

Eficacia de la acupuntura en el dolor crónico y cuidados paliativos.

Efficacy of acupuncture in
chronic pain and palliative care.
Executive summary.

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2008

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

AETSA 2006/24



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO



Ministerio de Sanidad y Consumo

A/E Agencia de Evaluación
T/S de Tecnologías Sanitarias



JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD

Eficacia de la acupuntura en el dolor crónico y cuidados paliativos

Efficacy of acupuncture in
chronic pain and palliative care.
Executive summary.

Martínez Pecino, Flora

Eficacia de la acupuntura en el dolor crónico y cuidados paliativos. Flora Martínez Pecino, Ivan Solá Arnau, María Betina Nishishinya Aquino.- Sevilla: *Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía*; Madrid: *Ministerio de Sanidad y Consumo*, 2007.

88 p.; 24 cm.-

1. Evaluación de Tecnología Biomédica 2. Analgesia por Acupuntura 3. Dolor 4. Cuidados Paliativos / 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. *Centro Cochrane Iberoamericano (Barcelona)*.

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

Revisores: Jaime Boceta Osuna. Hospitalización domiciliaria. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. Presidente de la Sociedad Andaluza de Cuidados Paliativos.

Juan Antonio Guerra de Hoyos. Coordinador Plan del Dolor. Distrito de Atención Primaria Sevilla.

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: 978-84-935877-3-4

NIPO: 354-07-027-1

Depósito Legal: SE-2507-2008

Imprime: GRAFITRES, S.L. - Utrera (Sevilla)

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 el dolor crónico y cuidados paliativos

Efficacy of acupuncture in
chronic pain and palliative care.
Executive summary.



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO



Ministerio de Sanidad y Consumo

Agencia de Evaluación
de Tecnologías Sanitarias



Conflicto de Interés

Los autores declaran que no tienen intereses que puedan competir con el interés primario y los objetivos de este informe e influir en su juicio profesional al respecto.

Índice

Resumen Ejecutivo	11
Executive Summary	15
Introducción	19
Descripción de la tecnología	22
Técnicas de acupuntura	23
Objetivos	25
Material y Métodos	27
Estrategia de búsqueda	27
Criterios de inclusión y de exclusión	28
Métodos de valoración, síntesis y clasificación final de la evidencia	30
Resultados	33
Eficacia	37
Dolor crónico	37
Dolor crónico genérico	37
Fibromialgia / fibrositis	39
Cervicalgias	42
Dolor de hombro	45
Epicondilitis	48
Artritis reumatoide	49
Osteoartrosis de rodilla y cadera	51
Síndrome femoro-patelar	57
Dolor neuropático	58
Dismenorrea primaria	60
Otros dolores: Distrofia simpática refleja (DSR) y síndrome del dolor regional complejo (SDRC)	61

Otros dolores: Síndrome del túnel carpiano	62
Cuidados paliativos	63
Discusión	67
Referencias	73
Conclusiones	81
Anexo I. Estrategia de búsqueda	85
Anexo II. Checklist de validez interna de las revisiones.	87

Índice de Tablas y Figuras

Tabla 1. Criterios de inclusión y de exclusión	29
Tabla 2. Número de trabajos por patologías o dolencias hasta el 2005	34
Tabla 3. Número de trabajos tras la actualización de la búsqueda (julio 2006)	35

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 el dolor crónico y cuidados paliativos, como proyecto a desarrollar en el marco del convenio de colaboración para el desarrollo del Plan Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Objetivos: Evaluar la eficacia de la acupuntura en el dolor crónico y en los cuidados paliativos.

Metodología: Para la elaboración de este documento nos hemos basado principalmente en una revisión global (overview), más amplia que el objetivo que nos atañe 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, actualizada al año 2005, así como en una actualización hasta julio de 2006 siguiendo la misma metodología, dado el volumen de publicaciones que surgía durante la realización de la misma.

La revisión 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 nuevos ensayos clínicos publicados.

En este informe nos hemos centrado en los resultados sobre la eficacia de la acupuntura en el dolor crónico (dolor crónico genérico, fibromialgia / fibrositis, cervicalgias, dolor de hombro, codo del tenista, artritis reumatoide, osteoartritis de rodilla y cadera, síndrome femoro-patelar, dolor neuropático, dismenorrea primaria, otros dolores: distrofia simpático refleja y síndrome del dolor regional complejo (abarca la distrofia simpática refleja), síndrome del túnel carpiano) y cuidados paliativos.

Resultados: Para este documento hemos contado con los resultados de 52 estudios: 25 revisiones sistemáticas (RS) y 24 ensayos clínicos aleatoriza-

dos (ECA) sobre dolor crónico y 2 RS y 1 ensayo clínico sobre cuidados paliativos.

Estos estudios forman parte de una revisión más amplia, en la que se contaba con 40 revisiones localizadas a partir de más de 3.000 referencias y 37 ensayos incluidos en total a partir de 2.300 registros recuperados por las búsquedas bibliográficas hasta el 2005, así como, 5 revisiones sistemáticas y 22 ensayos clínicos de 318 referencias localizadas para la actualización hasta julio de 2006.

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.

- Se han clasificado como *Intervenciones beneficiosas* o de eficacia demostrada por una evidencia clara procedente de revisiones sistemáticas y/o ensayos clínicos de razonable calidad y consistencia.

La acupuntura, para el alivio del dolor y mejoría de la función articular a corto plazo en la *osteoartrosis de rodilla*, en comparación con la acupuntura simulada o el permanecer en lista de espera.

La acupuntura adyuvante al tratamiento médico con analgésicos, para el tratamiento del dolor y la capacidad funcional en pacientes con *osteoartritis de rodilla*, comparado con el tratamiento médico sólo con analgésicos.

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

La acupuntura, comparada con la acupuntura simulada, para el tratamiento del dolor en la fibromialgia a medio plazo.

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

La electroacupuntura, comparada con la electroacupuntura simulada, para el tratamiento a corto plazo del dolor en la *fibromialgia*.

La electroacupuntura, para el tratamiento del *dolor de hombro*.

La acupuntura, comparada con la acupuntura simulada y con el control médico habitual, para el alivio del dolor en la dismenorrea primaria.

La acupuntura, comparada con ningún tratamiento, para el alivio del dolor y mejoría de la función articular a largo plazo en el síndrome femoro-patelar.

La auriculopuntura, para el alivio del dolor neuropático en pacientes con *cáncer*, comparada con la auriculopuntura simulada.

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

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.

En los estudios incluidos en el informe no se han encontrado datos de coste-efectividad, hemos profundizado en este aspecto, encontrando diferentes estudios de coste efectividad sobre la acupuntura, pero ninguno centrado en el dolor crónico en las patologías o dolencias enmarcadas en el informe.

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.

La tablas con la síntesis de los resultados de los estudios evaluados pueden encontrarse en:

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/aetsa>

Y como 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 in the management of chronic pain and in palliative care, as a project to be developed in the context of the agreed collaboration supporting the Quality Plan of the National Health System.

Objectives: To evaluate the efficacy of acupuncture in the management of chronic pain and in palliative care.

Methodology: To conduct this document, we have based principally on an overview that is broader than the target subject, performed in collaboration with the Iberoamerican Cochrane Center and the Iberoamerican Cochrane Network, on the efficacy of acupuncture in pain management, updated to 2005; it is also based on an update carried out to July 2006, based on the same methodology, in light of the volume of material that was published during the review.

The review is based on the following:

- An overview of the systematic reviews on the efficacy of acupuncture in the management of pain.
- An update of the results of the overview, completed with data from trials published more recently.

For this report, we have focused on the results related to the efficacy of acupuncture in the management of chronic pain (general chronic pain, fibromyalgia/fibrositis, cervical disc pain, shoulder pain, tennis elbow, rheumatoid arthritis, knee and hip osteoarthritis, femoral-patellar pain syndrome, neuropathic pain, primary dysmenorrhoea; and other forms of pain: reflex sympathetic dystrophy, complex regional pain syndrome (which includes reflex sympathetic dystrophy) and carpal tunnel syndrome) and in palliative care.

Results: The document features data from 52 studies: 25 systematic reviews and 24 randomised clinical trials focused on chronic pain, and 2 systematic reviews and 1 clinical trial focused on palliative care.

These studies are part of wider research incorporating 40 reviews, found among more than 3,000 references, and 37 trials, sourced from 2,300 registers recovered through bibliographical searches until 2005, as well as 5 systematic reviews and 22 trials from 318 references found in the July 2006 update.

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.

- The following interventions have been classified as *beneficial* or as having an efficacy that is demonstrated by clear evidence in systematic reviews and/or clinical trials of reasonable quality and consistency:

Acupuncture to alleviate pain and improve functionality in *knee osteoarthritis* in the short term, compared with simulated acupuncture or on the waiting list for treatment.

Acupuncture in combination with prescribed analgesics to treat pain and functionality of the joint in patients with *knee osteoarthritis*, compared with prescribed analgesics alone.

- The following intervention has been classified as being *probably beneficial* or as having demonstrated fairly clear efficacy, but not as conclusively as in the previous case.

Acupuncture, compared with simulated acupuncture, for the management of fibromyalgia in the medium term.

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

Electro-acupuncture, compared with simulated electro-acupuncture, for the short-term management of pain in *fibromyalgia*.

Electro-acupuncture for the management of *shoulder pain*.

Acupuncture, compared with simulated acupuncture and with standard care, in alleviating pain in primary dysmenorrhoea.

Acupuncture, compared with no treatment, to alleviate pain and improve long-term functionality in femoral-patellar pain syndrome.

Auriculopuncture for the management of neuropathic pain in *cancer* patients, compared with simulated auriculopuncture.

- All other interventions assessed in this report 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:

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 suggested by the available data.

The studies covered in this report did not provide data to assess cost-effectiveness. We have analysed this aspect in more detail, have found several cost-effectiveness studies for acupuncture generally, but none specifically addressing the management of chronic pain in the conditions covered by this report.

