo.</p> <p>Conclusiones El efecto de la acupuntura en el colon irritable es de tipo placebo. Debido a las pequeñas diferencias detectadas entre los grupos se necesitarían tratar a 566 pacientes con acupuntura para lograr una mejoría clínica en este tipo de pacientes.</p> <p>Limitaciones (de autores) No hay comentarios.</p> <p>Comentarios - Escaso número de pacientes - No describe el método de aleatorización - No realizan análisis por intención de tratar - Es un estudio cuyo objetivo es evaluar la eficacia de la acupuntura según la medicina tradicional china en comparación con el placebo e identificar predictores individuales de la respuesta placebo en pacientes que reciben acupuntura</p>

Forbes A, Jackson S, Walter C, Quraishi S, Jacyna M, Pitcher M. Acupuncture for irritable bowel syndrome: a blinded placebo-controlled trial. World J Gastroenterol 2005; 11(26): 4040-4044.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País Reino Unido.</p> <p>Diseño estudio ECA doble ciego.</p> <p>Patrocinio T-R Golden Charitable Trust.</p> <p>Jadad 5.</p> <p>Enmascaramiento de asignación A.</p> <p>Cálculo muestral 60 pacientes (poder de 60% para demostrar una diferencia de 30% entre los grupos, asumiendo una respuesta placebo de 30%).</p>	<p>Grupo A Acupuntura, se colocaban entre 8 y 16 agujas, con movilización DeQi, bilateral, por 25 minutos.</p> <p>Grupo B Acupuntura simulada. Se eligieron tres áreas del cuerpo, que no correspondían a puntos acupunturales y no tendrían efecto terapéutico, no hubo efecto de DeQi.</p> <p>Duración estudio 10 semanas, 10 sesiones con una semana de intervalo entre ellas.</p> <p>Duración seguimiento 13 semanas.</p> <p>Antecedentes acupuntores Dos (A y B) entrenados en acupuntura china tradicional y acreditados en el <i>British Acupuncture Council</i>.</p>	<p>N total = 60 <u>Acupuntor A = 31</u> Grupo A = 12 Grupo B = 19</p> <p><u>Acupuntor B = 28</u> Grupo A = 15 Grupo B = 13</p> <p>Criterios de inclusión - Diagnóstico de colon irritable en >16 años, según los criterios de Roma y de Manning - Síntomas de por lo menos 3 meses y que no han respondido a las terapias estándares: incremento de fibras en dieta, reducción de alimentos con lactosas, antiespasmódicos, laxantes simples, opiodes.</p> <p>Criterios de exclusión Otras enfermedades Enfermedades psiquiátricas, uso de drogas psicotrópicas, mujeres en edad fértil, métodos anticonceptivos.</p> <p>Edad Media 43 - 44,4 años.</p> <p>Sexo Mujeres 65% Hombres 35%</p> <p>Co-intervenciones Todos los pacientes recibían información sobre la dieta y estilo de vida óptimo a llevar.</p> <p>Variable principal Cambios en la puntuación de la escala de Bristol (mide los síntomas a través de una escala de Likert 0 - 5).</p>	<p>Puntuación global de síntomas <u>Mejoría intragrupo:</u> Grupo A: 13,5 ± 4,51 a 11,6 ± 5,13 Grupo B: 13,1 ± 4,30 a 11,2 ± 4,17 (p<0,05) Se observó una reducción de la puntuación en 59,2% del grupo A y en al menos 4 puntos en 40,7%, comparado con 65,6% y 31,2% en el grupo placebo; diferencias no significativas (NS).</p> <p>El médico valoró una mejoría en 13 pacientes del grupo A vs. 10 pacientes del grupo B (NS).</p> <p>El deterioro de síntomas o abandonos fue de 18,5% grupo A vs. 21,9% en el grupo B (NS)</p> <p>No hubo diferencias en la valoración de cada síntoma (dolor, flatulencia, diarrea, estreñimiento), ni en la puntuación del HAD (<i>Hospital Anxiety Depression</i>), EQ (<i>EuroQol Score</i>) entre los grupos.</p> <p>No hubo diferencias entre los pacientes tratados por el acupuntor A y B.</p>	<p>Efectos adversos No hubo.</p> <p>Abandonos - Un paciente antes de la aleatorización - Ocho pacientes: uno por inicio de drogas psiquiátricas, otro betabloqueantes por ansiedad y seis por fallo en el seguimiento. De estos 8, 5 eran del grupo acupuntura y tres del grupo control</p> <p>Conclusiones La acupuntura fue inefectiva para los pacientes con colon irritable en un hospital europeo. La magnitud de cualquier efecto parece insuficiente para implementar servicios de acupuntura.</p> <p>Limitaciones (de autores) La cointervención recibida podría haber influido en el efecto placebo del grupo control, aunque la recibieron todos los pacientes. - La moxibustión podría ofrecer más beneficios pero el uso de detectores de humo y las regulaciones de fuego de los hospitales hicieron difícil su implementación. - En el ensayo clínico la administración de un tratamiento de acupuntura individualizado podría afectar los resultados finales del estudio.</p> <p>Comentarios - No hay datos de los puntos acupunturales utilizados. - Por diagnóstico chino algunos pacientes debían recibir moxibustión, pero no lo reciben por el cegamiento y para mantener la igualdad de las intervenciones entre los grupos (evitar las co-intervenciones) y además por razones de seguridad hospitalaria.</p> <p>Nota El cegamiento se realizó de la siguiente forma: un acupuntor (A) hacía el diagnóstico chino y evaluaba a los pacientes sin conocer lo que se le aplicaba al paciente, y luego otro (acupuntor B) realizaba lo mismo y aplicaban las intervenciones según la aleatorización que recibían en sobre cerrados y opacos (intercambiaban los pacientes). No hay datos sobre la experiencia previa de los pacientes con acupuntura.</p>

Fireman Z, Segal A, Kopelman Y, Sternberg A, Carasso R. Acupuncture treatment for irritable bowel syndrome. A double-blind controlled study. Digestion 2001; 64(2): 100-103.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País Israel.</p> <p>Diseño estudio ECA simple ciego, cruzado.</p> <p>Patrocinio No hay datos.</p> <p>Jadad 2.</p> <p>Enmascaramiento de asignación B</p> <p>Cálculo muestral No hay datos.</p>	<p>Grupo A Acupuntura, 2 sesiones de 30 minutos por 4 semanas. Puntos: en cada una de las dos sesiones de 40 minutos se aplicó LI4. Luego del lavado se aplicó BL60.</p> <p>El segundo grupo fue similar pero invertido.</p> <p>Grupo B Acupuntura simulada.</p> <p>Duración estudio 4 semanas con 3 semanas de lavado entre cada intervención.</p> <p>Duración seguimiento 4 semanas.</p> <p>Antecedentes acupuntores No hay datos.</p>	<p>N total = 25 Grupo A = 20 Grupo B = 20</p> <p>Criterios de inclusión Diagnóstico de colon irritable según criterios de Roma.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Edad Media 45 años.</p> <p>Sexo Mujeres 55% Hombres 45%</p> <p>Co-intervenciones No hay datos claros.</p> <p>Variable principal Síntomas de la enfermedad a través de un cuestionario (escala de Likert 0 - 5).</p>	<p>Primera fase (acupuntura) Se observó una mejoría de todos los síntomas en el grupo de acupuntura (en la primera fase) ($p = 0,05$) pero no hubo diferencias luego con el cambio de intervención.</p> <p>La acupuntura no mejoró la diarrea, la flatulencia, el malestar abdominal ni la defecación con moco.</p>	<p>Efectos adversos No hay datos.</p> <p>Abandonos Sólo menciona que hubo 32 pacientes reclutados, 4 abandonaron antes de la primer sesión y 3 después de la primer sesión.</p> <p>Conclusiones No se detectaron beneficios en los diferentes síntomas con la acupuntura en pacientes con colon irritable.</p> <p>Limitaciones (de autores) No hay comentarios.</p> <p>Comentarios - Escaso número de pacientes - Estudio cruzado de un par de sesiones en cada intervención con tres semanas de lavado entre ellas - No queda claro el placebo (<i>sham</i> BL60?) - Estudio simple ciego, los evaluadores finales no conocían el tipo de intervención recibida</p>

Demencia

Yu J, Zhang X, Liu C, Meng Y, Han J. Effect of acupuncture treatment on vascular dementia. <i>Neurol Res</i> 2006; 28(1):97-103.				
	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País China.</p> <p>Diseño estudio ECA, abierto, cruzado.</p> <p>Patrocinio No hay datos.</p> <p>Jadad 2.</p> <p>Enmascaramiento de asignación B.</p> <p>Cálculo muestral No hay datos.</p>	<p>Grupo A Acupuntura: “yi qi tiao xue fu ben pei yuan” Puntos: CV6, CV12, CV17, SP10, ST36. Sesiones de 30 minutos una vez por día por 6 semanas.</p> <p>Grupo B Acupuntura. Puntos: PC6, SP6, GV26.</p> <p>Duración estudio 6 semanas.</p> <p>Duración seguimiento 6 semanas.</p> <p>Antecedentes acupuntores No hay datos.</p>	<p>N total = 60 Grupo A = 30 Grupo B = 30</p> <p>Criterios de inclusión - Demencia vascular por NINDS/AIREN - Hachinski score ≥ 7 - MMSE (<i>Minimal Status Examination</i>) 0 - 23 - Edad > 45 años - Duración enfermedad >2 semanas</p> <p>Criterios de exclusión - Enfermedad sistémica o cerebral - Hachinski < 7 - Demencias complicadas por enfermedades cardíaca, renales y hepáticas - Uso de neurolépticos y antidepresivos</p> <p>Edad Media 66 años.</p> <p>Sexo Hombres 45 Mujeres 15</p> <p>Co-intervenciones Fármacos: AAS, ticlopidina, nimodipino, antihipertensivos, diuréticos.</p> <p>Variable principal Tasa de reducción de la puntuación del MMSE (<i>Minimal Status Examination</i>), (para valorar la mejoría cognitiva).</p>	<p>MMSE (<i>Minimal Status Examination</i>) Mejoría significativa de la puntuación en los dos grupos con respecto a sus valores basales, con diferencia significativa a favor de la intervención activa (“Yi qi tiao xue, fu ben pei yuan”).</p> <p>HDS-R (<i>Hasegawa Dementia Scale</i>) y ADL Score (<i>Activity Daily Living</i>) Mejoría significativa de la puntuación en los dos grupos con respecto a sus valores basales pero sin diferencias entre los dos grupos.</p> <p>Grupo activo, Yi qi tiao xue, fu ben pei yuan Este grupo mejora algunos dominios del MMSE: memoria, cálculos y orientación luego de las seis semanas. No hubo cambios en las funciones ejecutivas ni en los pensamientos abstractos.</p> <p>No hubo diferencias en los resultados entre los pacientes con demencia según el tiempo de evolución (a) dentro 3 meses, b) 3 meses a 1 año, c) 1-2 años y d) >2 años. La tasa de efectividad fue de 86,7% y 90,9% para los casos leves y moderados tratados en el grupo A, en los pacientes severos la tasa disminuyó a un 25%.</p> <p>Efecto clínico terapéutico Grupo A (n = 30): 18 pacientes con marcada mejoría y 6 con mejoría. Grupo B (n = 30): 10 pacientes con marcada mejoría y 4 con mejoría. Tasa de efectividad global: 80% en el grupo A vs. 46,7% en el grupo control (p < 0,05).</p>	<p>Efectos adversos No hubo.</p> <p>Abandonos No hubo.</p> <p>Conclusiones El método de acupuntura «yi qi tiao xue fu ben pei yuan» tuvo un efecto terapéutico y fue bien tolerado en los pacientes con demencia vascular.</p> <p>Limitaciones (de autores) Falta de instrumentos validados para medir demencias vasculares y mixtas.</p> <p>Comentarios - Baja calidad metodológica, faltan datos - Estudio abierto - No realizaron análisis por intención de tratar - Resultados poco consistentes</p>