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

Tables with synthesis of data of assessed studies can be found in:

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/aetsa>

And as PDF file in the CD-ROM attached to this book

Introducción

Sobre el dolor crónico se pueden encontrar diferentes definiciones, hay revisiones que lo definen como aquél que tiene una duración mayor de tres meses, sin discriminar el origen del dolor (Ezzo 2000). En este documento se ha optado por la de la Sociedad Americana de Anestesiología que define el dolor crónico como “*dolor episódico o persistente con una duración y/o intensidad que afecta el funcionamiento o bienestar del paciente, atribuible a cualquier etiología no maligna*”. Esta sociedad científica no clasifica el dolor crónico según el sistema afectado (American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management, 1997).

Existe variabilidad en la estimación de la prevalencia del dolor crónico en España, oscilando entre el 23,4% y el 11% de la población española (Carr D, 2003; Rodríguez López M, 2004).

El origen del dolor es complejo y puede relacionarse con diferentes condiciones o patologías fibromialgia / fibrositis, cervicalgias, dolor de hombro, codo del tenista, artritis reumatoide, osteoartritis de rodilla y cadera, síndrome femoro-patelar, dolor neuropático, dismenorrea primaria, distrofia simpática refleja (DSR), síndrome del dolor regional complejo¹ (SDRC), síndrome del túnel carpiano y lumbalgia, entre otros.

Del mismo modo el dolor puede asociarse con situaciones de enfermedad avanzada o terminal que requieren cuidados paliativos.

El dolor crónico puede provocar un deterioro de la capacidad funcional, afectando al trabajo y a determinadas situaciones sociales, así como ocasionar trastornos del sueño, alteraciones del humor, como ansiedad y depresión. En ocasiones puede relacionarse con accidentes laborales. Se relaciona con un aumento de comorbilidad al dejar de usar la parte del cuerpo afectada por el dolor, al relacionarse con el abuso y mala utilización de los medicamentos, y con invalideces, en ocasiones sin relación clara con los hallazgos físico / médicos encontrados (Wisconsin Medical Society Task force on Pain Management, 2004). Por lo tanto, con el tratamiento del dolor se pretende restaurar la función, reducir el dolor, mejorar el sueño, reducir el problema afectivo, permitir la vuelta al trabajo, etc.

Es difícil la evaluación del dolor, ya que no hay ninguna escala de medición que abarque todas las dimensiones de la experiencia dolorosa, no existen instrumentos de medición fiables, la mayoría de los instrumentos

¹ Actualmente tiende a considerarse la distrofia simpática refleja como una de las dos categorías que agrupa el síndrome regional complejo (el tipo uno se refiere al síndrome causalgia y dolor de miembro fantasma y el tipo dos a la distrofia simpática refleja).

que se usan son autorreferidos... Existen muchas opciones de tratamiento tanto farmacológicas como no farmacológicas pero pese a estas muchos casos de dolor crónico se comportan como resistentes al tratamiento, utilizándose la combinación de diferentes técnicas, bajo la dirección de un médico con el objetivo de sumar efectos positivos o reducir efectos adversos:

- Terapias físicas: mediante movimientos pasivos y activos, insensibilización, actuando sobre el tono y la fuerza.
- Terapias farmacológicas: AINES, antidepresivos, antagonistas α -adrenérgicos, medicamentos estabilizadores de membrana y opiáceos...
- Terapias mediante bloqueo regional.
- Terapias mediante la inyección de corticosteroides.
- Terapias con neuroestimulación.
- Técnicas neuroablative.
- Terapias psicológicas.

Para el tratamiento del dolor se pueden utilizar terapias denominadas terapias no convencionales (TNC), también llamadas alternativas, complementarias, naturales o tradicionales. El uso de este tipo de terapias está aumentando progresivamente, encontrándonos porcentajes de utilización en población general que llegan al 48% en Australia, al 70% en Canadá, al 42% en EEUU, al 38% en Bélgica y a un 75% en Francia. Entre estas opciones se encuentra la acupuntura que puede ser utilizada junto con los tratamientos convencionales o separada de la medicina convencional.

En cuanto a los cuidados paliativos, se pueden encontrar diferentes definiciones en este informe hemos optado por la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que define los cuidados paliativos como *“abordaje que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, haciendo frente a los problemas asociados con enfermedades que amenazan la vida, mediante la prevención y alivio del sufrimiento, mediante la identificación temprana y evaluación impecable y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos psicosociales y espirituales”*. (WHO, 2002)

Los cuidados paliativos se asociaban a muerte inminente, sin embargo hoy en día se aplican en etapas anteriores del curso de enfermedades progresivas. Hay diferentes situaciones clínicas que suelen requerir una atención y unos cuidados importantes, en las etapas finales de la enfermedad como el cáncer, el SIDA, las enfermedades de motoneurona, la insuficiencia cardiaca, la hepática, etc. Aunque todas son importantes, tradicionalmente los cuidados paliativos se han centrado en los pacientes oncológicos [www.secpal.es (accedido 23/1/2006)].

En Andalucía fallecieron, en 1999, un total de 14.450 personas como consecuencia del cáncer, lo que supone 23,6% del total de defunciones (Consejería de Salud, 2002a).

El dolor oncológico va a depender en el 78% de los casos de la enfermedad, influyendo la localización del tumor, metástasis y el estadio evolutivo; en el 19%, de los tratamientos oncológicos y, en el 3% restante, dependerá de procesos distintos a la enfermedad tumoral. En un mismo paciente pueden presentarse dos o más dolores distintos (Consejería de Salud, 2002b). El dolor oncológico, suele acompañarse de síntomas vegetativos, alteraciones del sueño, anorexia, estreñimiento, cambio de personalidad que afecta de forma importante la vida diaria del paciente.

Para el tratamiento del dolor en cuidados paliativos se utilizan diferentes estrategias: tratamiento farmacológico que, siguiendo la escala analgésica de la OMS, va desde analgésicos (ácido acetilsalicílico, paracetamol, salicilatos, metimazol), hasta opioides (codeína, dihidrocodeína, tramadol, fentanilo, morfina, metadona, etc.). Se usan también, co-analgésicos que incrementan el efecto o reducen la toxicidad de los analgésicos.

También se utilizan quimioterapia y radioterapia para aliviar el dolor de las metástasis óseas, técnicas invasivas para producir bloqueos periféricos, tronculares, bloqueos centrales, etc. La eficacia de algunas de estas intervenciones están respaldadas por ensayos clínicos de alta calidad metodológica (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2000).

Sin embargo, el manejo del dolor en cuidados paliativos requiere un abordaje integral y no siempre se resuelve con el tratamiento convencional recurriéndose a otras medidas no convencionales como la musicoterapia, las terapias psicológicas, la estimulación eléctrica transcutánea, utilización de frío y calor, así como la acupuntura.

Progresivamente, se ha desarrollado un mayor número de estudios, incluidos ensayos clínicos, para evaluar la eficacia de la acupuntura en el control del dolor. En los últimos años, también se han realizado numerosas revisiones sistemáticas y metaanálisis con el mismo propósito.

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 el control del dolor crónico, 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 movilizado, 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 las ven-

tosas se pueden combinar con la sangría para facilitar esta última técnica.

- **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 el dolor crónico y en los cuidados paliativos.

Para operativizar el objetivo nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Es la acupuntura eficaz para el control del dolor en personas mayores de dieciséis años con dolor crónico en diferentes patologías, así como en los cuidados paliativos, comparada con cualquier otra intervención o tratamiento estandar según la patología estudiada?

Material y Métodos

Para la elaboración de este documento nos hemos basado principalmente en una revisión global (*overview*), más amplia que el objetivo que nos atañe 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, actualizada al año 2005, así como en una actualización hasta julio de 2006 siguiendo la misma metodología, dado el volumen de publicaciones que surgía durante la realización de la misma.

La revisión 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 ECA.

En este informe nos hemos centrado en los resultados sobre la eficacia de la acupuntura en el dolor crónico y cuidados paliativos.

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 Biblioteca 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 durante la realización de la revisión 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 cumplieran 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).

Tabla1. 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.

En este informe nos hemos centrado en la **eficacia de la acupuntura en cuidados paliativos y en el dolor crónico**.

Hay diferentes maneras de definir el dolor crónico, pero la Sociedad Americana de Anestesiología define “*dolor crónico al dolor episódico o persistente con una duración y/o intensidad que afecta el funcionamiento o el sentirse bien (well being) del paciente, atribuible a cualquier etiología no maligna*”. Esta Sociedad no clasifica el dolor crónico según el sistema afectado (No autores 1997). Otras revisiones (Ezzo 2000) sobre dolor crónico lo definen como aquél que tiene una duración mayor de tres meses, sin discriminar el origen del dolor.

Para este informe se han incluido en este apartado las revisiones sistemáticas de las siguientes patologías:

- Dolor crónico genérico
- Fibromialgia / fibrositis
- Cervicalgias
- Dolor de hombro
- Codo del tenista
- Artritis reumatoide
- osteoartritis de rodilla y cadera
- Síndrome femoro-patelar
- Dolor neuropático
- Dismenorrea primaria
- Otros dolores: distrofia simpático refleja y Síndrome del dolor regional complejo (SDRC)
- Otros dolores: Síndrome del túnel carpiano

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.

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.

Se realizó una valoración global de la validez de todos los estudios incluidos a partir de la información aportada para cada uno de los criterios específicos comentados, clasificándolos del siguiente modo:

- 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 (-)

Todos los estudios incluidos en el informe se resumieron en tablas descriptivas recogidas en el Anexo III. 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.

Resultados

Para este documento hemos contado con los resultados de 52 estudios: 25 RS y 24 ECA sobre dolor crónico y 2 RS Y 1 ensayo clínico sobre cuidados paliativos.

Estos estudios forman parte de una revisión más amplia, en la que se contaba con 40 revisiones localizadas a partir de más de 3.000 referencias y 37 ensayos incluidos en total a partir de 2.300 registros recuperados por las búsquedas bibliográficas hasta el 2005, así como, 5 revisiones sistemáticas y 22 ensayos clínicos de 318 referencias localizadas para la actualización hasta julio de 2006.

En la Tabla 2 se exponen el número de trabajos por patologías o dolencias localizados inicialmente, así como los excluidos e incluidos en el documento hasta el 2005 y en la Tabla 3 el número de estudios valorados detalladamente, así como el número de estudios incluidos y excluidos tras la actualización, en las patologías o dolencias incluidas en este informe.

Tabla 2. Número de trabajos por patologías o dolencias hasta el 2005.