Depresión

Quah-Smith, J I, Tang W M, Russell J. Laser acupuncture for mild to moderate depression in a primary care setting--a randomised controlled trial. <i>Acupunct Med</i> 2005; 23(3): 103-111.				
	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País Australia.</p> <p>Diseño estudio ECA.</p> <p>Patrocinio No hay datos.</p> <p>Jadad 4.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación B.</p> <p>Cálculo muestral No hay datos.</p>	<p>Grupo A Acupuntura láser en puntos primarios: LR14, CV15 y CV14, HT7, LR8 y puntos secundarios seleccionados por el acupuntor. Cuando la puntuación del HADS de ansiedad era >11, utilizaba KI10. Otros puntos infrecuentes de usar LI4, SP36 y GV20. Meyer 100 mV, el láser se aplicaba en cada punto por 5 segundos a 0,5 J por punto.</p> <p>Grupo B Acupuntura láser simulada.</p> <p>Duración estudio 8 semanas.</p> <p>Duración seguimiento 12 semanas posteriores a la intervención.</p> <p>Antecedentes acupuntores <i>Fellow de the Australian Medical Acupuncture College (AMAC).</i></p>	<p>N total = 30 Grupo A = 16 Grupo B = 14</p> <p>Criterios de inclusión Pacientes con síntomas depresivos con una puntuación del BDI (<i>Beck Depression Inventory</i>) de 12 a 30.</p> <p>Criterios de exclusión - Pacientes con distimia crónica - Ingesta de drogas psicotrópicas - Suplementos de hierbas - Enfermedades neurológicas, endocrinas, embarazo - Ideas suicidas</p> <p>Edad 38,5 años.</p> <p>Sexo 77% mujeres 23% hombres</p> <p>Co-intervenciones No debían tomar drogas o hierbas durante el estudio.</p> <p>Variable principal Cambios en el BDI (<i>Beck Depression Inventory</i>)</p>	<p>BDI (<i>Beck Depression Inventory</i>) Mejoría significativa en el grupo activo comparado con el grupo placebo a las 8 semanas y una tendencia favorable a las 20 semanas.</p> <p>Casos de depresión al final del estudio En el grupo placebo fue de 64% vs. 14% del grupo activo (p < 0,025).</p> <p>HADS (<i>Hamilton Assessment Depression Scale</i>) Las subescalas de ansiedad y la de depresión no fue diferente entre los grupos.</p>	<p>Efectos adversos Grupo A 29% y grupo B 17%. Los más frecuentes fueron: fatiga, insomnio, boca seca y cefaleas, todos fueron leves y transitorios.</p> <p>Abandonos <u>Grupo A:</u> abandonan 2 pacientes, por problemas familiares (1) y por mudanza (1). <u>Grupo B:</u> abandonan 3 pacientes, por falta de respuesta (1), pérdida de seguimiento (1) y otros (1). Ningún paciente abandonó por efectos adversos.</p> <p>Conclusiones La acupuntura láser podría ser efectiva en el manejo de la depresión leve a moderada.</p> <p>Limitaciones (de autores) - Tamaño reducido de la muestra - Período corto del estudio - Método de aleatorización utilizado</p> <p>Comentarios - Fallos metodológicos. Utilizan un método de aleatorización que no es enmascarado (uso de bolitas de colores en un recipiente) - El cegamiento es a través del dispositivo láser, el fabricante colocó dos encendidos (uno real y otro simulado) que emitían luz y sonido por igual - Realizan análisis por intención de tratar (con arrastre de los últimos datos registrados)</p>

Manber R, Schnyer R N, Allen J J, Rush A J, Blasey C M. Acupuncture: a promising treatment for depression during pregnancy. J Affect Disord 2004; 83 (1): 89-95.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País Estados Unidos.</p> <p>Diseño estudio ECA.</p> <p>Patrocinio AHRQ (Agency Health Research and Quality).</p> <p>Jadad 3.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación B.</p> <p>Cálculo muestral No hay datos.</p>	<p>Grupo A Acupuntura, según principios de medicina china. Conjunto de puntos fijos (no hay más datos), sólo menciona unos puntos que no se colocan en pacientes embarazadas.</p> <p>Grupo B Control válido (sin síntomas de depresión), no hay más datos.</p> <p>Grupo C Masajes (no hay más datos).</p> <p>Duración estudio Fase 1: 8 semanas (12 sesiones) Fase 2: aproximadamente 8-17 sesiones más</p> <p>Duración seguimiento No queda claro, 10 semanas postparto.</p> <p>Antecedentes acupuntores No hay datos.</p>	<p>N total = 61 Grupo A = 20 Grupo B = 21 Grupo C = 20</p> <p>Criterios de inclusión - Edad >18 años - Gestación entre 11 y 28 semanas - Control prenatal - Criterios de depresión mayor según DSM-IV - Puntuación mayor de 14 en la escala del HRSD (<i>Hamilton rating Scale for Depression</i>)</p> <p>Criterios de exclusión - Pacientes con depresión de más de 2 años - Características psicóticas o patrón estacional - Ideas suicidas potenciales - Alteraciones de tiroides, otras enfermedades médicas - Uso de fármacos que alteran el estado anímico - Tratamientos confundidores de la depresión - Necesidad de reposo en cama</p> <p>Edad 33,3 ± 4,7 años. Edad gestacional media de 20 ± 5,6 semanas.</p> <p>Sexo Mujeres 100%</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Variable principal: Tasa de respuesta No cumplir con criterios del MDE (<i>Major Depressive Episode</i>) Reducción al menos del 50% con respecto al basal de la puntuación del <i>Hamilton Rating Scale For Depression (HRSD)</i> HRSD ≤ 14</p>	<p>Respuesta de la fase aguda (8 semanas) Tasa de respuesta Grupo A (acupuntura) 68,8% vs grupo C (masajes) 31,6% (p = 0,031) NNT=2,7</p> <p>Grupo A 68,8% vs. grupo B (control) 47,4% no significativo, NNT 4,7.</p> <p>En el análisis del efecto a través del tiempo, se observó una mejoría en mayor proporción en el grupo de acupuntura comparado con el grupo de masajes durante el primer mes, pero no en el segundo mes de estudio.</p> <p>Depresión postparto (fase 2) (10 semanas) Los tres grupos mostraron una mejoría de la depresión posterior al parto. No hubo interacción entre los tratamientos y el tiempo.</p>	<p>Efectos adversos No hay datos.</p> <p>Abandonos Reporta que de las 61 participantes terminan 54 pero no hay más datos.</p> <p>Conclusiones La acupuntura parece ser prometedora para el manejo de la depresión durante el embarazo.</p> <p>Limitaciones (de autores) - Tamaño reducido de la muestra. - Población seleccionada muy homogénea. - Limitación de la validez ecológica de los resultados.</p> <p>Comentarios - Fallos metodológicos - El cegamiento es de los investigadores que colocan las terapias y los evaluadores</p>

Infertilidad

Zhang M, Paulus W, Strehler L, Jelinkova L, Sterzik K. Increase of pregnancy rate in assisted reproduction therapy by acupuncture. Fertility & Sterility 2001; 76 suppl 3: 75S

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
País Alemania. Diseño estudio ECA. Patrocinio Christian-Lauritzen-Institut. Jadad 1. Enmascaramiento de asignación B. Cálculo muestral No hay datos.	Grupo A Acupuntura y auriculopuntura. Puntos: CX6, SP8, LV3, GV20, S29, ST36, SP6, SP10, LI4. Oreja: puntos 55, 58, 22, 34. Grupo B Control, ningún apoyo extra. Duración estudio Una aplicación. Duración seguimiento No hay datos. Antecedentes acupuntores No hay datos.	N total = 138 Grupo A = 69 Grupo B = 69 Criterios de inclusión Pacientes en terapia de reproducción asistida con buena calidad de embrión. Criterios de exclusión No hay datos. Edad No hay datos. Sexo Mujeres 100%. Co-intervenciones No hay datos. Variable principal Tasa de embarazo clínico.	Tasa de embarazo Grupo A (acupuntura): 30 / 69 (43,5%) Grupo B (control): 18 / 69 (26,1%) (p = 0,03).	Efectos adversos No hay datos. Abandonos No hay datos. Conclusiones La acupuntura parece ser beneficiosa para aumentar la tasa de embarazo en la terapia de reproducción asistida. Limitaciones (de autores) No hay comentarios. Comentarios Es un resumen de congreso, faltan datos.

Westergaard LG, Mao Q, Kroglund M, Sandrini S, Lenz S, Grinsted J. Acupuncture on the day of embryo transfer significantly improves the reproductive outcome in infertile women: a prospective, randomized trial. *Fertil Steril* 2006; 85(5): 1341-1346.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios																								
<p>País Dinamarca.</p> <p>Diseño estudio ECA, abierto.</p> <p>Patrocinio <i>Danish Government-sponsored Centre for the Study of alternative Medicine, ViFAB.</i></p> <p>Jadad 2.</p> <p>Enmascaramiento de asignación B.</p> <p>Cálculo muestral No hay datos.</p>	<p>Grupo A Acupuntura en el día del ET (<i>embryo transfer</i>). SP6, SP8, SP10, ST36, ST29, LI4, LR3, PC6 DU20. Dos sesiones de 25 minutos antes y después del ET. Puntos previos a la maniobra DU20, ST29, SP8, PC6, LR3 y los posteriores ST36, SP6, SP10 Y LI4.</p> <p>Grupo B Acupuntura en el día del ET y luego dos días posteriores a la recuperación de oocitos. El mismo esquema, sólo que los puntos a los dos días eran: DU20, REN3, ST29, SP10, SP6, ST36 LI4.</p> <p>Grupo C Control.</p> <p>Duración estudio 3 días.</p> <p>Duración seguimiento 3 días.</p> <p>Antecedentes acupuntores No hay datos.</p>	<p>N total = 273 Grupo A = 95 Grupo B = 91 Grupo C = 87</p> <p>Criterios de inclusión Pacientes que aceptaban participar en el estudio y en la aleatorización.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Edad Media de 37 años.</p> <p>Sexo Mujeres 100%.</p> <p>Co-intervenciones El tratamiento habitual en este tipo de terapia.</p> <p>Variable principal No hay datos claros.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>N (%)</th> <th>Grupo A</th> <th>Grupo B</th> <th>Grupo C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Test embarazo (+)</td> <td>40 (42)*</td> <td>36 (40)</td> <td>24 (28)*</td> </tr> <tr> <td>Embarazo clínico</td> <td>(39)*</td> <td>33 (36)</td> <td>21 (24)*</td> </tr> <tr> <td>Pérdida embarazo</td> <td>6 (15)</td> <td>12 (33)</td> <td>5 (21)</td> </tr> <tr> <td>Embarazo término</td> <td>34 (36)*</td> <td>24 (26)</td> <td>19 (22)*</td> </tr> <tr> <td>Tasa implantación (Nº sacos gestacionales / Nº de embriones transferidos)</td> <td>21 (42 / 200)</td> <td>19 (36 / 192)</td> <td>18 (32 / 178)</td> </tr> </tbody> </table> <p>*p<0,05.32 / 178) *p<0,05.</p>	N (%)	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Test embarazo (+)	40 (42)*	36 (40)	24 (28)*	Embarazo clínico	(39)*	33 (36)	21 (24)*	Pérdida embarazo	6 (15)	12 (33)	5 (21)	Embarazo término	34 (36)*	24 (26)	19 (22)*	Tasa implantación (Nº sacos gestacionales / Nº de embriones transferidos)	21 (42 / 200)	19 (36 / 192)	18 (32 / 178)	<p>Efectos adversos No hay datos.</p> <p>Abandonos No hubo pérdidas.</p> <p>Conclusiones La acupuntura presentó efectos beneficiosos en pacientes en reproducción asistida en el día del ET. La otra variante de acupuntura posterior a la maniobra no mejoró la tasa de embarazo.</p> <p>Limitaciones (de autores) No hay comentarios.</p> <p>Comentarios - Estudio abierto - No realizan análisis por intención de tratar, pero no hubo pérdidas al final del estudio</p>
N (%)	Grupo A	Grupo B	Grupo C																									
Test embarazo (+)	40 (42)*	36 (40)	24 (28)*																									
Embarazo clínico	(39)*	33 (36)	21 (24)*																									
Pérdida embarazo	6 (15)	12 (33)	5 (21)																									
Embarazo término	34 (36)*	24 (26)	19 (22)*																									
Tasa implantación (Nº sacos gestacionales / Nº de embriones transferidos)	21 (42 / 200)	19 (36 / 192)	18 (32 / 178)																									

Paulus W, Zhang M, Strehler L, Seybold B, Sterzik K. Placebo-controlled trial of acupuncture effects in assisted reproduction therapy. Human reproduction (Oxford, England) 2003; 18 suppl 1: 8-9.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País Alemania.</p> <p>Diseño estudio ECA.</p> <p>Patrocinio No hay datos.</p> <p>Jadad 1.</p> <p>Enmascaramiento de asignación B.</p> <p>Cálculo muestral No hay datos.</p>	<p>Grupo A Acupuntura y auriculopuntura. Puntos: CX6, SP8, LV3, GV20, S29, ST36, SP6, SP10, LI4. Oreja: puntos 55, 58, 22, 34.</p> <p>Grupo B Placebo acupuntura (simulada), igual puntos pero sin penetración de piel.</p> <p>Duración estudio Una aplicación.</p> <p>Duración seguimiento No hay datos.</p> <p>Antecedentes acupuntores No hay datos.</p>	<p>N total = 200 Grupo A = 100 Grupo B = 100</p> <p>Criterios de inclusión Pacientes en terapia de reproducción asistida con buena calidad de embrión.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Edad No hay datos.</p> <p>Sexo Mujeres 100%.</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Variable principal Tasa de embarazo clínico.</p>	<p>Tasa de embarazo Grupo A (acupuntura): 43 / 100 (43%) Grupo B (control): 37 / 100 (37%) p = 0,39 (NS)</p>	<p>Efectos adversos No hay datos.</p> <p>Abandonos No hay datos.</p> <p>Conclusiones La pérdida del efecto de la acupuntura puede deberse al efecto placebo por la utilización de un set de agujas placebo en el grupo comparador.</p> <p>Limitaciones (de autores) No hay comentarios.</p> <p>Comentarios - Es un resumen de congreso, faltan datos. - Datos dudosos, parecen ser similares al de Zhang (2001) y Paulus (2002)</p>

Paulus WE, Zhang M, Strehler E, El-Danasouri I, Sterzik K. Influence of acupuncture on the pregnancy rate in patients who undergo assisted reproduction therapy. Fertil Steril. 2002; 77(4): 721-724.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
País Alemania. Diseño estudio ECA. Patrocinio No hay datos. Jadad 1. Enmascaramiento de asignación B. Cálculo muestral No hay datos.	Grupo A Acupuntura y auriculopuntura. Puntos: CX6, SP8, LV3, GV20, S29, ST36, SP6, SP10, LI4. Oreja: puntos 55, 58, 22, 34. Sesiones de 25 minutos. Grupo B Control. Duración estudio Una aplicación. Duración seguimiento No hay datos. Antecedentes acupuntores No hay datos.	N total = 160 Grupo A = 80 Grupo B = 80 Criterios de inclusión Pacientes sanas en terapia de reproducción asistida con buena calidad de embrión. Criterios de exclusión No hay datos. Edad Media de 32,5 años. Sexo Mujeres 100%. Co-intervenciones No hay datos. Variable principal Tasa de embarazo clínico.	Tasa de embarazo Grupo A (acupuntura): 34 / 80 (42,5%) Grupo B (control): 21 / 80 (26,3%) p = 0,03	Efectos adversos No hay datos. Abandonos No hay datos. Conclusiones La acupuntura parece ser beneficiosa para aumentar la tasa de embarazo en la terapia de reproducción asistida. Limitaciones (de autores) No hay comentarios. Comentarios - Datos dudosos parecen ser similares al de Zhang (2001) y Paulus (2002)

Dieterle S, Ying G, Hatzmann W, Neuer A.. Effect of acupuncture on the outcome of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection: a randomized, prospective, controlled clinical study. Fertil Steril 2006; 85(5): 1347-1351.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios																														
País Alemania. Diseño estudio ECA, abierto. Patrocinio No hay datos. Jadad 3. Enmascaramiento de asignación A. Cálculo muestral 110 pacientes en cada grupo.	Grupo A Acupuntura: 30 minutos posterior a la ET (<i>embryo Transference</i>). REN4, REN6, ST29, PC6, SP10, SP8. Oreja (<i>Seed of Caryophyllaceae</i>) puntos 55, 58, 22, 33. Tres días posteriores al ET, otra sesión (LI4, SP6, ST36, KI3, LR3). Las semillas se quitaban a los dos días. Grupo B Placebo (simulado) utilización de acupuntura en puntos que no tienen influencia en la fertilidad. SJ9, SJ12, GB31, GB32, GB34. Oreja: 17, 14, 8, 53. Ambos grupos recibieron la misma cantidad de agujas. Duración estudio 3 días Duración seguimiento 3 días. Antecedentes acupuntores No hay datos.	N total = 225 Grupo A = 116 Grupo B = 109 Criterios de inclusión Pacientes en terapia de reproducción asistida (IVF o ICSI) con una sola participación. Criterios de exclusión No hay datos. Edad Media de 34 años. Sexo Mujeres 100%. Co-intervenciones No hay datos. Variable principal Tasa de embarazo clínico.	Tasa de implantación Grupo A: 14,2% Grupo B: 5,9% p < 0,01 Tasa de embarazo por transferencia Grupo A: 33,6% Grupo B: 15,6% p < 0,01 Tasa de embarazo a término por transferencia Grupo A: 28,4% Grupo B: 13,8% p < 0,01 NNT 5,5 para la clínica y 6,8 en el embarazo en curso. El embarazo clínico disminuye con el aumento del número de tratamientos. <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Embarazo clínico</th> <th>Tasa de implantación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1º ciclo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Grupo A</td> <td>47,4%</td> <td>28,9%</td> </tr> <tr> <td>Grupo B</td> <td>33,3%</td> <td>11,1%</td> </tr> <tr> <td>2º ciclo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Grupo A</td> <td>34,5%</td> <td>15,2%</td> </tr> <tr> <td>Grupo B</td> <td>23,3%</td> <td>8,6%</td> </tr> <tr> <td>Más de 2-3 ciclos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Grupo A</td> <td>29,4%</td> <td>12,6%</td> </tr> <tr> <td>Grupo B</td> <td>8,2%</td> <td>3,2%</td> </tr> </tbody> </table>		Embarazo clínico	Tasa de implantación	1º ciclo			Grupo A	47,4%	28,9%	Grupo B	33,3%	11,1%	2º ciclo			Grupo A	34,5%	15,2%	Grupo B	23,3%	8,6%	Más de 2-3 ciclos			Grupo A	29,4%	12,6%	Grupo B	8,2%	3,2%	Efectos adversos No hay datos. Abandonos No hubo pérdidas. Conclusiones La acupuntura presentó efectos beneficiosos en pacientes en reproducción asistida. Limitaciones (de autores) No hay comentarios. Comentarios - Estudio abierto - No realizan análisis por intención de tratar, pero no hubo pérdidas al final del estudio.
	Embarazo clínico	Tasa de implantación																																
1º ciclo																																		
Grupo A	47,4%	28,9%																																
Grupo B	33,3%	11,1%																																
2º ciclo																																		
Grupo A	34,5%	15,2%																																
Grupo B	23,3%	8,6%																																
Más de 2-3 ciclos																																		
Grupo A	29,4%	12,6%																																
Grupo B	8,2%	3,2%																																

Insomnio

McCullough CA., Hughes C M., McDonough S M. The effectiveness of acupuncture and reflexology in primary insomnia. Focus on Alternative and Complementary Therapies 2005; 10 Supplement 1: 36.				
	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
País Reino Unido.	Grupo A Acupuntura.	N total = 13 Grupo A = 5 Grupo B = 4 Grupo C = 4	Hubo una mejoría de la puntuación del PSQI con respecto a sus valores basales de 2,7 y 1,7 puntos en los grupos de acupuntura y reflexología respectivamente, con un cambio total en el seguimiento de 3,4 y 2,0 puntos respectivamente. Un cambio de 2 puntos se consideró de importancia clínica.	Efectos adversos No hay datos.
Diseño estudio ECA.	Grupo B Reflexoterapia.	Criterios de inclusión Pacientes con insomnio.	En el grupo de musicoterapia no hubo cambios.	Abandonos 3 pacientes, no hay más datos.
Patrocinio No hay datos.	Grupo C Musicoterapia.	Criterios de exclusión No hay datos.		Conclusiones La acupuntura y la reflexología mejoraron la calidad del sueño, mientras que la musicoterapia no.
Jadad No se puede valorar ya que es un resumen.	Duración estudio 3 semanas. 6 veces en 3 semanas.	Edad No hay datos.		Limitaciones (de autores) - No hay datos. - Escaso número de pacientes por grupo.
Enmascaramiento de la asignación No se puede valorar.	Duración seguimiento 2 semanas posteriores a la intervención (5 semanas).	Sexo No hay datos.		Comentarios - Resumen de congreso, faltan datos
Cálculo muestral No hay datos.	Antecedentes acupuntores No hay datos.	Co-intervenciones No hay datos.		
		Variable principal <i>Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI).</i>		

Kim YS, Lee SH, Jung WS, Park SU, Moon SK, Ko CN, Cho KH, Bae HS. Intradermal acupuncture on shen-men and nei-kuan acupoints in patients with insomnia after stroke. Am J Chin Med 2004; 32(5): 771-778.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País Corea.</p> <p>Diseño estudio ECA.</p> <p>Patrocinio No hay datos.</p> <p>Jadad 2.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación B.</p> <p>Cálculo muestral No hay datos.</p>	<p>Grupo A Acupuntura. Se colocaban una aguja en He7 (Shen Men) y EH6 (NeiKuan) bilateral, cubrían con tela adhesiva y se dejaba por 48 h.</p> <p>Grupo B Acupuntura simulada, igual al anterior pero sin penetración en la piel.</p> <p>Duración estudio 48 h.</p> <p>Duración seguimiento 48 h.</p> <p>Antecedentes acupuntores No hay datos.</p>	<p>N total = 30 Grupo A = 15 Grupo B = 15</p> <p>Criterios de inclusión Pacientes hospitalizados con insomnio persistente de más de 3 días Diagnóstico de ACV por clínica y hallazgos TC y RNM.</p> <p>Criterios de exclusión Pacientes tratados con sedantes, antidepresivos, narcóticos, analgésicos, antihistamínicos, anfetaminas Desorientación Disfagia</p> <p>Edad 65,1 y 68,3 años.</p> <p>Sexo - Hombres acupuntura intradérmica 53,3 - Hombres acupuntura simulada 60%</p> <p>Co-intervenciones No hay datos.</p> <p>Variable principal <i>Insomnia Severity Index (ISI)</i> <i>Athens Insomnia Scale (AIS)</i> <i>Morning Questionnaire (MQ)</i></p>	<p>Hubo una mejoría significativa del insomnio en el grupo activo comparado con el grupo placebo, tanto en el <i>Insomnia Severity Index (ISI)</i> y el <i>Athens Insomnia Scale (AIS)</i>, como en el <i>Morning Questionnaire (MQ)</i>. En este último cuestionario hubo dos parámetros que no fueron diferentes entre los grupos: "Sleep latency" y "Ease of falling asleep".</p> <p>La comparación intragrupo fue significativa en todos los parámetros.</p>	<p>Efectos adversos No hay datos.</p> <p>Abandonos Dos (uno por intolerancia a las agujas y otro por toma de drogas psicoactivas).</p> <p>Conclusiones Los resultados sugieren que la acupuntura (en los puntos ShenMen y Neikuan) alivia el insomnio de pacientes con ACV.</p> <p>Limitaciones (de autores) Estudio de corta duración (48 h).</p> <p>Comentarios - Fallos metodológicos - Faltan datos - Baja calidad</p>