PATOLOGÍAS O DOLENCIAS	RS iniciales	RS excluidas	RS incluidas	ECA iniciales	ECA excluidos	ECA incluidos
DOLOR CRÓNICO	45	23	22	27	11	16
Dolor Crónico general	12	9	3	0	0	0
Fibromialgia / fibrositis	4	2	2	0	0	0
Cervicalgias	3	2	1	8	3	5
Dolor de hombro	4	1	3	3	2	1
Epicondilitis	3	0	3	0	0	0
Artritis reumatoide	1	0	1	0	0	0
Osteoartrosis de rodilla y cadera	7	4	3	11	3	8
Síndrome femoro-patelar	3	2	1	2	1	1
Dolor neuropático	0	0	0	1	0	1
Dismenorrea primaria	3	2	1	2	2	0
Otros dolores: distrofia simpática refleja, síndrome del dolor regional complejo	2	1	1	0	0	0
Otros dolores: síndrome del túnel carpiano	3	0	3	0	0	0
CUIDADOS PALIATIVOS	5	4	1	1	0	1
TOTAL	50	27	23	28	11	17

Tabla 3. Número de trabajos tras la actualización de la búsqueda (julio 2006).

PATOLOGÍAS O DOLENCIAS	Estudios valorados detalladamente	RS incluidas	Estudios excluidos	ECA incluidos
DOLOR CRÓNICO	91	3	80	8
Dolor Crónico general				
Fibromialgia / fibrositis	7		3	4
Cervicalgias	16		14	2
Dolor de hombro	5		5	
Epicondilitis	3		3	
Artritis reumatoide	4	2	2	
Osteoartrosis de rodilla y cadera	17	1	14	2
Síndrome femoro-patelar				
Dolor neuropático	29		29	
Dismenorrea primaria	8		8	
Otros dolores: distrofia simpática refleja, síndrome del dolor regional complejo				
Otros dolores: síndrome del túnel carpiano	2		2	
CUIDADOS PALIATIVOS	9	1	8	
TOTAL	100	4	88	8

Eficacia

Dolor Crónico

Dolor Crónico Genérico

1. Resultados de la búsqueda

Revisiones sistemáticas. Se identificaron 12 revisiones de las cuales 9 se excluyeron por ser revisiones narrativas (Richardson 1986, Berman 2001), revisiones globales u overviews (Morris 1996, Fargas-Babjak 2001, Ramey 2001, Vickers 2002, Birch 2004), revisiones sobre aspectos metodológicos de los estudios en acupuntura (Lee 2000) o por analizar la combinación de la inserción de agujas con la inyección local de fármacos en puntos gatillo (Cummings 2001). Así, pues, finalmente se incluyeron 3 revisiones sistemáticas sobre acupuntura en el dolor crónico (Ezzo 2000, ter Riet 1990, Patel 1989).

Ensayos clínicos aleatorizados. No se identificaron ensayos clínicos posteriores a las revisiones sistemáticas.

2. Calidad de la evidencia

La calidad de las tres revisiones identificadas se correlaciona con la fecha de su publicación. Así, la revisión más reciente (Ezzo 2000) es de moderada calidad metodológica (+), mientras que las otras dos (ter Riet 1990, Patel 1989) son de una peor calidad. Es razonable suponer que la baja calidad de estas revisiones se deba principalmente a la fecha en que se publicaron y a la ausencia de datos acerca de los métodos en el informe.

3. Eficacia de la acupuntura

La revisión de mejor calidad (Ezzo 2000) utilizó la escala de Jadad para puntuar 51 ECA que evaluaron la eficacia de la acupuntura en pacientes con dolor crónico, definido como aquél que tenía una duración mayor de tres meses. La revisión evaluó el número de sesiones recibidas, el número de puntos utilizados, la manipulación de la energía “de qi” y el tipo de acupuntura empleada (si fue individualizada o estándar para cada paciente). Sólo el número de sesiones recibidas parece correlacionarse con unos resultados favorables.

Los autores de la revisión observaron que los estudios en cuyo grupo control se aplicaba acupuntura simulada (se les insertaba agujas en los sitios no acupunturales) presentaban una tasa proporcionalmente mayor de mejoría en comparación con los grupos control inertes como el TENS simulado o la administración de comprimidos de azúcar. Este hecho lleva a los autores a afirmar que la utilización de la acupuntura simulada no es fisiológicamente inerte.

Los estudios fueron, en general, de baja calidad metodológica, incluyendo pocos pacientes (una media de 15). La evidencia de que la acupuntura sea más eficaz que la no administración de tratamiento, el placebo, la acupuntura simulada o los cuidados estandarizados es limitada o no concluyente. Los resultados de los estudios se relacionaron de forma inversamente proporcional según la calidad de los mismos.

No se proporcionan datos sobre los efectos adversos.

La revisión de ter Riet 1990 también incluyó 51 estudios sobre acupuntura (excluyeron las técnicas con electrodos de superficie y la acupuntura láser) en pacientes con dolor crónico definido como aquél que tenía una duración mayor de 6 meses. Evaluaron la calidad metodológica de los estudios con una escala ad hoc desarrollada por los mismos autores (escala de 0-100 puntos), observando que se necesitan más estudios, más homogéneos y con buen diseño metodológico, dado que ningún estudio tuvo una puntuación de más del 62% de la escala empleada. Ante la falta de estudios de calidad metodológica suficiente, los autores concluyen que la eficacia de la acupuntura para el tratamiento del dolor crónico no está demostrada.

No se proporcionan datos sobre los efectos adversos.

La revisión con metanálisis de Patel 1989 incluyó 14 estudios sobre acupuntura en el dolor crónico (no presentan definición del dolor crónico). No hay criterios claros sobre cómo se evaluó la calidad metodológica de los estudios. De los 14 estudios, dos presentaron una peor evolución en el grupo activo, en 4 estudios el grupo de acupuntura fue mejor y en el resto de los estudios (n=8) no hubo diferencias en los resultados finales entre los grupos evaluados. Clasificaron los estudios en tres grupos de forma arbitraria: lumbalgia, cabeza-cuello y otros. Los grupos que recibieron acupuntura personalizada tuvo una mejor evolución que aquellos que se les ofreció una técnica estandarizada. Se observa heterogeneidad entre todos los estudios.

La eficacia de la acupuntura para el tratamiento del dolor crónico no es concluyente. No se proporcionan datos sobre los efectos adversos.

4. Resumen de la evidencia

- No hay evidencia suficiente para determinar que la acupuntura es mejor que la acupuntura simulada en el manejo del dolor crónico.
- La evidencia es escasa cuando se compara la eficacia de la acupuntura con otros tipos de intervenciones.
- No hay evidencias suficientes (estudios metodológicamente muy variables, pocos pacientes en los estudios, etc) para apoyar o rechazar el uso de la acupuntura en el manejo de los pacientes con dolor crónico.
- Son necesarios más estudios de mejor calidad con unos criterios de inclusión más precisos en cuanto al dolor crónico genérico.

Fibromialgia / Fibrositis

1. Resultados de la búsqueda

De once estudios elegibles se excluyeron cinco, una revisión por no ser sistemática (Targino 2002) un informe de tecnologías sanitarias (AHRQ Report 2003) por ser una actualización de otras revisiones en forma de revisión global, que además no identificó más ensayos que los incluidos en la revisión de Berman 1999 y dos estudios (Goldenberg 2004, Singh 2006) por no cumplir criterios metodológicos de inclusión, y un último estudio (Li 2006) por ser una publicación en chino.

Se incluyeron por tanto 6 estudios, 2 revisiones sistemáticas (Holdcraft 2003, Berman 1999) y 4 ensayos clínicos aleatorizados (Assefi 2005, Martin 2006, Harris 2005 y Sandberg 2004).

2. Calidad de la evidencia

Revisiones sistemáticas. Una revisión (Berman 1999) fue de alta calidad, mientras que la otra revisión (Holdcraft 2003) presenta calidad de moderada a baja ya que es una revisión centrada en las diferentes alternativas complementarias para el manejo de la fibromialgia / fibrositis y le faltan datos sobre la metodología empleada. No se evaluó el sesgo de publicación, ni se realizó análisis de sensibilidad teniendo en cuenta la calidad de los estudios.

Ensayos clínicos. Tres de los ensayos incluidos fueron de buena calidad: Assefi 2005 y Martin 2006 fueron ensayos a doble ciego con un seguimiento a medio plazo (más de 6 meses), y Harris 2005 fue un ensayo simple ciego con un porcentaje de pérdidas considerable.

El cuarto estudio incluido (Sandberg 2004) fue un ensayo de mala calidad: era un ensayo cruzado con pocos participantes (n=15). Por otro lado, las variables de resultado evaluadas en el estudio no eran relevantes para los pacientes.

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas. Las dos revisiones sistemáticas evaluaron la eficacia de la acupuntura en la fibromialgia / fibrositis frente a acupuntura simulada o antidepresivos. Los resultados de Berman 1999 se basan en un único ensayo clínico aleatorizado controlado comparando electroacupuntura con electroacupuntura simulada (Deluze 1992) en el que la electroacupuntura demostró resultados positivos en el grupo activo comparado con el grupo placebo para 5 de los 8 resultados medidos. El problema principal de este estudio es que la duración del tratamiento es de 3 semanas, y siendo la fibromialgia / fibrositis una enfermedad crónica con exacerbaciones y remisiones, sería necesario un estudio que realizara un seguimiento a largo plazo.

La segunda revisión (Holdcraft 2003) incluye dos ensayos clínicos aleatorizados controlados: uno de ellos es Deluze 1992 y el otro es un abstract de congreso (Feldman 2001) cuyos hallazgos se presentan como positivos. El grupo control recibió antidepresivos pero no hay demasiada información al respecto.

Ensayos clínicos.

Acupuntura versus acupuntura simulada.

Dolor: La acupuntura mostró mejoras significativas en los niveles de dolor después del tratamiento (duración del tratamiento entre 2 y 12 semanas). Un estudio con 114 mujeres (Harris 2005) registró mejoras de hasta el 35% en los niveles de dolor, independientemente de la localización y la estimulación de las agujas. Los resultados estaban relacionados con el número de sesiones recibidas (el tratamiento fue más efectivo con 3 sesiones semanales que con 1 sola; P=0,039).