Guerreiro Da Silva JB, Nakamura MU, Cordeiro JA, Kulay Jr L. Acupuncture for insomnia in pregnancy - A prospective, quasi-randomised, controlled study. *Acupuncture in Medicine* 2005; 23 (2): 47-51.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios															
<p>País Brasil.</p> <p>Diseño estudio EC cuasialeatorizado</p> <p>Patrocinio No hay datos.</p> <p>Jadad 1.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación C.</p> <p>Cálculo muestral No corresponde.</p>	<p>Grupo A Acupuntura. Se colocaban una media de 12 agujas, entre 8-12 sesiones en 8 semanas, por 25 minutos. Los puntos utilizados fueron: HT7, PC6, GB21, Anmian (punto extra meridiano entre GV20 y CTE7) bilateral y Yintang, GV20 y CV17.</p> <p>Grupo B Recibían información sobre higiene del sueño. Duración estudio 8 semanas.</p> <p>Duración seguimiento 8 semanas.</p> <p>Antecedentes acupuntores Experiencia de 600 h de formación de postgrado, últimos 15 años trabajaba en un hospital público con una atención de 50 pacientes por día aproximadamente.</p>	<p>N total = 30 Grupo A = 17 (pacientes que se atendían los días martes y jueves) Grupo B = 13 (pacientes que se atendían los días lunes y miércoles)</p> <p>Criterios de inclusión Embarazadas de 15-39 años con 15 a 30 semanas de embarazo con insomnio desde el embarazo.</p> <p>Criterios de exclusión - Insomnio previo al embarazo - Embarazo de alto riesgo - Acupuntura previa - Ingesta de hipnóticos</p> <p>Edad 26,5 años.</p> <p>Sexo 100% mujeres.</p> <p>Co-intervenciones Todas las pacientes recibían información sobre higiene del sueño.</p> <p>Variable principal Reducción general de los valores del NRS (<i>Numerical Rating Scale</i>) del insomnio.</p>	<p>Reducción general de los valores del NRS (<i>Numerical Rating Scale</i>) (0 - 10) (0= mejor sueño y 10= peor insomnio posible) (media / DE)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>N</th> <th>Basal</th> <th>Final</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Grupo A</td> <td>12</td> <td>6,7 (3,5)</td> <td>1,6 (1,7)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Grupo B</td> <td>10</td> <td>4,6 (3,0)</td> <td>4,6 (3,0)</td> <td>0,0028</td> </tr> </tbody> </table> <p>La mejoría fue significativa en el grupo acupuntura comparado con el grupo control.</p> <p>La puntuación media del insomnio disminuyó un 50% o más en 9 / 12 (75%) del grupo activo comparado con 30% del grupo control (p = 0,042).</p> <p>No hubo diferencias en el peso al nacer ni en el Apgar de los recién nacidos entre los dos grupos.</p>		N	Basal	Final	p	Grupo A	12	6,7 (3,5)	1,6 (1,7)		Grupo B	10	4,6 (3,0)	4,6 (3,0)	0,0028	<p>Efectos adversos No hubo efectos importantes; una paciente presentó equimosis en sitios de inserción.</p> <p>Abandonos No hay datos claros de los motivos. Grupo A = 5 / 17 (29%) Grupo B = 3 / 13(24%) por pérdida de seguimiento</p> <p>Conclusiones Los resultados sugieren que la acupuntura alivia el insomnio en mujeres embarazadas.</p> <p>Limitaciones (de autores) - Evaluación del insomnio que no está estandarizado - Estudio no ciego, cuasialeatorizado y no compara con acupuntura simulada - Estudio de corta duración (8 semanas)</p> <p>Comentarios - Fallos metodológicos, diseño limitado - Alto porcentaje de pérdidas - Falta de datos de motivos de pérdidas</p>
	N	Basal	Final	p															
Grupo A	12	6,7 (3,5)	1,6 (1,7)																
Grupo B	10	4,6 (3,0)	4,6 (3,0)	0,0028															

Náuseas y vómito

Streitberger K, Diefenbacher M, Bauer A, Conradi R, Bardenheuer H, Martin E, Schneider A, Unnebrink K. Acupuncture compared to placebo-acupuncture for postoperative nausea and vomiting prophylaxis: a randomised placebo-controlled patient and observer blind trial. *Anaesthesia* 2004; 59(2): 142-149.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
País Alemania. Diseño estudio ECA. Patrocinio Universidad de Heidelberg. Jadad 4. Enmascaramiento de la asignación A. Cálculo muestral Reclutar 106 pacientes por grupos.	Grupo A Acupuntura en P6, antes de iniciarse la anestesia, Grupo B Placebo, colocación de aguja en telescopaje 1 cm proximal y 1 cm lateral a P6, Ambas intervenciones se colocaban 20 minutos antes o durante la anestesia y se dejaban por 20 minutos. Duración estudio 20 minutos, Duración seguimiento Control a las 24 h de la cirugía. Antecedentes acupuntores Dos acupuntores entrenados.	N total = 220 Grupo A = 109 Grupo B = 111 Criterios de inclusión - Mujeres de 18 - 80 años - ASA I-II con indicación de cirugía ginecológica o de mama bajo anestesia general Criterios de exclusión - Embarazo - Uso de acupuntura 6 meses previos - Náuseas o vómitos 24 h previas a la cirugía - Linfedema de miembros superiores - Coagulopatías. Edad Media de 44 – 46 años. Sexo Mujeres 100%. Co-intervenciones No recibieron antieméticos durante la anestesia. Sólo si lo necesitaban en el postoperatorio inmediato. Variable principal Número de pacientes con náuseas y vómitos en las primeras 24 h del postoperatorio (ocurrencia de náuseas y/o vómitos o la necesidad de utilizar medicación antiemética).	1. Resultado primario <i>Vómitos y náuseas postoperatorias a las 24 h</i> Grupo acupuntura (46 pacientes): 43,4% Grupo placebo (54 pacientes): 50,9% NS El análisis de subgrupo no mostró diferencias en la aplicación de la intervención antes y después de la anestesia. La reducción de los vómitos y náuseas postoperatorias parece ser mayor en pacientes con cirugía ginecológica (n = 91, reducción 18,5%, p = 0,07) comparado con pacientes con cirugía de mama (n = 124, reducción 1,6%, p = 0,86). En el subgrupo que fue a cirugía laparoscópica ginecológica la reducción fue de -17,5%, p = 0,36. 2. Resultados secundarios Con la acupuntura se observa una tendencia a mejorar; la incidencia de vómitos dentro de las 24 h fue significativamente menor en el grupo de acupuntura (24,8%) comparado con placebo (39,6%), con una diferencia absoluta de -14,8% (p = 0,003, IC95% -27,5 a -1,6%). No hubo diferencias en la sospecha de la intervención entre los pacientes de ambos grupos.	Efectos adversos - Una paciente con hematoma localizado (grupo A), dos del grupo B - Reacción alérgica a la cinta adhesiva 5 pacientes en cada grupo Abandonos Grupo A: 12 / 109 (11%) Grupo B: 14 / 111 (13%) Conclusiones - Los resultados podrían indicar que la acupuntura en P6 puede ser efectiva en pacientes que tendrán cirugía ginecológica. - Faltan estudios de buena calidad para confirmar estos resultados. Limitaciones (de autores) No hay comentarios. Comentarios - Corto periodo de tratamiento - Realizan análisis por intención de tratar

Reindl TK, Geilen W, Hartmann R, Wiebelitz KR, Kan G, Wilhelm I, Lugauer S, Behrens C, Weiberlenn T, Hasan C, Gottschling S, Wild-Bergner T, Henze G, Driever PH. Acupuncture against chemotherapy-induced nausea and vomiting in pediatric oncology. Interim results of a multicenter crossover study. Support Care Cancer 2006; 14(2): 172-176.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País Alemania.</p> <p>Diseño estudio ECA, cruzado.</p> <p>Patrocinio C.D. Foundation y Friedrich-Spicker Foundation.</p> <p>Jadad 2.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación A.</p> <p>Cálculo muestral Reclutamiento de 35 pacientes.</p>	<p>Grupo A Acupuntura un día antes de comenzar la quimioterapia, y días posteriores a la misma. Puntos: PC6, ST36, CV12 y LI4. Medicación antiemética.</p> <p>Grupo B Medicación antiemética. Sesiones de 20 minutos</p> <p>Duración estudio Dos aplicaciones, en dos ciclos de quimioterapia.</p> <p>Duración seguimiento Dos ciclos de quimioterapia, si el paciente decidía continuaba recibiendo acupuntura.</p> <p>Antecedentes acupuntores Dos acupuntores con experiencia.</p>	<p>N total = 11 Grupo A = 11 Grupo B = 11</p> <p>Criterios de inclusión Niños de 6 - 18 años con quimioterapia emetogénica por tumores (sarcoma de Ewing, rhabdomyosarcoma, osteosarcoma).</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Edad Media de 15 - 16 años.</p> <p>Sexo Mujeres 7 Hombres 4</p> <p>Co-intervenciones Medicación antiemética, esteroides, fenotiazina, antagonistas de 5HT₃.</p> <p>Variable principal Reducción de la necesidad de uso de medicación antiemética.</p>	<p>No hubo diferencias entre la cantidad de medicación antiemética basal recibida entre el primer ciclo de quimioterapia con y sin acupuntura, pero sí se observó una reducción de medicación antiemética adicional en los cursos con acupuntura (p = 0,024).</p> <p>Los episodios de vómitos ni la puntuación de las náuseas no fueron diferentes con o sin acupuntura.</p>	<p>Efectos adversos Un paciente dolor con las agujas.</p> <p>Abandonos 6 / 11 (55%) abandonos.</p> <p>Conclusiones Los resultados preliminares sugieren que la acupuntura podría ser efectiva en este grupo de pacientes.</p> <p>Limitaciones (de autores) Pequeño número de pacientes Problemas de aceptación de procedimientos adicionales no farmacológicos</p> <p>Comentarios - No realizan análisis por intención de tratar - Alta tasa de abandonos - Llama la atención que describen que la aleatorización se realizaba por teléfono, no describen el método, tampoco menciona si es doble ciego - Muy pocos pacientes, es un análisis durante el estudio - No hay datos claros sobre los días de acupuntura recibidos</p>

Neri I, Allais G, Schiapparelli P, Blasi I, Benedetto C, Facchinetti F. Acupuncture versus pharmacological approach to reduce Hyperemesis gravidarum discomfort. Minerva Ginecol 2005; 57(4): 471-475.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País Italia.</p> <p>Diseño estudio ECA.</p> <p>Patrocinio No hay datos.</p> <p>Jadad 1.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación B.</p> <p>Cálculo muestral No hay datos.</p>	<p>Grupo A Acupuntura en P6, CV12, ST36, además una banda de acupresión 6 - 8 h por día. Sesiones de 20 minutos, 2 veces por semana por dos semanas.</p> <p>Grupo B Control. Metoclopramida 20 mg / 500 ml de solución salina en 60 minutos, dos veces por semana por 2 semanas, complejo de vitamina B12 30 mg / d.</p> <p>Duración estudio 2 semanas.</p> <p>Duración seguimiento 3 semanas.</p> <p>Antecedentes acupuntores Dos acupuntores con experiencia.</p>	<p>N total = 81 Grupo A = 43 Grupo B = 38</p> <p>Criterios de inclusión Mujeres con embarazos de menos de 12 semanas, con diagnóstico de hiperemesis gravídica, signos de deshidratación y pérdida de > 5% del peso.</p> <p>Criterios de exclusión - Enfermedades gastrointestinales - Malformaciones fetales</p> <p>Edad No hay datos.</p> <p>Sexo Mujeres 100%.</p> <p>Co-intervenciones Las mujeres que presentaban alteraciones electrolíticas recibían tratamiento de reposición y antiemético.</p> <p>Variable principal Intensidad de las náuseas y vómitos.</p>	<p>Hubo una mejoría de la intensidad de las náuseas, episodios de vómitos y la tasa de ingesta de alimentos en forma significativa en ambos grupos, sin diferencias entre ellos. Las mejorías se observaron en la 1º, 2º y 3º semanas.</p> <p>No hubo diferencias en la tasa de parto ni en el peso de los recién nacidos entre los dos grupos.</p>	<p>Efectos adversos No hay datos.</p> <p>Abandonos No hay datos.</p> <p>Conclusiones La acupuntura y acupresión en P6 comparadas con los fármacos, mostraron similares beneficios en el manejo de la hiperemesis gravídica.</p> <p>Limitaciones (de autores) No hay comentarios.</p> <p>Comentarios - Escaso número de pacientes en cada grupo - La calidad del estudio es aceptable pero faltan datos metodológicos - Corto período de tratamiento - No realizan análisis por intención de tratar</p>

Melchart D, Ihbe-Heffinger A, Leps B, von Schilling C, Linde K. Acupuncture and acupressure for the prevention of chemotherapy-induced nausea-a randomised cross-over pilot study. Support Care Cancer 2006; [Epub ahead of print]

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País Alemania.</p> <p>Diseño estudio ECA, cruzado.</p> <p>Patrocinio No hubo patrocinador externo.</p> <p>Jadad 5.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación A.</p> <p>Cálculo muestral Reclutar 50 pacientes. El estudio se interrumpió en forma prematura por problemas de reclutamiento y además se observó que el nivel de náuseas fue inferior en los pacientes en ambas fases por igual.</p>	<p>Grupo A Acupuntura en P6, por 20 minutos al iniciarse la quimioterapia.</p> <p>Grupo B Acupuntura en otro sitio, y luego usar bandas de acupresión por 72 h o 4 días.</p> <p>En el segundo ciclo de quimioterapia las intervenciones se invertían (cruzamiento).</p> <p>Duración estudio 2 aplicaciones de las intervenciones.</p> <p>Duración seguimiento Idem al anterior.</p> <p>Antecedentes acupuntores No hay datos.</p>	<p>N total = 28 Grupo A = 14 Grupo B = 24</p> <p>Criterios de inclusión Pacientes con cáncer con esquema de quimioterapia moderada a altamente emetogénico (grados III a V según Hesketh) Uso de medicación antiemética estándar Edad 18-75 años Índice de Karnofsky >50</p> <p>Criterios de exclusión - Náuseas o vómitos anticipatorios - Metástasis cerebral - Íleo crónico - Linfedema de brazos - Experiencia previa con acupuntura</p> <p>Edad Media de 57 años.</p> <p>Sexo Hombres 18 Mujeres 9</p> <p>Co-intervenciones Todos recibieron tratamiento habitual con 5-HT3 antagonistas, glucocorticoides, otros.</p> <p>Variable principal Diferencia intraindividual de la puntuación de las náuseas (escala 0 - 48) en las fases de acupuntura y placebo.</p>	<p>La puntuación de náuseas fue mayor en la fase II (placebo), comparado con la fase I (acupuntura).</p> <p>No hubo diferencias en la acupuntura combinada con acupresión y el placebo en la puntuación de náuseas, pero el nivel de náuseas fue muy bajo en ambas fases.</p> <p>No hubo diferencias en el número de vómitos entre una y otra fase de tratamiento.</p> <p>17 / 21 pacientes que finalizaron el estudio elegirían la acupuntura y la acupresión para los próximos ciclos de quimioterapia, pero no hubo una clara preferencia de los puntos acupunturales utilizados.</p>	<p>Efectos adversos <u>Cinco pacientes:</u> 1 hematoma grupo A 1 hematoma grupo B 3 por uso de bandas de acupresión (un hematoma, un eczema y una irritación de piel).</p> <p>Abandonos Grupo A: 3 / 14 (22%) Grupo B: 4 / 14 (29%)</p> <p>Conclusiones La evidencia disponible sobre la eficacia de la estimulación de PC6 con agujas o acupresión para las náuseas y vómitos por quimioterapia no es suficiente.</p> <p>Limitaciones (de autores) Alto porcentaje de pérdidas.</p> <p>Comentarios - Escaso número de pacientes por rama - Estudio cruzado. El cruzamiento se da luego del primer ciclo de quimioterapia - Alta tasa de pérdidas - Corto período de tratamiento</p>

Habek D, Barbir A, Habek JC, Janculiak D, Bobic-Vukovic M. Success of acupuncture and acupressure of the Pc 6 acupoint in the treatment of hyperemesis gravidarum. Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd 2004; 11(1): 20-23.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios								
<p>País Croacia.</p> <p>Diseño estudio ECA.</p> <p>Patrocinio No hay datos.</p> <p>Jadad 3.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación B.</p> <p>Cálculo muestral No hay datos.</p>	<p>Grupo A Acupuntura en P6 bilateral.</p> <p>Grupo B Acupresión en P6 bilateral.</p> <p>Grupo C Acupuntura placebo.</p> <p>Grupo D Acupresión placebo. Sesiones de 30 minutos por 7 días.</p> <p>Duración estudio 7 días.</p> <p>Duración seguimiento 7 días.</p> <p>Antecedentes acupuntores No hay datos.</p>	<p>N total = 36 Grupo A = 10 Grupo B = 11 Grupo C = 8 Grupo D = 7</p> <p>Criterios de inclusión Mujeres embarazadas.</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Edad Media de 20 - 22 años.</p> <p>Sexo Mujeres 100%.</p> <p>Co-intervenciones Las mujeres que presentaban alteraciones electrolíticas recibían tratamiento de reposición y antiemético.</p> <p>Variable principal No hay datos claros.</p>	<p>Resultados Cuatro mujeres del Grupo A y siete de los demás grupos (B, C y D) necesitaron reposición hidroelectrolítica.</p> <p>Se aplicó metoclopramida endovenosa a una paciente del grupo A, dos del grupo B, seis del grupo C y cuatro del grupo D.</p> <p>Se administró prometazina a una paciente del grupo B, una del grupo C y a tres del grupo D.</p> <p style="text-align: center;">Eficacia del tratamiento (medida de resultado informada por la paciente)</p> <table border="0"> <tr> <td>Acupuntura</td> <td style="text-align: right;">90%</td> </tr> <tr> <td>Acupresión</td> <td style="text-align: right;">63,6%</td> </tr> <tr> <td>Acupuntura placebo</td> <td style="text-align: right;">12,5%</td> </tr> <tr> <td>Placebo</td> <td style="text-align: right;">0%</td> </tr> </table>	Acupuntura	90%	Acupresión	63,6%	Acupuntura placebo	12,5%	Placebo	0%	<p>Efectos adversos No hay datos.</p> <p>Abandonos No hay datos.</p> <p>Conclusiones La acupuntura y acupresión en P6 fueron efectivas en el manejo de la hiperemesis gravídica</p> <p>Limitaciones (de autores) No hay comentarios.</p> <p>Comentarios - Escaso número de pacientes en cada grupo - La calidad del estudio es aceptable pero faltan datos metodológicos - Corto período de tratamiento - No realizan análisis por intención de tratar - Resultados poco claros (la eficacia la informaba la paciente, medición subjetiva), - Alta tasa de tratamiento con antieméticos y reposición hidroelectrolítica</p>
Acupuntura	90%											
Acupresión	63,6%											
Acupuntura placebo	12,5%											
Placebo	0%											

Butkovic D, Toljan S, Matolic M, Kralik S, Radesic L. Comparison of laser acupuncture and metoclopramide in PONV prevention in children. Paediatr Anaesth 2005; 15(1): 37-40.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios												
<p>País Croacia.</p> <p>Diseño estudio ECA.</p> <p>Patrocinio No hay datos.</p> <p>Jadad 3.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación B.</p> <p>Cálculo muestral No hay datos.</p>	<p>Grupo A Acupuntura láser en P6 bilateral.</p> <p>Grupo B Acupuntura láser simulada.</p> <p>Grupo C Control, recibían metoclopramida 0,15 mg / kg EV</p> <p>Duración estudio Una aplicación.</p> <p>Duración seguimiento 24 h posterior a la cirugía.</p> <p>Antecedentes acupuntores No hay datos.</p>	<p>N total = 120 Grupo A = 40 Grupo B = 40 Grupo C = 40</p> <p>Criterios de inclusión Niños de 5 - 14 años, que van a cirugía por hernia, circuncisión u orquidopexia.</p> <p>Criterios de exclusión Pacientes con náuseas y vómitos por reflujo gastroesofágico, Alteraciones neurológicas y del oído medio</p> <p>Edad Media de 7,5 años.</p> <p>Sexo Mujeres 37 Hombres 83</p> <p>Co-intervenciones Analgesia postoperatoria con diclofenaco rectal y ondansetrón si presentaban vómitos severos.</p> <p>Variable primaria No hay datos claros.</p>	<p>Vómitos</p> <p>A las 2 h</p> <table border="0"> <tr> <td>Grupo A (láser)</td> <td>5 (12,5%)</td> </tr> <tr> <td>Grupo B (placebo)</td> <td>16 (40%)</td> </tr> <tr> <td>Grupo C (control)</td> <td>4 (10%)</td> </tr> </table> <p>No hubo diferencias entre el grupo láser y el que recibió metoclopramida pero si entre estos dos grupos y el grupo placebo ($p < 0,001$).</p> <p>A las 4 h</p> <table border="0"> <tr> <td>Grupo A (láser)</td> <td>3 (7,5%)</td> </tr> <tr> <td>Grupo B (placebo)</td> <td>6 (15%)</td> </tr> <tr> <td>Grupo C (metoclopramida)</td> <td>3 (7,5%)</td> </tr> </table> <p>A las 6 h Sólo un paciente del grupo placebo.</p> <p>Medicación de rescate La necesitaron un paciente del grupo láser y otro del grupo metoclopramida.</p> <p>La frecuencia de los vómitos fue mayor en forma significativa en las primeras dos horas en el grupo placebo comparado con los otros dos grupos ($p < 0,001$).</p>	Grupo A (láser)	5 (12,5%)	Grupo B (placebo)	16 (40%)	Grupo C (control)	4 (10%)	Grupo A (láser)	3 (7,5%)	Grupo B (placebo)	6 (15%)	Grupo C (metoclopramida)	3 (7,5%)	<p>Efectos adversos No hay datos.</p> <p>Abandonos No hay datos.</p> <p>Conclusiones Los resultados muestran una eficacia similar entre la metoclopramida y la acupuntura láser en P6 en niños que necesitan operarse.</p> <p>Limitaciones (de autores) No hay comentarios.</p> <p>Comentarios No realizan análisis por intención de tratar.</p>
Grupo A (láser)	5 (12,5%)															
Grupo B (placebo)	16 (40%)															
Grupo C (control)	4 (10%)															
Grupo A (láser)	3 (7,5%)															
Grupo B (placebo)	6 (15%)															
Grupo C (metoclopramida)	3 (7,5%)															