Otro estudio de buena calidad (Assefi 2005; n=100) mostró resultados similares: la acupuntura comportó mejoras significativas en los niveles de dolor de las mujeres, pero no hubo diferencias entre el grupo de acupuntura y acupuntura superficial. El estudio mostró que el tratamiento ofrecía resultados a lo largo de la primera semana de tratamiento, se atenuaban entre ésta y la octava semana, se mantuvieron de la 8^a a la 12^a, y disminuyeron entre el tercer y sexto mes post-tratamiento.

Otro ensayo pequeño (Martin 2006; n=50) con un tratamiento de 3 semanas de duración, mostró diferencias significativas en los niveles de dolor entre el grupo de acupuntura y el de acupuntura simulada 1 mes después del tratamiento (puntuación del grupo de acupuntura en el Fibromialgia Impact Questionnaire: $4,7 \pm 2,4$ frente a la puntuación del grupo acupuntura simulada en el FIQ: $5,9 \pm 2,3$; $P=0,09$).

Por último, un ensayo pequeño y de mala calidad (Sandberg 2004; n=15) con un tratamiento de 2 semanas de duración, mostró índices en relación con el dolor mejores en el grupo de inserción profunda, en comparación con el de inserción cutánea.

Fatiga: Un estudio de buena calidad (Assefi 2005; n=100) observó valores ligeramente superiores, pero no significativos, respecto a la fatiga de las mujeres tratadas con acupuntura en comparación con las tratadas con acupuntura simulada. Otro ensayo (Martin 2006; n=50) mostró mejores niveles de fatiga en las mujeres tratadas con acupuntura real al mes de seguimiento (puntuación del grupo acupuntura en el FIQ: $5,6 \pm 2,7$ frente a la puntuación del grupo acupuntura simulada en el FIQ: $7,7 \pm 2,1$; $P=0,001$).

Otras variables de resultado: Un estudio pequeño de buena calidad (Martin 2006; n=50) mostró una mejora significativa en los niveles de ansiedad de las mujeres que recibieron acupuntura comparadas con las mujeres en el grupo de acupuntura simulada (puntuación del grupo acupuntura en el FIQ: $2,6 \pm 2,3$ comparada con la puntuación del grupo acupuntura simulada en el FIQ: $5,1 \pm 2,6$; $P=0,003$). Cabe comentar que en el grupo de acupuntura simulada no hubo inserción de las agujas, hecho que podría llegar a explicar estos resultados.

El estudio de Assefi 2005 (n=100) mostró resultados superiores en el grupo de acupuntura simulada para las variables relacionadas con la calidad del sueño y el bienestar general en comparación con el grupo de acupuntura real (NS).

El estudio cruzado de Sandberg 2004 (n=15) evaluó como variable principal el cambio en el flujo sanguíneo entre las intervenciones activas, y un grupo de pacientes sin fibromialgia. Los dos grupos de estimulación (acupuntura y acupuntura superficial) aumentaron el flujo sanguíneo tras la inserción de las agujas.

4. Resumen de la evidencia

- Los resultados de los estudios identificados sugieren que la acupuntura es una intervención probablemente beneficiosa para el tratamiento a medio plazo del dolor cuando se compara con la acupuntura simulada.

- Por otro lado la acupuntura es una intervención de eficacia desconocida para el tratamiento de la fatiga en mujeres con esta dolencia.
- Es importante considerar una limitación en relación con la evaluación del posible efecto de la acupuntura para esta dolencia. La fibromialgia es un cuadro clínico con una localización del dolor difusa y expandida por todo el cuerpo. Este hecho complica la elección de los puntos tradicionales de acupuntura adecuados.
- La acupuntura muestra una cierta eficacia para la mejora de los niveles de ansiedad comparado con la acupuntura simulada. Sin embargo son necesarios más estudios y mejor diseñados para poder demostrar esta asociación.
- Existe una evidencia limitada de que la electroacupuntura es mejor que la electroacupuntura simulada en el tratamiento a corto plazo de la fibromialgia / fibrositis. Además de estudios de alta calidad que reproduzcan estos resultados son necesarios estudios con un seguimiento de los pacientes a medio y largo plazo, ya que fibromialgia/fibrositis es una enfermedad crónica.

Cervicalgias

1. Resultados de la búsqueda

De 27 estudios evaluados a texto completo. Se incluyeron finalmente 8 estudios, una revisión sistemática (White 1999) y 7 ensayos tras la actualización de la revisión de White 1999 (He 2004, White 2004, Irnich 2001, Zhu 2001, Birchs 1998, Agnier 2006, He 2005). He 2005 era un subanálisis de un estudio ya incluido (He 2004).

Se excluyeron 19 estudios por las siguientes razones: dos revisiones (White 2002 y Kjellman 1999), una de ellas (White 2002) por no ser una revisión sistemática sobre eficacia sino una revisión de los problemas metodológicos encontrados en la confección de una revisión sistemática tomando como ejemplo las revisiones sobre tratamiento del dolor cervical; y la segunda (Kjellman 1999), por ser una revisión de los ensayos clínicos aleatorizados sobre dolor cervical y estar centrada en el análisis metodológico de los estudios sin dar información sobre sus resultados.

Los otros 17 estudios se excluyeron por las siguientes razones: uno (Irnich 2002) porque se trataba de una comparación entre diversos métodos de acupuntura, Sator-Katzenschlager 2003 por ser una comparación de Auriculopuntura eléctrica frente a Auriculopuntura manual, Nabeta 2004 incluía pacientes con patologías del hombro y cuello pero no discriminaba

los resultados según la localización del dolor. Cinco estudios porque los datos están incluidos (2 de manera independiente (Birch 1998, Irnich 2001) y 3 en revisiones analizadas (Coan 1982, David 1998, Petrie 1983). Los datos de otros cinco estudios no cumplieron los criterios metodológicos adecuados para su inclusión (Ernst 2005, He 2004, Zhu 1998, Zhu 2002, Weiner 2004), y por último otros 4, un estudio por ser una publicación en alemán (Konig 2003), y 3 estudios porque evaluaban la eficacia de técnicas que no son el objetivo de este informe (Chiu 2005, Farina 2004, White 2000).

2. Calidad de la evidencia

Revisiones sistemáticas. La revisión (White 1999) es de buena calidad, aunque debido a la heterogeneidad clínica detectada en los diferentes ensayos incluidos, no realiza una combinación de los resultados a través de un metanálisis.

Ensayos clínicos aleatorizados. De los 7 estudios incluidos cuatro son de buena calidad metodológica, con puntuaciones de Jadad 3 y 4 (He 2004, White 2004, Irnich 2001, Zhu 2001). El estudio de Zhu tiene un diseño cruzado (cross-over) por lo que es probable que la escala de Jadad no refleje adecuadamente la calidad del estudio, dado que existen particularidades de este tipo de estudios no valoradas por esta herramienta.

Uno de los ensayos incluidos (He 2005) fue un estudio pequeño (n=24) simple ciego, que enmascaró la intervención a las participantes en el estudio con un seguimiento a largo plazo (3 años). El estudio es una segunda publicación del ensayo clínico He 2004 ya incluido, en el que se valoraba la eficacia de la acupuntura en un grupo muy específico de participantes (mujeres con profesiones sedentarias). Para este informe se presentan los resultados autoevaluados correspondientes a variables socio-psicológicas. Por último se incluyeron dos estudios de baja calidad. Uno (Birchs 1998), con puntuación de Jadad 1. El otro (Aigner 2006) aportó pocos datos sobre la generación de la aleatorización y su ocultación, incluyendo a pocos participantes (n=50), y presentando resultados poco interpretables.

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas. La revisión analiza 14 ensayos, de los cuales siete estudios presentaron resultados negativos y siete resultados positivos. De los estudios de alta calidad (n=8), cinco fueron negativos. La acupuntura fue mejor que la lista de espera en un ensayo e igual o superior a la fisioterapia en tres ensayos. La acupuntura con agujas no fue superior a la acupuntura simulada en 4/5 ensayos. La estimulación láser en puntos de acupuntura fue superior al láser simulado en 2/3 ensayos.

Los autores de la revisión concluyen que no hay suficiente evidencia que respalde el uso de acupuntura en el tratamiento del dolor cervical.

Adicionalmente, se identificaron dos revisiones complementarias (Paola 2003, Smith 2000), aunque ambas se excluyeron. Una (Paola 2003) no cumplía con los criterios de inclusión y la otra (Smith 2000) incluyó ensayos de cervicalgia y lumbalgia pero sin discriminar los resultados según localización del dolor.

Ensayo clínico aleatorizado. Un ensayo (White 2004) evaluó la eficacia de la acupuntura comparada con estimulación eléctrica transcutánea, en 135 pacientes con dolor cervical crónico mecánico. Hubo una mejoría significativa del dolor a corto plazo (1-5 semanas) a favor de la acupuntura, pero clínicamente la diferencia no fue importante.

Un ensayo (He 2004) incluye una población muy definida (mujeres oficinistas) en las que evalúa la combinación de acupuntura y auriculopuntura comparado con placebo. Se observa una mejoría del dolor a corto y largo plazo.

Un tercer ensayo (Irmich 2001) compara acupuntura con masajes y láser simulado. Observa una mejoría significativa a corto plazo (1 semana) de la acupuntura comparada con masajes pero no con el láser simulado, los efectos desaparecen en el control a largo plazo.

El ensayo cruzado (Zhu 2002) observa una mejoría significativa en la intensidad y duración del dolor, EVA y NDI con respecto a los valores basales en el grupo que recibe acupuntura en la primera fase del estudio. En el análisis de los resultados de la segunda fase (después de un período de lavado de 3 semanas), no hubo diferencias entre los grupos evaluados; los pacientes que habían recibido acupuntura en la primera fase presentaron mejores resultados, por lo que los autores concluyen que la acupuntura podría tener un beneficio a largo plazo (16 semanas).

En un ensayo de mala calidad (Birchs 1998), se compara la acupuntura con acupuntura simulada y con el uso de analgésicos. Se observa a corto plazo una disminución del consumo de analgésicos, pero no muestra beneficios de la acupuntura a medio y largo plazo. La experiencia previa y la confianza de los pacientes en la intervención ayudaban a predecir el beneficio de la misma.

El estudio de He 2005 compara la acupuntura frente a la acupuntura simulada mostrando en cuanto a las variables socio-psicológicas: que las mujeres que recibieron acupuntura vieron menos afectada su capacidad para trabajar que las mujeres del grupo control ($P < 0,04$) a medio y largo plazo (6 meses y 3 años después de un tratamiento de 4 semanas). El estudio solamente ofrece resultados gráficos por lo que es complicado valorar

el tamaño del efecto. Los autores relacionan esta mejora en los niveles del estado físico con una mejora en el estado psicológico.

Un estudio de poca calidad (Aigner 2006; n=50) en el que se comparaba acupuntura frente a acupuntura láser mostró que la acupuntura láser (3 sesiones durante 3 semanas) no es eficaz para el tratamiento de los pinzamientos derivados de un latigazo producido por el cinturón de seguridad. El estudio no observó diferencias significativas en los niveles de dolor entre los grupos de acupuntura láser y acupuntura láser simulada (datos numéricos no aportados).

4. Resumen de la evidencia

- No hay suficiente evidencia que respalde el uso de acupuntura en el tratamiento del dolor cervical.
- La acupuntura láser no es eficaz para el tratamiento de cervicalgias derivadas de latigazos producidos por el cinturón de seguridad.
- Existe escasa evidencia de que la acupuntura sea mejor que la acupuntura simulada en el manejo del dolor cervical y por tanto, no hay suficientes pruebas que respalden el uso de la acupuntura en esta indicación.
- La acupuntura intensiva mostró ser eficaz en relación con la mejora de la actividad en los puestos de trabajo y también respecto a diversas variables sociales y psicológicas de mujeres con dolor de cuello, con una duración del efecto de hasta 3 años. Sin embargo, todavía no existen suficientes pruebas como para apoyar el uso de acupuntura en el tratamiento de la cervicalgia considerando variables de tipo psicosocial.
- Hay un ensayo que presenta un mayor beneficio a muy corto plazo de la acupuntura con respecto al masaje en esta dolencia.

Dolor de Hombro

1. Resultados de la búsqueda

Se seleccionaron siete estudios cuatro revisiones (Green 2005, Grant 2004, Michener 2004, Alvarez-Nemegyei 2003) de las cuales una (Alvarez-Nemegyei 2003) se excluyó por no ser sistemática y 3 ensayos clínicos publicados en el año 2004 (Guerra de Hoyos 2004, He 2004, Nabeta 2004), de los que se excluyeron dos; uno (Nabeta 2004) por no incluir pacientes con patología del hombro y el otro (He 2004) por no discriminar los resultados según el dolor de hombro y el dolor cervical.

Tras actualizar la búsqueda hasta julio de 2006 se seleccionaron 5 estudios para una evaluación más detallada. Ninguno de estos estudios cumplió con los criterios de inclusión: 2 estudios ya estaban incluidos (Gilbertson 2003, Guerra de Hoyos 2004), 2 estudios evaluaban técnicas que no son el objetivo de este informe (DiLorenzo 2004, Pan 2003), y un último estudio (Molsberger 2004) no ha publicado todavía sus resultados.

De todos modos para esta dolencia se tomaron los datos de un subgrupo de pacientes con dolor de hombro del ensayo aleatorizado simple ciego incluido en el capítulo de cervicalgia (He 2005).

2. Calidad de la evidencia

Revisiones sistemáticas. La revisión sistemática Cochrane (Green 2005) es de alta calidad, mientras que otra revisión (Michener 2004) es de moderada calidad metodológica y la última revisión (Grant 2004) es de baja calidad.

Ensayos clínicos aleatorizados.

El ensayo clínico incluido (Guerra de Hoyos 2004) es de alta calidad con una puntuación en la escala de Jadad de 5. Los datos acerca la calidad metodológica del ensayo de He 2005, son los comentados en el apartado de cervicalgias.

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas. La revisión Cochrane (Green 2005) identifica 9 estudios sobre acupuntura y dolor de hombro, todos de baja calidad metodológica, realizando la comparación de acupuntura y auriculopuntura con placebo y otras intervenciones.

En la comparación de acupuntura frente a acupuntura simulada se incluyen sólo 2 estudios, los cuales no encontraron diferencias entre los grupos de intervención, aunque el número de participantes era escaso. La acupuntura mostró beneficios en comparación con el placebo en la puntuación de Constant Murley (mide función del hombro) a las 4 semanas. Esta diferencia inicial entre grupos se mantenía a los 4 meses pero sin significación clínica (un cambio de 3,53 puntos sobre 100).

En cuanto a la auriculopuntura, un estudio piloto pequeño mostró algún beneficio de la acupuntura tradicional más movilización y de la auriculopuntura más movilización versus movilización sola.

Varios estudios compararon la acupuntura con una variedad de intervenciones (inyección de esteroides, sesiones de ultrasonidos, movilización o ejercicios) sin que se encontraran diferencias entre los grupos evaluados. Cuando se comparó la electroacupuntura frente a bloqueo ganglionar,

hubo una mejoría a favor del grupo que recibió el bloqueo. En un estudio con pacientes en sillas de ruedas se comparó la acupuntura frente a Trager (integración psicofísica) siendo los resultados similares entre los grupos. Cuando se compara la técnica de acupuntura superficial con la profunda, hay una mejoría significativa del dolor con la acupuntura profunda. La técnica del Jing Luo mejora la tasa de recuperación comparada con la acupuntura tradicional.

La revisión de Michener 2004 evalúa la eficacia de la rehabilitación en el síndrome de pinzamiento subacromial mediante varias intervenciones: ejercicios, terapia manual, láser terapia, ultrasonidos y la acupuntura. Con respecto a esta última sólo identifica dos estudios, uno de moderada calidad metodológica y el otro de baja calidad. Ambos estudios presentan resultados inconsistentes entre sí.

La revisión de Grant y cols, centrada en la patología del manguito rotador, evalúa intervenciones quirúrgicas (a cielo abierto, artroscopia) y no quirúrgicas (electroterapia, fisioterapia, ejercicios, ondas de choque, láser terapia, aspiración con aguja y acupuntura). En acupuntura identifica un estudio de 1999 que evaluó acupuntura tradicional frente a placebo en 52 pacientes, encontrado resultados contradictorios.

Nota: las dos últimas revisiones identifican ensayos que ya están incluidos en la revisión (Green 2005)

Ensayos clínicos aleatorizados. El estudio de Guerra de Hoyos 2004 evaluó la electroacupuntura según la medicina tradicional china comparada con acupuntura simulada en 130 pacientes con dolor de hombro de origen en partes blandas. Los autores observaron que, ya a las 7 semanas y en los controles de 3 y 6 meses, el grupo que recibió la intervención activa presentaba una mejoría significativa de los parámetros de dolor, discapacidad, rango de movilidad articular y calidad de vida, y que tuvieron un menor consumo semanal de antiinflamatorios con respecto al grupo control. Sólo el grado de satisfacción a los 6 meses no fue diferente entre los grupos.

En cuanto a los efectos adversos, en el grupo acupuntura hubo algunos pacientes con debilidad, mareos, dispepsia, ansiedad y hematomas en los sitios de puntura. En el grupo control se registraron casos de dispepsia y ansiedad. No hubo efectos adversos serios ni hubo abandonos por los mismos.

En cuanto a las variables psicosociales, los resultados presentados por He 2005 (Acupuntura versus acupuntura simulada) respecto a las mujeres que recibieron acupuntura son los mismos que los mostrados en el apartado sobre cervicalgia. Los autores asumieron que el dolor de cuello quedaba vinculado al dolor de hombro, por lo que no diferenció los resultados de las variables aportadas respecto al origen de la dolencia.

4. Resumen de la evidencia

- No hay evidencia suficiente para determinar que la acupuntura es mejor que la acupuntura simulada en el manejo del dolor de hombro. Sin embargo un ensayo clínico reciente de alta calidad (posterior a la última revisión sistemática) describe efectos beneficiosos de la electroacupuntura comparada con el placebo.
- La evidencia es escasa cuando se compara la eficacia de la acupuntura con otras intervenciones (inyecciones de esteroides, ultrasonidos, ejercicios, movilización, Trager, etc.) o diversas técnicas de acupuntura entre sí (superficial, profunda, técnica de Jing Luo, etc.).
- A pesar de que la acupuntura parece ser eficaz sobre las variables psicosociales provocadas por el dolor de hombro, se requieren más ensayos de alta calidad que permitan determinar adecuadamente el efecto de la acupuntura real sobre estas variables de resultado.
- Por tanto, no hay pruebas suficientes (pocos estudios y metodológicamente muy variables) para apoyar o rechazar el uso de la acupuntura en el manejo de los pacientes con dolor de hombro.

Epicondilitis

1. Resultados de la búsqueda

Se identificaron tres revisiones sistemáticas que fueron incluidas. Así como 3 originales que se excluyeron por sus características metodológicas (Assendelft 2003, Mellor 2003), o por estar publicados en alemán (Anónimo 2004).

Dos revisiones (Trinh 2004, Green 2001) fueron específicamente realizadas para la evaluación de la eficacia de la acupuntura en el tratamiento de esta patología. La tercera (Trudel 2004) es una revisión de la eficacia de los tratamientos conservadores para la epicondilitis entre los cuales se incluye la acupuntura.

No se identificaron ensayos clínicos posteriores a las revisiones sistemáticas identificadas.

2. Calidad de la evidencia

De las tres revisiones incluidas, sólo la revisión Cochrane (Green 2001) es de alta calidad metodológica. La revisión de Trinh 2004 presenta calidad intermedia y la de Trudel 2004, baja calidad.

3. Eficacia de la acupuntura

Todas las revisiones apuntan un posible efecto positivo de la acupuntura en la evolución del codo del tenista sólo a muy corto plazo. No hay datos sobre la magnitud de la mejoría ni sobre los efectos a largo plazo.

La revisión de Trudel 2004 que evalúa las distintas intervenciones identifica 5 ensayos sobre acupuntura, pero no hace ningún comentario final sobre este tratamiento.

Todos los ensayos que se incluyen en las revisiones mencionadas están realizados en grupos reducidos de pacientes que reciben tratamientos diferentes (en cuanto a las técnicas, los puntos utilizados y los grupos comparados), por lo que existe una heterogeneidad considerable entre los ensayos disponibles.