Obesidad

Hsu C H, Hwang K C, Chao C L, Chang H H, Chou P. Electroacupuncture in obese women: a randomized, controlled pilot study. J Womens Health (Larchmt) 2005; 14 (5): 434-440.				
	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
País Taiwán. Diseño estudio ECA. Patrocinio No hay datos. Jadad 3. Enmascaramiento de la asignación B. Cálculo muestral Sí, 20 pacientes por grupo.	Grupo A Electroacupuntura, Puntos: REN6, REN9, ST28, K14, ST36, ST40, SP6, con una intensidad de tolerancia de 12 – 23 veces. Sesiones de 40 minutos, 2 veces / semana. Grupo B Ejercicios. Grupo C No intervención. Duración estudio 6 semanas. Duración seguimiento 6 semanas. Antecedentes acupuntores Sólo menciona doctores en medicina china.	N Total = 72 Grupo A = 24 Grupo B = 24 Grupo C = 24 Criterios de inclusión Edad entre 16-65 IMC > 30 kg / m ² - Circunferencia de cintura >90cm Criterios de exclusión Enfermedades endocrinas, cardíacas, alérgicas, inmunológicas, hepáticas, renales, embarazo o lactancia, ACV, incapacidad para realizar ejercicios, cicatriz abdominal mayor a 3 cm, control del peso dentro de los 3 meses previos al estudio. Edad Media de 40-41 años. Sexo Mujeres 100%. Co-intervenciones No hay datos. Variable principal Porcentaje de reducción del peso corporal y del índice de masa corporal.	Hubo una reducción significativa del peso ($p = 0,004$), el IMC ($p = 0,016$) y la circunferencia de cintura ($p = 0,006$) en el grupo de electroacupuntura comparado con los demás grupos a las 6 semanas. No hubo diferencias en la reducción de los parámetros medidos entre los grupos B (ejercicios) y C (no intervención). No hubo diferencias en la circunferencia de cadera entre los tres grupos.	Efectos adversos Tres pacientes leves equimosis, y una paciente con malestar abdominal. No hubo efectos adversos mayores. Abandonos Grupo A: 2 / 24 (8,3%) Grupo B: 4 / 24 (17%) Grupo C: 3 / 24 (12,5%) Conclusiones La electroacupuntura fue más efectiva que el ejercicio o la no intervención en reducir el BMI, circunferencia de cintura y el peso. Limitaciones (de autores) No hay comentarios. Comentarios - Estudio abierto - Corto período de tratamiento - No hay datos de cointervenciones - No se realizó análisis por intención de tratar - No hay comentarios sobre la dieta

Hsu C H, Hwang K C, Chao C L, Lin J G, Chou P. Effects of electroacupuncture in reducing weight and waist circumference in obese women: a randomized crossover trial. Int J Obes (Lond) 2005; 29: 1379-1384.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País Taiwán.</p> <p>Diseño estudio ECA, cruzado.</p> <p>Patrocinio Taipei Hospital, Taiwán.</p> <p>Jadad 3.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación B.</p> <p>Cálculo muestral Sí, 25 pacientes por grupo.</p>	<p>Grupo A Electroacupuntura. Puntos: REN6, REN9, ST28, K14, ST36, ST40, SP6, con una intensidad de tolerancia de 12 -23 v. 42 Hz. Sesiones de 40 minutos 2 veces / semana.</p> <p>Grupo B Ejercicios, 10 veces por día por 6 semanas.</p> <p>Duración estudio 12 semanas, con una semana de lavado entre cada intervención.</p> <p>Duración seguimiento 13 semanas.</p> <p>Antecedentes acupuntores Sólo menciona doctores en medicina china.</p>	<p>N total = 54 Grupo A = 27 Grupo B = 27</p> <p>Criterios de inclusión Edad entre 16-65 IMC > 30 kg / m2 Circunferencia de cintura > 90 cm</p> <p>Criterios de exclusión Enfermedades endocrinas, cardíacas, alérgicas, inmunológicas, hepáticas o renales Embarazo o lactancia ACV Incapacidad para realizar ejercicios Cicatriz abdominal mayor a 3 cm Control del peso dentro de los 3 meses previos al estudio</p> <p>Edad Media de 41 años.</p> <p>Sexo Mujeres 100%.</p> <p>Co-intervenciones No recibían otras medidas.</p> <p>Variable principal Porcentaje de reducción del índice de masa corporal y de la circunferencia de cintura.</p>	<p>Semana 6 Hubo una reducción significativa del peso (p = 0,02), el IMC (p = 0,01) y la circunferencia de cintura (p = 0,01) en el grupo de electroacupuntura comparado con el grupo de ejercicios.</p> <p>Semanas 8 - 13 No se observaron diferencias significativas entre los grupos en las variables medidas (peso, IMC, circunferencia de cintura).</p> <p>Se observó una mejoría significativa de los parámetros en ambos grupos con respecto a sus valores basales.</p>	<p>Efectos adversos Dos pacientes con equimosis leves, y una con malestar abdominal, no hubo efectos adversos mayores.</p> <p>Abandonos Grupo A: 3 / 27 (11%) Grupo B: 5 / 27 (19%)</p> <p>Conclusiones La electroacupuntura fue más efectiva que el ejercicio en reducir el IMC, la circunferencia de la cintura y el peso.</p> <p>Limitaciones (de autores) No hay comentarios.</p> <p>Comentarios - Estudio abierto - Corto período de tratamiento - No se realizó análisis por intención de tratar - Llama la atención que parece ser un estudio muy relacionado con el otro del mismo equipo de investigadores, con los mismos criterios, sólo cambia el diseño cruzado - No hay comentarios sobre la dieta.</p>

Parálisis de Bell

Li Y, Liang F R, Yu S G, Li C D, Hu L X, Zhou D, Yuan X L, Li Y, Xia X H. Efficacy of acupuncture and moxibustion in treating Bell's palsy: a multicenter randomized controlled trial in China Chin Med J (Engl) 2004; 117(10): 1502-1506.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios																				
País China. Diseño estudio ECA. Patrocinio <i>Clinical Foundation of the State Administration of TCM (Nº 00-01LP50).</i> Jadad 3. Enmascaramiento de la asignación A. Cálculo muestral No hay datos.	Grupo A Acupuntura + moxibustión. Puntos: ST4, ST6, LI4, GB14, ST7, SJ17 del lado afectado, excepto LI4 bilateral. 30 minutos, una vez al día, 5 veces por semana por 4 semanas. Grupo B Tratamiento A + grupo control. Grupo C (control) Inyecciones intramusculares de vitamina B ₁ (100 mg) y B ₁₂ (100 µg) 1 vez por día por 10 días, luego 3 veces / día B ₁ 10 mg por 10 días. Además prednisona 30 mg 1 vez / día por 3 días y dibazole 10 mg 3 veces / día por 2 - 4 semanas. Duración estudio 4 semanas. Duración seguimiento 3 y 6 meses. Antecedentes acupuntores No hay datos.	N total = 480 Grupo A = 160 Grupo B = 159 Grupo C = 161 Criterios de inclusión - Parálisis facial unilateral, - Edad entre 16-70 años - Inicio de parálisis entre 1 y 90 días Criterios de exclusión Presencia de enfermedad de oído aguda o crónica, traumatismo otológico o craneal, enfermedad neurológica central o periférica, enfermedades autoinmunes, herpes zoster oticus, contraindicaciones a esteroides, úlcera péptica, tuberculosis, diabetes, HTA, glaucoma, enfermedad cardíaca, psicosis, enfermedad renal o hepática y embarazo. Edad 39 - 40 años. Sexo Hombres 52% Mujeres 48% Co-intervenciones No hay datos. Variable principal No hay datos.	Eficacia La diferencia en la eficacia de los tres grupos fue estadísticamente significativo (p = 0,018). Hubo una diferencia significativa entre los grupos A (acupuntura más moxibustión) y el grupo control (p = 0,005). Efectividad de las intervenciones <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Grupo (n)</th> <th>Curación (%)</th> <th>Mejoría importante (%)</th> <th>Mejoría (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Grupo control</td> <td>(128)</td> <td>36 (28,1)</td> <td>112 (87,5)</td> <td>125 (97,7)</td> </tr> <tr> <td>Grupo A</td> <td>(156)</td> <td>64 (41)</td> <td>149 (95,5)</td> <td>156 (100)</td> </tr> <tr> <td>Grupo B</td> <td>(135)</td> <td>48 (31)</td> <td>148 (95,5)</td> <td>154 (99,4)</td> </tr> </tbody> </table> Hubo una mayor tasa de mejoría (recuperación) en el grupo de pacientes que presentaba una parálisis leve comparado con el grupo de parálisis severa (p = 0,000). El mismo resultado se observó en los pacientes con parálisis aguda en comparación con los que presentaban una evolución crónica (p = 0,000). Al final del ensayo hubo una mejoría significativa de la puntuación del <i>House-Brackmann Scale</i> y del <i>FDIP (Facial Disability Index)</i> en los grupos A y B, en comparación con el grupo control (p < 0,005). Seguimiento A los 3 y 6 meses se redujo el número de pacientes en seguimiento; al final se observó que no hubo diferencias entre los tres grupos. Todos los pacientes mostraron una mejoría de la función del nervio facial llegando a un grado III o mayor de la escala de <i>House-Brackmann</i> . La puntuación del <i>FDIP</i> fue mejor en el grupo activo (acupuntura + moxibustión) comparado con los otros dos a los 6 meses.		Grupo (n)	Curación (%)	Mejoría importante (%)	Mejoría (%)	Grupo control	(128)	36 (28,1)	112 (87,5)	125 (97,7)	Grupo A	(156)	64 (41)	149 (95,5)	156 (100)	Grupo B	(135)	48 (31)	148 (95,5)	154 (99,4)	Efectos adversos No hay datos. Abandonos 9% (41 pacientes). 20 por razones emocionales, 4 por recibir otras terapias y 17 pacientes por otras razones. Inician 480, finalizan a las 4 semanas 439, 315 a los 3 meses y 207 a los 6 meses. Conclusiones La eficacia de la acupuntura + moxibustion se confirma en este estudio aleatorizado simple ciego. Limitaciones (de autores) Corto período de tratamiento. Comentarios - Estudio simple ciego. - No hay datos de co-intervenciones.
	Grupo (n)	Curación (%)	Mejoría importante (%)	Mejoría (%)																				
Grupo control	(128)	36 (28,1)	112 (87,5)	125 (97,7)																				
Grupo A	(156)	64 (41)	149 (95,5)	156 (100)																				
Grupo B	(135)	48 (31)	148 (95,5)	154 (99,4)																				

Problemas obstétricos (inducción del trabajo de parto)