La calidad de los ensayos es muy variable, la recogida de los datos no es uniforme en cuanto a qué y cómo se mide, y la metodología utilizada en algunos está pobremente descrita.

4. Resumen de la evidencia

- La evidencia es demasiado escasa como para discernir la eficacia de la acupuntura de la epicondilitis.
- Se necesitan más estudios bien diseñados y a largo plazo para evaluar la eficacia de este tratamiento.

Artritis Reumatoide

1. Resultados de la búsqueda

Inicialmente se evaluaron 5 estudios de los que se excluyeron 2: Ai 2005 por ser un estudio en chino, y Brosseau 2003 porque evalúa una técnica que no está en los objetivos de este informe.

Los 3 estudios incluidos fueron revisiones sistemáticas: una revisión sistemática (Casimiro 2002), la actualización de la revisión Casimiro 2005 y Lee 2005a un estudio que aportó resultados para esta dolencia y para el capítulo de osteoartritis de rodilla.

2. Calidad metodológica

Revisiones sistemáticas. Revisión sistemática Cochrane (Casimiro 2002) es de alta calidad metodológica. Casimiro 2005, es una actualización de Casimiro 2002. En esta actualización no se identificó ningún estudio nuevo relevante, con respecto a los resultados comentados en el informe original.

Lee 2005a tiene una calidad metodológica moderada: incluyó tanto ensayos aleatorizados como ensayos no controlados (n=3). Las variables de resultado y su puntuación se basaron en criterios subjetivos.

Ensayos clínicos aleatorizados. No se identificaron ensayos clínicos posteriores a la revisión.

2. Eficacia de la acupuntura

La revisión Casimiro 2002 incluyó dos ensayos clínicos, ambos de baja calidad. El primero evaluó acupuntura frente a placebo y no observó diferencias significativas entre los dos grupos evaluados. El segundo comparó electroacupuntura versus placebo, observando una mejoría del dolor en la rodilla en el grupo activo a las 24 horas posteriores a la intervención, aunque este efecto se perdía en los controles del 1º, 2º y 3º mes. Los autores de la revisión concluyen que debido a la mala calidad de los ensayos no se pueden extraer conclusiones válidas.

La revisión de Casimiro 2005 no incluyó nuevos estudios con respecto a la versión de la revisión Casimiro 2002. No se observaron diferencias significativas entre la acupuntura y el placebo. Asimismo la baja calidad de los ensayos incluidos limita cualquier conclusión entorno a su eficacia.

Un ensayo clínico aleatorizado pequeño (n=80) incluido en la revisión de Lee 2005a, en el que se comparaba la Acupuntura con veneno de abeja frente a inyección salina en puntos de acupuntura registró una reducción en el número de articulaciones blandas hinchadas y en el agarrotamiento por las mañanas en el grupo tratado con acupuntura y veneno de abeja al final del tratamiento (2 meses), comparado con la inyección de un placebo en puntos de acupuntura.

El ECA de la revisión de Lee 2005a también mostró mejores resultados en el grupo de acupuntura y veneno de abeja que el grupo control después de 1 y 2 meses de tratamiento.

Los otros dos estudios incluidos en la revisión fueron ensayos no controlados y de baja calidad, que no aportaron datos fiables.

3. Resumen de la evidencia

- La evidencia sobre la eficacia de la acupuntura en la artritis reumatoide es escasa, debido a la mala calidad de los ensayos, el bajo número de pacientes incluidos y la heterogeneidad de los datos por tanto se puede considerar una intervención de eficacia desconocida para el tratamiento de la artritis reumatoide.

- Existe evidencia limitada de que la aplicación de veneno de abeja en las agujas puede mejorar los síntomas en las articulaciones de los pacientes con artritis reumatoide, así como sus niveles de dolor a corto plazo.

Osteoartrosis de Rodilla y Cadera

1. Resultados de la búsqueda

Revisiones sistemáticas. Se identificaron cinco revisiones sistemáticas (Pret 1994, Ernst 1997, Osiri 2000 Ezzo 2001, Ferrandez 2002) y dos informes de evaluación de tecnologías (AHRQ Report 2003; Institute for Clinical Systems Improvement 2000). Se excluyeron dos revisiones sistemáticas: una (Osiri 2000) debido a que no evaluó la eficacia de la acupuntura y la segunda (Ernst 1997) porque no realizó la valoración de la calidad metodológica de los estudios incluidos. También se excluyeron los dos informes de evaluación de tecnologías, la de AHRQ por no realizar la evaluación de la calidad de las revisiones y los ensayos clínicos incluidos, y la del ICSI por no describir la estrategia de búsqueda, además de ser una actualización del Consenso de Acupuntura de la NIH de 1997.

Finalmente, se incluyeron tres revisiones sistemáticas (Puett 1994, Ezzo 2001, Ferrandez 2002), de las cuales dos evalúan el efecto de la acupuntura en la osteoartrosis de rodilla (OA) (Ezzo 2001, Ferrandez 2002) y la tercera en la OA de cadera y rodilla (Puett1994).

Ensayos clínicos aleatorizados. Se identificaron 11 ensayos adicionales posteriores a las revisiones sistemáticas, de los que se excluyeron tres. Uno no era aleatorio (Tillu 2002). El segundo comparaba diferentes técnicas de acupuntura entre sí (agujas unilateral versus bilateral) (Tillu 2001). El tercer estudio excluido (Singh 2001) era un artículo que describía las variables demográficas, la historia médica o los datos de la evaluación de la osteoartrosis (OA) que tienen influencia en los resultados de la aplicación de la acupuntura. Este artículo sólo incluyó en el análisis a los pacientes que fueron tratados con acupuntura en otro ensayo y no a los pacientes del grupo control.

De los ocho artículos incluidos, tres estudiaron el efecto de la acupuntura en la OA de cadera (Fink 2001; Haslam 2001; Stenner-Victorin 2004) y cinco en la OA de rodilla (Berman 2004, Tukmachi 2004; Vas 2004, Sangdee 2002, Witt 2005).

Actualización de la búsqueda hasta julio de 2006. De 17 estudios valorados detalladamente, 14 no cumplieron criterios de inclusión: 6 estudios habían sido ya evaluados (Berman 2004, Sangdee 2002, Stener-Victorin 2004, Tukmachi 2004, Vas 2004, Witt 2005), 1 estudio no cumplió los criterios metodológicos adecuados (Brinkhaus 2003), 6 estudios evaluaron técnicas que no cumplen con los objetivos de este informe (Cheing 2002-2003-2004, Defrin 2005, Law 2004a-2004b), y finalmente 1 estudio (Li 2006) estaba publicado en chino.

Se han incluido datos de 1 revisión sistemática (Lee 2005a) que ya aportaba resultados al capítulo de artritis reumatoide, 1 ensayo aleatorizado simple ciego (Ng 2003) y finalmente 1 ensayo aleatorizado doble ciego (Scharf 2006).

La búsqueda no ha recuperado nuevos estudios sobre la eficacia de la acupuntura para la osteoartritis de cadera.

2. Calidad metodológica

Revisiones sistemáticas. Dos de las revisiones fueron de alta calidad (Ezzo 2001, Ferrandez 2002) y una de baja calidad (Puett 1994). En ninguna de las tres revisiones se evaluó el sesgo de publicación, y sólo una (Ezzo 2001) realizó un análisis de sensibilidad teniendo en cuenta la calidad de los estudios (que en general fue baja).

En el capítulo de artritis reumatoide se ha comentado que Lee 2005a tenía una calidad moderada. Uno de los ensayos clínicos incluidos (Ng 2003) era de mala calidad: era un estudio abierto sin encubrimiento de la asignación, y tenía una muestra muy pequeña (n=24). El estudio se desarrolló con población anciana (media de 85 años). El otro ensayo incluido (Scharf 2006) era de muy buena calidad: aleatorizado, con encubrimiento de la aleatorización y doble ciego, con un tamaño de la muestra considerablemente alto (n=1039).

Ensayos clínicos aleatorizados. De los ocho ECA incluidos, cuatro fueron de alta calidad (puntuación de Jadad ≥ 3) (Fink 2001, Vas 2004, Berman 2004, Witt 2005) y cuatro de baja calidad (Haslam 2001; Stener-Victorin 2004; Tukmachi 2004, Sangdee 2002). La baja puntuación fue principalmente consecuencia de la falta de cegamiento del evaluador y del paciente, en algunos casos inherente al diseño del estudio (comparación de acupuntura versus otros tipos de tratamiento).

Todos los estudios proporcionaron información sobre los pacientes perdidos durante el seguimiento, pero sólo cuatro estudios realizaron análisis por intención de tratar (Tukmachi 2004, Vas 2004, Berman 2004, Witt 2005).

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas.

I) Acupuntura versus acupuntura simulada. Las tres revisiones sistemáticas que evaluaron la eficacia de la acupuntura en la osteoartritis de cadera y/o rodilla, incluyeron estudios que comparaban la acupuntura frente a la acupuntura simulada (Puett 1994, Eso 2001, Ferrandez 2002).

La revisión de Puett evalúa la eficacia de la acupuntura en la OA de rodilla y cadera así como en otras localizaciones. Identificó dos ensayos, de los que sólo uno (Gaw 1975) comparó acupuntura versus acupuntura simulada, en 40 pacientes con OA de cuello, manos o articulaciones que soportan peso. No se observaron diferencias significativas entre los grupos (en ambos se observó una modesta mejoría del dolor con respecto a los valores iniciales). En el otro ensayo incluido en la revisión de Puett 1994, el grupo de acupuntura mostró un beneficio en el alivio del dolor comparado con la lista de espera.

Las otras dos revisiones limitan su estudio a la OA de rodilla. Una revisión (Ferrandez 2002) identificó 4 ensayos, de los cuales dos (Yurtkuran 1999, Takeda 1994) comparaban acupuntura versus acupuntura simulada. Ambos estudios son de baja calidad y presentan resultados inconsistentes, por lo que la revisión concluye que no hay evidencia de la eficacia de la acupuntura comparada con la acupuntura simulada.

La tercera revisión (Ezzo 2001) identificó 7 ensayos clínicos, de los cuales tres (Takeda 1994, Molsberger 1994, Petrou 1988) son de alta calidad y comparan acupuntura versus acupuntura simulada en OA de rodilla a corto plazo (< 1mes). Se observaron resultados positivos para el alivio del dolor en 2 de ellos, mientras que no hubo diferencias en la funcionalidad articular en ninguno de los 3 ensayos. A los 3 meses de seguimiento, sólo Molsberger 1994 informó de la persistencia del efecto.

II) Acupuntura frente a ningún tratamiento/tratamiento convencional (listas de espera de cirugía). Las tres revisiones evaluaron la eficacia de la acupuntura versus ningún tratamiento/tratamiento convencional (listas de espera de cirugía) en la OA de rodilla. Dos revisiones (Ezzo 2001, Ferrandez 2002) identificaron los mismos ensayos clínicos (Christensen 1992, Berman 1999), mientras que la tercera revisión (Puett 1994) sólo identificó el ensayo de Christensen 1992.

Ambos ensayos observaron una mejoría en el dolor y la función articular en los grupos que recibieron acupuntura a corto plazo. A medio plazo, Christensen evaluó a los pacientes respondedores a las 50 semanas post-tratamiento observando que el efecto beneficioso se mantenía con refuerzos mensuales.

Las revisiones sistemáticas difirieron en sus conclusiones debido a que hubo discrepancias en las puntuaciones de calidad de los ensayos y en las definiciones de los niveles de evidencia: Ezzo 2001 consideró a los dos estudios incluidos como de baja calidad y concluyó que la evidencia era limitada, mientras que Ferrandez 2002 calificó a uno de los estudios como de alta calidad y al otro de baja calidad y concluyó que la evidencia era moderada. Puett 1994 no hace ningún comentario sobre la calidad del único ensayo incluido.

III) Acupuntura comparada con fisioterapia. Una de las revisiones sistemáticas (Ezzo 2001) incluyó dos estudios (Ammer 1988, Milligan 1981) que evaluaron la eficacia de la acupuntura frente a la fisioterapia a corto plazo en OA de rodilla. Ambos estudios midieron el dolor y uno también la función articular. Los resultados no mostraron diferencias entre los grupos y la evidencia se consideró no concluyente.

Ensayos clínicos aleatorizados.

Osteoartritis de rodilla.

I) Acupuntura frente a acupuntura simulada. De los cinco ensayos que evalúan la acupuntura en la OA de rodilla, uno (Berman 2004) la comparan con la acupuntura simulada, otro (Vas 2004) combinada con el diclofenaco la compara con la acupuntura simulada.

En el ensayo de Berman 2004 la acupuntura mejoró las medidas de resultado comparada con la acupuntura simulada.

El ensayo de Vas 2004 evaluó la acupuntura más diclofenaco, siendo esta combinación más efectiva que la acupuntura simulada más diclofenaco. La mejoría fue significativa en los valores del WOMAC, de la Escala Analógica Visual (EVA), la funcionalidad y en el PQLC (escala que mide la calidad de vida en las enfermedades crónicas).

II) Acupuntura comparado con acupuntura mínima y con lista de espera. El estudio de Witt 2005 comparó la acupuntura tradicional china con la acupuntura mínima (inserción superficial de las agujas en puntos de no acupuntura) y con lista de espera, y encontró una mejoría significativa en todas las medidas de resultado evaluadas (siendo la medida de resultado principal el dolor y la disfunción a las 8 semanas según las puntuaciones en el WOMAC) favorable a la acupuntura tradicional.

III) Acupuntura comparado con medicación habitual. El estudio de Tukumachi 2004 comparó tres grupos: acupuntura, acupuntura más medicación

habitual, medicación habitual de la OA de rodilla. Observó una mejoría significativa de las medidas de resultado evaluadas en los grupos de acupuntura (sola y asociada a tratamiento habitual) con respecto al grupo que sólo recibió tratamiento convencional.

IV) Electroacupuntura frente a diclofenaco frente a placebo frente a electroacupuntura más diclofenaco. El último ensayo, de baja calidad metodológica (Sangdee 2002), comparó la electroacupuntura con electroacupuntura más diclofenaco, con diclofenaco y con placebo. Los autores observaron a las 4 semanas una mejoría significativa del dolor (EVA) y en las puntuaciones en el WOMAC y del índice de Lesquene a favor del grupo de electroacupuntura sola.

V) Acupuntura con veneno de abeja frente a acupuntura tradicional. Un ensayo clínico aleatorizado pequeño (n=80) incluido en la revisión de Lee 2005a, mostró una reducción del dolor significativa en el grupo de pacientes que recibieron veneno de abeja adyuvante a la acupuntura tradicional, comparado con la acupuntura tradicional sola.

VI) Electroacupuntura comparada con TENS y con cuidados básicos de la rodilla. El ensayo de Ng 2003 mostró mejoras significativas en los niveles de dolor tras 2 semanas de tratamiento tanto para el grupo de electroacupuntura como el de TENS (cambios del 28%, medidos mediante una EVA), sin diferencias significativas entre ambas intervenciones. No obstante, la mejora en el grupo de acupuntura se mantuvo tras 2 semanas post-tratamiento, resultado que no se observó en el grupo de TENS. La acupuntura también mostró mejores resultados que un grupo control que recibió un programa de cuidados básicos de la rodilla.

El ensayo no mostró cambios significativos en la capacidad pasiva de movimiento de la rodilla ni en el grupo de electroacupuntura, ni en el de TENS (al medir la capacidad funcional de la rodilla con un goniómetro). En cambio, al medir la capacidad funcional con el test Timed Up-and-Go, la electroacupuntura mostró una mejora significativa a las 2 semanas post-tratamiento, resultado que no se observó en el grupo de TENS.

VII) Acupuntura real o simulada frente a terapia convencional. Un ensayo clínico de gran tamaño y calidad (Scharf 2006; n=1039) midió la eficacia de la acupuntura adyuvante a un tratamiento de analgesia para aliviar el dolor y mejorar la capacidad funcional mediante el Ontario and McMaster Osteoarthritis Index (WOMAC), registrando resultados significativamente mejores para los grupos de acupuntura a las 26 semanas después de un

tratamiento de 6 semanas ($P < 0,001$). No obstante no se observaron diferencias significativas entre los dos grupos de acupuntura.

Osteoartrosis de cadera. Tres ensayos evaluaron la eficacia de la acupuntura (Haslam 2001, Fink 2001) y de la electroacupuntura (Stener-Victorin 2004) en la osteoartrosis de cadera.

I) Acupuntura comparado con acupuntura simulada. El ensayo de Fink 2001, de buena calidad metodológica, comparó la acupuntura frente a acupuntura simulada, observándose una mejoría en el dolor, la calidad de vida y el índice de Lesquene con respecto a los valores basales en ambos grupos, pero sin diferencias entre ellos.

II) Acupuntura comparado con programa de ejercicios más asesoramiento. En el ensayo de Haslam 2001, de baja calidad metodológica, se comparó la acupuntura frente a asesoramiento más ejercicios, observándose una mejoría significativa en las puntuaciones del WOMAC en el grupo tratado con acupuntura, tanto en el control inmediato como a las 8 semanas.

III) Electroacupuntura más educación frente a hidroterapia más educación y frente a sólo educación. El ensayo de Stener-Victorin 2004, de baja calidad metodológica, evaluó la eficacia de la electroacupuntura más educación frente a hidroterapia más educación y versus un grupo que sólo recibía educación. Los autores describen una mejoría significativa del dolor, la funcionalidad y la calidad de vida con respecto a los valores basales solamente en los grupos de tratamiento combinado con electroacupuntura o hidroterapia.

4. Resumen de la evidencia en osteoartrosis.

Osteoartrosis de rodilla.

- Los estudios incluidos muestran resultados positivos respecto a la eficacia de la electroacupuntura para el tratamiento de osteoartritis de rodilla. Sin embargo los resultados proceden de un estudio de mala calidad, con una población muy específica. Por tanto la electroacupuntura tiene una eficacia desconocida para el tratamiento de la osteoartritis de rodilla.
- No hay evidencia de que la acupuntura sea mejor que la fisioterapia en el tratamiento de la osteoartrosis de rodilla.

- No existe evidencia de que la electroacupuntura combinada con educación sea beneficiosa en comparación con la hidroterapia más educación.
- Existe evidencia muy escasa acerca de la eficacia de añadir veneno de abeja a las agujas de acupuntura para reducir los niveles de dolor en comparación con los resultados conseguidos aplicando la acupuntura tradicional.
- Existe evidencia de que la acupuntura es mejor que no dar tratamiento o permanecer en listas de espera de cirugía para aliviar el dolor en la osteoartrosis de rodilla
- Existe cierta evidencia sobre la eficacia de la electroacupuntura para disminuir el nivel de dolor en pacientes ancianos comparada con una intervención de cuidados básicos de la rodilla. La electroacupuntura no es más eficaz que el TENS para el alivio del dolor. La electroacupuntura es ligeramente más eficaz que el TENS para mejorar la capacidad funcional en este tipo de población.
- Existe evidencia acerca de la eficacia de la acupuntura real o simulada, con un consumo moderado de analgésicos, como tratamiento para la reducción del dolor y la mejora de la capacidad funcional en pacientes con osteoartritis de rodilla en comparación con las terapias convencionales a medio plazo.

Osteoartrosis de cadera.

- No existe evidencia de que la acupuntura sea mejor que la acupuntura simulada en el alivio de la osteoartrosis de cadera, aunque ambas mejoran el control del dolor.
- Existe evidencia muy limitada de que la acupuntura es más beneficiosa que el programa de ejercicios más asesoramiento.

Síndrome Femoro-patelar

1. Resultados de la búsqueda

Revisiones sistemáticas. La búsqueda electrónica identificó tres revisiones sistemáticas (Crossley 2001; Hodges 2002; Bizzini 2003) que evaluaron la eficacia de la acupuntura en el síndrome de dolor femoro-patelar. Se excluyeron dos revisiones, una (Crossley 2001) no realizó evaluación de la calidad de los estudios incluidos y la otra (Bizzini 2003) es una revisión metodológica sobre la calidad de los ensayos clínicos en el síndrome de dolor femoro-patelar.

ECA. Se identificó un estudio posterior a la revisión de Hodges (Näslund 2002) que compara la electroacupuntura con la acupuntura simulada en pacientes con síndrome de dolor femoro-patelar.