Ziaei S, Hajjipour L. Effect of acupuncture on labor. Int J Gynaecol Obstet 2006; 92(1): 71-72				
	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
País Irán. Diseño estudio ECA. Patrocinio No hay datos. Jadad 1. Enmascaramiento de la asignación B. Cálculo muestral No hay datos.	Grupo A Acupuntura GV20, Yintang, ST36, SP6, LI4, LI3, CV2, CV3. Grupo B Acupuntura simulada, colocación de agujas en 6 puntos de vacunación. Grupo C Observación. Duración estudio 1 - 2 h. Duración seguimiento 1 - 2 h. Antecedentes acupuntores No hay datos.	N total = 90 Grupo A = 30 Grupo B = 30 Grupo C = 30 Criterios de inclusión Mujeres con edad gestacional \geq 37 semanas Trabajo de parto espontáneo Presentación cefálica Dilatación cervical de 3 - 6 cm a la admisión Criterios de exclusión No hay datos. Edad No hay datos. Sexo Mujeres 100%. Co-intervenciones No hay datos. Variable principal No hay datos.	Puntuación del dolor No hubo diferencias entre los tres grupos evaluados en la 1ª y 2ª fases del trabajo de parto. Puntuación de relajación No hubo diferencias entre los tres grupos evaluados en la 1ª y 2ª fases del trabajo de parto. Duración del trabajo de parto No hubo diferencias entre los tres grupos evaluados en la primera y segunda fases del trabajo de parto. No hubo diferencias entre los grupos en la tasa de cesárea ni en el peso de recién nacidos al nacer. La necesidad de aumentar el trabajo de parto con oxitocina se observó más en los grupos controles (<i>sham</i> y control) comparado con el grupo acupuntura.	Efectos adversos No hay datos. Abandonos No hay datos. Conclusiones La acupuntura no mostró ningún efecto significativo en el manejo del dolor ni en el grado de relajación durante el trabajo de parto, aunque se observó que en este grupo hubo una menor necesidad de aumentar el trabajo de parto con oxitocina. Limitaciones (de autores) No hay datos. Comentarios - Es una comunicación breve - Faltan muchos datos - Baja calidad (según datos publicados)

Problemas obstétricos (presentación de nalgas)

Cardini F, Lombardo P, Regalia AL, Regaldo G, Zanini A, Negri MG, Panepuccia L, Todros T. A randomised controlled trial of moxibustion for breech presentation. BJOG. 2005;112(6): 743-747.				
	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País Italia.</p> <p>Diseño estudio ECA.</p> <p>Patrocinio Universidad de Turín.</p> <p>Jadad 3.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación A.</p> <p>Cálculo muestral Sí, 260 pacientes (130 por grupo).</p>	<p>Grupo A Moxibustión en BL67 por una a dos semanas.</p> <p>Grupo B Observación.</p> <p>Duración estudio 1 - 2 semanas.</p> <p>Duración seguimiento 1-2 semanas.</p> <p>Antecedentes acupuntores No corresponde, cada paciente se hacía la moxibustión en casa.</p>	<p>N total = 123 Grupo A = 65 Grupo B = 58</p> <p>Criterios de inclusión Mujeres nulíparas, no chinas, en buen estado de salud, con biometría fetal normal, de 32 - 33 semanas \pm 3 días de edad gestacional confirmada con ecografía, presentación fetal de nalgas.</p> <p>Criterios de exclusión Rechazo a la aleatorización, defecto de pelvis, cirugía uterina previa, malformaciones uterinas y fetales, fibroide > 4 cm, embarazo gemelar, terapia con tocolíticos, otras complicaciones del embarazo.</p> <p>Edad Media de 31 años.</p> <p>Sexo Mujeres 100%.</p> <p>Co-intervenciones Sólo se permitió moxa en el grupo no asignado a otra intervención.</p> <p>Variable principal Proporción de presentaciones cefálicas.</p>	<p>Proporción de presentación cefálica A la semana 35 Grupo A: 22 / 65 (34%) Grupo B: 21 / 58 (36%) RR 0,95 (IC99% 0,59 - 1,5)</p> <p>Al parto* Grupo A: 34 / 65 (52%) Grupo B: 29 / 57 (51%)</p> <p>Nota*: en 21 pacientes se realizaron maniobra de versión externa después de la semana 37, de las cuales fueron exitosas 12.</p> <p>Recuento de la actividad fetal (movimientos) Hubo una diferencia no significativa entre los dos grupos. 1º semana Grupo A: 254 (media) 209 (mediana) Grupo B: 220 (media) 121 (mediana)</p> <p>En el grupo moxa hubo dos partos pretérmino (uno por rotura prematura de membrana después de 5 días de tratamiento y el segundo luego de una relación coital después de 10 días de tratamiento). Hubo un caso de sangrado posterior a la maniobra de versión externa. En el grupo control no hubo casos de rotura prematura de membrana pero hubo un parto en la semana 37 por placenta abrupta en el seno marginal. Los recién nacidos de estas pacientes no presentaron consecuencias. Los fetos con piernas extendidas (en la primer ecografía; 18 / 68 (27%)) presentaron menor porcentaje de versión cefálica que los que presentaban piernas flexionadas (22 / 48 (46%)), esto es para la población completa. Mujeres menores de 31 años presentaron mejores resultados que las mayores de 31 años, independientemente del grupo asignado. 25 / 56 (45%) a la semana 35 en mujeres jóvenes vs. 17 / 64 (27%) en las mayores. Hubo más versiones cefálicas a la semana 35 en mujeres con bajo nivel educacional vs. alto nivel o educación universitaria: 14 / 30 (47%) vs. 28 / 89 (29%). La diferencia en el grupo moxa fue de 56% vs. 26%, mientras que en el grupo control ambos subgrupos presentaron la misma proporción (33%) a la semana 35.</p>	<p>Efectos adversos Las pacientes se quejaban de intolerancia al olor de la moxa, náuseas y molestias en fauces, disturbios físicos (14 casos), dolor abdominal por contracciones (11 casos) otros menos frecuentes.</p> <p>Abandonos Grupo A: 14 / 65 (22%) Grupo B: 1 / 58 (2%)</p> <p>Conclusiones Este estudio no confirma los resultados del estudio original realizado en China. No se pueden sacar conclusiones válidas sobre la eficacia de la moxibustión en la versión cefálica. El estudio mostró las dificultades socioculturales que implica este tipo de intervención (medicina china) en una población hospitalaria de Italia.</p> <p>Limitaciones (de autores) Limitaciones durante el estudio por factores socioculturales.</p> <p>Comentarios - Estudio simple ciego - Solo reclutan el 46% de pacientes del cálculo muestral - Corto período de tratamiento - Este estudio es similar al estudio de Cardini et al (1998) que se realizó en mujeres chinas - Hubo una baja adherencia en las mujeres de Italia con un 22% de abandonos comparado con 7% del estudio de China</p>

Problemas relacionados con el climaterio

Nedstrand E, Wijma K, Wyon Y, Hammar M. Vasomotor symptoms decrease in women with breast cancer randomized to treatment with applied relaxation or electro-acupuncture: a preliminary study. *Climacteric* 2005; 8(3): 243-250.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
<p>País Suecia.</p> <p>Diseño estudio ECA.</p> <p>Patrocinio <i>Swedish Medical Research Council.</i></p> <p>Jadad 2.</p> <p>Enmascaramiento de la asignación A.</p> <p>Cálculo muestral No hay datos.</p>	<p>Grupo A Relajación, 12 sesiones de relajación progresiva, una sesión semanal de 60 minutos.</p> <p>Grupo B Electroacupuntura, dos veces por semana por 30 minutos en las primeras dos semanas y luego una sesión por semana por 10 semanas. Puntos: 4 agujas en región lumbar a 2 Hz corriente alterna. BL15, BL23, BL32 bilateral, HT7, SP6 y SP9, LR3, PC6 y GV20 unilateral.</p> <p>Duración estudio 12 semanas.</p> <p>Duración seguimiento 3 y 6 meses.</p> <p>Antecedentes acupuntores No hay datos.</p>	<p>N total = 38 Grupo A = 19 Grupo B = 19</p> <p>Criterios de inclusión - Mujeres con antecedentes de cáncer de mama que finalizaron el tratamiento - Con menopausia espontánea o inducida - Síntomas vasomotores moderados a severos</p> <p>Criterios de exclusión No hay datos.</p> <p>Edad Media de 31 años.</p> <p>Sexo Mujeres 100%.</p> <p>Co-intervenciones Sólo se permitió moxibustión en el grupo no asignado ninguna otra intervención.</p> <p>Variable principal Nº de sofocos Índice de Kupperman</p>	<p>Grupo relajación Se observa una reducción significativa de los sofocos y del índice de Kupperman con respecto a sus valores basales a partir de la semana 4. Las diferencias se mantienen en el seguimiento de los 6 meses.</p> <p>Hubo 5 mujeres que tomaban tamoxifeno; este subgrupo de pacientes presentó la mejoría a partir de la semana 12 del tratamiento.</p> <p>Electroacupuntura Se observa una reducción significativa de los sofocos y del índice de Kupperman con respecto a sus valores basales a partir de la semana 4. Las diferencias se mantienen en el seguimiento de los 6 meses.</p> <p>Hubo tres pacientes que tomaban tamoxifeno; este subgrupo de pacientes presentó la mejoría a partir de la semana 12 del tratamiento.</p>	<p>Efectos adversos No hay datos.</p> <p>Abandonos Grupo A: 5 / 19 (26%) Grupo B: 2 / 19 (11%)</p> <p>Conclusiones Los autores consideran que ambas intervenciones deberían considerarse en estudios posteriores para el manejo de estos síntomas en mujeres con antecedentes de cáncer de mama.</p> <p>Limitaciones (de autores) - Bajo número de pacientes incluidas - Alta tasa de abandonos.</p> <p>Comentarios - Estudio abierto - Corto período de tratamiento. - No describe método de aleatorización. - No describe análisis por intención de tratar - Resultados intragrupos</p>

Patologías prostáticas

Yu Y, Kang J. Clinical studies on treatment of chronic prostatitis with acupuncture and mild moxibustion. J Tradit Chin Med 2005; 25(3): 177-181.				
	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
País China. Diseño estudio ECA, abierto. Patrocinio No hay datos. Jadad 1. Enmascaramiento de asignación B. Cálculo muestral No hay datos.	Grupo A Acupuntura. Puntos: BL23, BL25, BL54, CV3, CV4, SP6, ST28, CV6. Luego moxibustión. Sesiones de 20 minutos. Un curso duraba 1 vez / día, por 10 días, luego 5 días de lavado y así sucesivamente hasta los 3 cursos. Grupo B Ídem anterior pero sin moxibustión. Duración estudio 30 días. Duración seguimiento 45 días. Antecedentes acupuntores No hay datos.	N total = 200 Grupo A = 100 Grupo B = 100 Criterios de inclusión Pacientes con prostatitis crónica (no hay más datos). Criterios de exclusión No hay datos. Edad Rango 22 - 48 años. Sexo Hombres 100%. Co-intervenciones No hay datos. Variable principal No hay datos.	Medidas de resultados poco claras, datos presentados en valores absolutos. Hubo una tasa de efectividad a favor del grupo activo (acupuntura + moxibustión) 100% vs. 91% del grupo control. Mejoría significativa de los parámetros ecográficos a favor del grupo activo con respecto a sus valores basales (análisis intragrupo). No hubo diferencias entre los grupos.	Efectos adversos No hay datos. Abandonos No hay datos. Conclusiones La acupuntura con moxibustión podría mejorar la prostatitis crónica. Limitaciones (de autores) No hay comentarios. Comentarios - Baja calidad metodológica, faltan datos - Estudio abierto - No hay datos claros de criterios de inclusión y exclusión - Estudio que parece una cohorte comparativa, sólo menciona que las intervenciones fueron aleatorizadas - Faltan datos del seguimiento de los pacientes y no realizaron análisis por intención de tratar

Ricci L, Minardi D, Romoli M, Galosi AB, Muzzonigro G. Acupuncture reflexotherapy in the treatment of sensory urgency that persists after transurethral resection of the prostate: a preliminary report. *NeuroUrol Urodyn* 2004; 23(1): 58-62.

	Intervenciones	Participantes	Resultados	Comentarios
País Italia. Diseño estudio ECA, abierto. Patrocinio No hay datos. Jadad 1. Enmascaramiento de asignación B. Cálculo muestral No hay datos.	Grupo A Placebo por 3 meses. Grupo B Oxibutinina 5 mg 2 veces / d por 3 meses. Grupo C Electroestimulación por acupuntura reflexoterápica. Puntos: CV1, CV2, CV4, CV5, BL21, BL23, BL32. Duración estudio 4 semanas. Duración seguimiento 3 y 12 meses. Antecedentes acupuntores No hay datos.	N total = 54 Grupo A = 20 Grupo B = 19 Grupo C = 15 Criterios de inclusión Pacientes con síntomas irritativos del tracto urinario inferior. Criterios de exclusión Obstrucción persistente de vejiga, infecciones urinarias concomitantes, hiperactividad del detrusor, hiperreflexia en el llenado de cistometría, cáncer de próstata o vejiga, diabetes, enfermedades neurológicas, traumatismos, enfermedades de transmisión sexual, medicamentos que interfieran en la función vesical, prostática. Edad Media de 64,7 años. Sexo Hombres 100%. Co-intervenciones No hay datos. Variable principal No hay datos.	Volumen prostático A los 3 y 12 meses la media del volumen prostático no se modificó en forma significativa en ninguno de los tres grupos. Puntuación de síntomas y calidad de vida Los resultados del I-PPS (<i>International Prostate Symtoms Score</i>) y I-PPS QoL (<i>Quality of Life</i>) mejoraron significativamente en el grupo acupuntura, a los 3 y 12 meses con respecto a sus valores basales ($p < 0,001$). Número de micciones diarias El número de micciones diarias no se modificó en el grupo control; disminuyó un 8% en el grupo del fármaco (oxibutinina) y un 20% en el grupo acupuntura. Número de micciones nocturnas El número de micciones nocturnas no disminuyó en el grupo control; disminuyó un 20% en el grupo oxibutinina y un 60% en el grupo acupuntura. Adherencia al tratamiento Grupo A (control): 70% Grupo (oxibutinina): 79% Grupo C (acupuntura): 87%.	Efectos adversos Boca seca en 6% del grupo control y 68% del grupo oxibutinina. No hubo otros efectos adversos. Abandonos Grupo A = 6 / 20 (30%) Grupo B = 4 / 19 (21%) Grupo C = 2 / 15 (14%) Conclusiones Esta técnica mostró ser beneficiosa en la urgencia sensitiva que persiste posterior a una resección prostática transuretral. Limitaciones (de autores) - Bajo número de pacientes - Corto período de tratamiento Comentarios - Baja calidad metodológica, faltan datos - Estudio abierto - Bajo número de pacientes en cada grupo - Alta tasa de abandonos - No realizan análisis por intención de tratar

Tablas de acontecimientos adversos de la acupuntura en diferentes situaciones de salud

Tema	Tipos de estudio Autores / Año	Acontecimientos adversos
ACV	RS	<p>Nueve ensayos registraron los eventos adversos posiblemente relacionados con la acupuntura. Entre los 386 pacientes que recibieron acupuntura, sólo seis informaron eventos adversos moderados o graves y tres de ellos interrumpieron el tratamiento. En el grupo control, un paciente presentó dificultad para tolerar la acupuntura simulada debido a la ansiedad. Por lo tanto, el riesgo de eventos adversos graves con acupuntura fue posiblemente menor al 1,55%. Los eventos adversos posibles con acupuntura incluyeron dificultad para tolerar la estimulación debido a dolor desagradable y ansiedad, infección del brazo, mareos y hematomas graves en los puntos de acupuntura (en dos pacientes que recibieron tratamiento con heparina o warfarina)</p> <p>Un estudio informó vértigos severos, no hay más datos.</p> <p>No hay datos</p> <p>No hay datos</p> <p>Un paciente con episodio de convulsiones durante la sesión de acupuntura</p> <p>Hematomas en los puntos de inserción.</p>
	Zhang 2005	
	Park 2001	
	Sze 2002, Thomas 2005	
	ECA	
	Alexander 2004, Kong 2005, Moon 2003, Rorsman 2006, Seki 2005, Wayne 2005	
	Park 2005	
Schuler 2005		

Tema	Tipos de estudio Autores / Año	Acontecimientos adversos
ADICCIONES	RS D'Alberto 2004 Mills 2005 Gates 2006 ECA Berman 2004, Margolin 2005 Trupler 2003 Zeng 2005	No hay datos Dolor y miedo a las agujas se informaron en varios estudios. Ningún estudio informó sobre el porcentaje de pacientes que presentaron efectos adversos. No hay datos Dolor en la inserción de las agujas. No hubo No hay datos
ASMA	RS Kleijmen 1991, Martin 2002, Mac Carney 2006	No hay datos en ninguno de ellos.
COLON IRRITABLE	ECA Forbes 2005 Schneider 2005, Fireman 2001	No hubo No hay datos
DEMENCIA DE ORIGEN VASCULAR	ECA Yu 2006	No hubo
DEPRESIÓN	RS Mukaiino 2005 Smith 2006 ECA Manber 2004 Quah-Smith 2005	Datos de un solo ensayo, grupo antidepresivos: ECG anormal 23% vs 0% grupo acupuntura, elevación de GPT 55% vs 0% grupo acupuntura. La información sobre los efectos adversos fue limitada. Han (1986) describió los efectos adversos para el grupo de acupuntura solamente. El 10% de los sujetos describió alteraciones del sueño, el 7% cefaleas y 7%, cansancio. El grupo que recibió fármacos notificó efectos adversos en relación con la sensación de boca seca, constipación, pirosis, somnolencia y cefaleas, aunque no se presentaron los datos. Luo (1988) informó de que los efectos adversos en el grupo de amitriptilina fueron significativamente más frecuentes que en el grupo de acupuntura. Luo (1998) recogió 138 eventos adversos en el grupo de acupuntura; entre los cuales las cefaleas (n = 26), las palpitaciones (n = 16) y la sensación de boca seca (n = 16) fueron los más frecuentes. En el grupo que recibió fármacos, 342 sujetos registraron efectos adversos leves; los más frecuentemente reportados fueron las palpitaciones (n = 43), la sensación de boca seca (n = 42), y el cansancio físico (n = 38). No hay datos Grupo acupuntura láser 29% Grupo acupuntura láser simulada 17% Los más frecuentes fueron: fatiga, insomnio, boca seca y cefaleas, todos fueron leves y transitorios.
ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA	RS Pittler 2005	No hay datos

Tema	Tipos de estudio Autores / Año	Acontecimientos adversos
ENURESIS NOCTURNA	RS Glazener 2005, Bower 2005	No hay datos en las revisiones.
EPILEPSIA	RS Cheuk 2005	No hubo efectos adversos en ninguno de los ensayos incluidos.
ESQUIZOFRENIA	RS Rathbone 2005	Los síntomas extrapiramidales informados en Zhang (1991) fueron inferiores en el grupo de acupuntura y ningún participante informó sobre este efecto adverso. El grupo control presentó un número significativamente mayor y ocho de diez personas informaron síntomas extrapiramidales (n = 21; RR 0,05; IC 95% 0,0 a 0,8; NNT 2; IC 95% 2 a 8). Gang (1997) informó acerca de las puntuaciones de TESS a las seis semanas y los resultados favorecieron significativamente el grupo de acupuntura (n = 40; DMP -0,50; IC95% -0,9 a -0,1). Zhang (1991) halló que las incidencias de los síntomas extrapiramidales fueron similares para ambos grupos de tratamiento.
INFERTILIDAD	ECA Dieterle 2006, Paulus 2002, Paulus 2003 Westergaard 2006, Zhang 2001	No hay datos en ninguno de los ensayos.
INSOMNIO	ECA Guerreiro Da Silva 2005 Kim 2004, Mc Cullough 2005	Una paciente con equimosis en el sitio de punción No hay datos en los ensayos.
NÁUSEAS Y VÓMITOS	RS Ezzo 2006, Jewell 2006 Lee 2006 ECA Melchart 2006 Reindl 2006 Streitberger 2004 Butkovic 2005, Habek 2004, Neri 2005	No hay datos en las revisiones. En términos generales, los efectos secundarios asociados con la estimulación del punto de acupuntura P6 fueron menores. No se observaron efectos secundarios para los pacientes que recibieron acupuntura en varios ensayos. En un ensayo, se informó dolor en el sitio de acupuntura. No hubo diferencias significativas en la incidencia del enrojecimiento y la irritación en el sitio de punción entre el grupo de estimulación del punto de acupuntura P6 y el grupo de tratamiento simulado. Los pacientes se quejaron de sensación de cansancio y somnolencia durante la estimulación con electroacupuntura. No se observaron efectos secundarios en las personas que recibieron ondansetrón. La inquietud fue más frecuente en el grupo de droperidol que en el grupo de acupuntura. Cinco pacientes, un hematoma en el grupo acupuntura, un hematoma en el grupo acupuntura control y en el uso de bandas de acupresión (un hematoma, un eczema y una irritación de piel). Un paciente dolor con las agujas. Un paciente con hematoma en el grupo acupuntura, dos pacientes con hematoma en el grupo acupuntura simulada. Reacción alérgica a la cinta adhesiva 5 pacientes en cada grupo. No hay datos en los ensayos.
OBESIDAD	RS Ernst 1997 Pittler 2005 ECA Hsu 2005, Hsu 2005 (b)	No hay datos Una fractura de tibia en el grupo acupuntura y no hay más datos. Tres pacientes leves equimosis, y un paciente con malestar abdominal, no hubo efectos adversos mayores.

Tema	Tipos de estudio Autores / Año	Acontecimientos adversos
PARÁLISIS DE BELL	RS He 2004	No hay datos
	ECA Li 2004	No hay datos
PATOLOGÍAS PROSTÁTICAS	ECA Ricci 2004	Boca seca en 6% grupo control y 68% grupo oxibutinina.
	ECA Yu 2005	No hay datos
PROBLEMAS OBSTÉTRICOS	RS Smith 2004	No hay datos
INDUCCIÓN DE PARTO	ECA Ziaei 2006	No hay datos
	RS Coyle 2005	Dos ECA informaron la presión y sensación de opresión en epigastrio por la presión cefálica en los órganos maternos. No se registraron en el ensayo de Neri alteraciones de la frecuencia cardiovascular ni contracciones uterinas prematuras.
PRESENTACIÓN NO CEFÁLICA	ECA Cardini 2005	Las pacientes se quejaban de intolerancia al olor de la moxibustión, náuseas y molestias en fauces, disturbios físicos (14 casos), dolor abdominal por contracciones (11 casos) otros menos frecuentes.
SÍNTOMAS RELACIONADOS CON CLIMATERIO	RS Carpenter 2005, Nelson 2005	No hay datos en las revisiones.
	ECA Nedstrand 2005	No hay datos
TABAQUISMO	RS Ashenden 1997, White 2006	No hay datos en las revisiones.
TINNITUS	RS Park 2000	No hay datos
XEROSTOMÍA	RS Jedel 2005	Dos ensayos del mismo autor informaron cansancio y pequeñas hemorragias en los puntos de puntura. (no hay más datos) El tercer ECA no da información al respecto.



9 788496 990098

Precio: 6,00€



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

www.msc.es