2. Calidad de la evidencia.

La calidad de la única revisión incluida (Hodges 2002) es alta. El ensayo de Näslund 2002 es de baja calidad, con una puntuación de Jadad de 2, debido a la falta de datos sobre el cegamiento.

3. Eficacia de la acupuntura

La revisión sistemática incluyó un único estudio que comparó la acupuntura versus ningún tratamiento en el síndrome de dolor femoro-patelar. Se observó una mejoría significativa en las puntuaciones para dolor y función en el grupo con acupuntura que se mantuvo durante el seguimiento a largo plazo (12 meses).

El ensayo clínico de Näslund 2002 observó una mejoría del dolor en el grupo de electroacupuntura y el de la acupuntura simulada con respecto al inicio, sin que existan diferencias significativas entre los grupos.

4. Resumen de la evidencia

- Existe evidencia limitada de que la acupuntura es mejor que ningún tratamiento para el alivio del dolor y la mejoría de la función articular a largo plazo en el síndrome femoro-patelar.
- No existe evidencia de que la electroacupuntura sea mejor que la acupuntura simulada para el alivio del dolor en el síndrome femoro-patelar.

Dolor Neuropático

1. Resultados de la búsqueda

Revisiones sistemáticas. La búsqueda electrónica no identificó revisiones sistemáticas sobre el tema.

Ensayo clínico aleatorizado. Se identificó un ensayo clínico aleatorizado controlado multicéntrico (Schlay 1998), que comparó la eficacia de la acupuntura tradicional en el dolor por neuropatía periférica de miembros in-

feriores en personas infectadas con virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) versus amitriptilina versus ambos tratamientos combinados versus placebo.

Actualización de la búsqueda hasta julio 2006. Se evaluaron 29 estudios originales. Estos estudios fueron excluidos por los siguientes motivos: 4 estudios están incluidos en el informe original (Alimi 2003, Gerritsen 2002, Goodyear-Smith 2004, Korpan 1999), 17 no cumplían con criterios metodológicos adecuados (Brunelli 2004, Chen 2004, Corbett 2005, Dunn 2000, Ezzo 2006, Inoue 2005, Irnich 2002, Lauder 2005, Navani 2003, O'Connor 2003, Phillips 2004, Rapson 2003, Ro 2005, Sander 1999, Spruce 2003, Werhahn 2003, Williams 2002), 2 eran publicaciones en chino (Xing 2003, Zytrowsky 1999) y 1 en holandés (Vecht 2000), y 5 evaluaban otras técnicas fuera del alcance de este informe (Bloodworth 2004, Cheing 2005, Ghoname 1999, Hamza 2000, Reichstein 2005).

2. Calidad de la evidencia

Es un ensayo clínico de alta calidad, con una puntuación de Jadad de 4.

3. Eficacia de la acupuntura

No se observó que la acupuntura fuera más efectiva que la acupuntura simulada para disminuir el dolor por neuropatía periférica asociada a la infección por HIV, a las 14 semanas. Cuando se la comparó en los pacientes que también recibían Amitriptilina, tampoco mostró ser más efectiva que el grupo control.

4. Resumen de la evidencia

- Existe un único ensayo clínico de alta calidad que demuestra que la acupuntura no es mejor que la acupuntura simulada para disminuir el dolor en la neuropatía periférica asociada a HIV. Tampoco asociada al uso de amitriptilina.
- No hay ninguna evidencia sobre la eficacia de la acupuntura en la neuropatía periférica por otras causas relacionadas con HIV.

Dismenorrea Primaria

1. Resultados de la búsqueda

Revisiones sistemáticas. Se identificaron tres revisiones (Fugh-Bergman 2002, Proctor 2002, White 2003), dos de las cuales se excluyeron: una (Fugh-Bergman 2002), por ser una revisión que no evalúa la calidad de los ensayos y revisa todas las intervenciones complementarias y alternativas en todas las condiciones ginecológicas y obstétricas; la otra (White 2003), porque identifica un ensayo clínico que ya está incluido en la revisión Cochrane (Proctor 2002).

ECA adicionales. Se identificaron dos ensayos clínicos (Habek 2003, Wang 2004) posteriores a las revisiones. Ambos se excluyeron: uno (Wang 2004) por ser un ensayo piloto no controlado y el otro (Habek 2003) por ser un ensayo no aleatorizado.

De 11 estudios inicialmente identificados, se comprobó la idoneidad de 8 estudios para ser incluidos en el informe. No obstante ninguno de estos estudios cumplió con los criterios de inclusión: 1 estudio se incluyó en el informe original (Habek 2003), 2 estudios estaban publicados en lenguas orientales (Kim 2005, Zhang 2006), 4 evaluaban técnicas diferentes a la acupuntura (Chen 2004, Pouresmail 2002, Proctor 2002, Taylor 2002). Se excluyó un último estudio en curso (Smith 2004).

Actualización de la búsqueda hasta julio de 2006. Tras la actualización de la búsqueda se evaluaron 8 estudios para ser incluidos en el informe. No obstante ninguno de estos estudios cumplió con los criterios de inclusión: 1 estudio ya se había incluido (Habek 2003), 2 estudios estaban publicados en lenguas orientales (Kim 2005, Zhang 2006), 4 evaluaban técnicas diferentes a la acupuntura (Chen 2004, Pouresmail 2002, Proctor 2002, Taylor 2002). Se excluyó un último estudio en curso (Smith 2004).

2. Calidad de la evidencia

La revisión incluida (White 2003) es una revisión sistemática Cochrane, de muy buena calidad, que sólo identifica un ensayo clínico.

3. Eficacia de la acupuntura

La revisión cita un solo artículo de buena calidad (Helms 1987), donde se compara la acupuntura con la acupuntura simulada y con dos esquemas de visita de control médico. En este estudio se observa una mejoría del dolor

en el grupo activo comparado con el simulado y los esquemas de visita; no hubo diferencias en el consumo de analgésicos entre los grupos.

Si bien este único ensayo sugiere beneficios de esta terapia, hasta la fecha la evidencia es demasiado escasa para fundamentar la eficacia de la acupuntura en aliviar el dolor por dismenorrea.

4. Resumen de la evidencia

- Hasta la fecha la evidencia es escasa (basada en un único ensayo clínico) y por tanto, no se puede considerar demostrada la eficacia de la acupuntura en el alivio del dolor en la dismenorrea primaria.

Otros Dolores: Distrofia Simpática Refleja (DSR) y Síndrome del Dolor Regional Complejo (SDRC)

1. Resultados de la búsqueda

Revisiones sistemáticas. Se localizaron dos revisiones (Forouzanfar 2002, Hord 2003). Una de ellas fue excluida por tratarse de una revisión no sistemática (Hord 2003). La segunda (Forouzanfar 2002) es una revisión de las distintas alternativas de tratamiento de esta condición. Solo tres artículos de esta revisión están relacionados con el motivo de este informe (Korpan 1999 en pacientes considerados SDRC y Hanna 89 y Kho 95 en DSR).

Ensayos clínicos aleatorizados. No se identificaron ensayos clínicos posteriores a las revisiones sistemáticas.

2. Calidad de la evidencia

La revisión sistemática incluida es de buena calidad, aunque los estudios identificados son de baja calidad.

3. Eficacia de la acupuntura

Ninguno de los estudios incluidos en la revisión detectaron diferencias significativas entre ambos grupos evaluados (acupuntura frente a acupuntura simulada). Los estudios en DSR obtuvieron resultados positivos no significativos, mientras que el estudio en SDRC obtuvo resultados negativos.

4. Resumen de la evidencia

- No existe evidencia suficiente que avale la eficacia de la acupuntura en estas dos patologías (distrofia simpática refleja y el síndrome del dolor regional complejo).
- Se han identificado tres ensayos clínicos sobre acupuntura en la distrofia simpática refleja, que no demuestra tener mayor eficacia que la acupuntura simulada.

Otros Dolores: Síndrome del Túnel Carpiano

1. Resultados de la búsqueda

Revisiones sistemáticas. A través de la búsqueda electrónica se localizaron tres revisiones (Goodyear-Smith 2004 y O'Connor 2002, Gerritsen 2002). Todas son revisiones sistemáticas que abarcan las modalidades no quirúrgicas del tratamiento del síndrome del túnel carpiano. Una de ellas (O'Connor 2002) excluye la inyección de esteroides. El papel de la acupuntura se ha evaluado en un solo trabajo incluido en las tres revisiones (Aigner 1999).

ECA. No se identificaron ensayos clínicos posteriores a las revisiones sistemáticas.

Actualización de la búsqueda hasta julio de 2006. Se excluyeron 2 estudios inicialmente evaluados porque ya habían sido incluidos (Muller 2004) y porque evaluaban técnicas que no eran el objetivo de este informe (Naeser 2002).

2. Calidad de la evidencia

Dos de las revisiones sistemáticas (O'Connor 2002, Gerritsen 2002) son de alta calidad y la otra (Goodyear-Smith 2004) tiene deficiencias metodológicas, siendo de calidad media a baja. Dado que las tres localizan la misma publicación acerca de la acupuntura láser, las conclusiones son similares.

3. Eficacia de la acupuntura

Las tres revisiones informan resultados similares, basados en un ensayo clínico (Aigner 1999). Se trata de un estudio de escaso número de pacientes con una puntuación de calidad baja. Es un estudio con riesgo de sesgo moderado. Esta publicación no encuentra diferencias significativas entre acu-

puntura láser y acupuntura simulada en el manejo del síndrome del túnel carpiano.

4. Resumen de la evidencia

- No existe evidencia que respalde el uso de acupuntura láser en el manejo del síndrome de túnel carpiano.
- Las tres revisiones identificaron el mismo ensayo clínico de baja calidad metodológica.

Cuidados Paliativos

1. Resultados de la búsqueda

Se incluyeron los resultados de dos revisiones sistemáticas (Sellick 1998, Lee 2005b) así como un ensayo clínico (Alimi 2003) posterior a la revisión sistemática incluida (Sellick 1998).

Hasta el 2005 se identificaron cinco posibles revisiones sistemática, de las que cuatro fueron excluidas: una por ser una revisión narrativa (Ernst 2001), dos por no incluir ensayos clínicos sino tan sólo estudios descriptivos (Weiger 2002, Pan 2000) y la última (Jacobson 2000), por incluir únicamente un estudio de fase II, no controlado. Sólo se identificó un ensayo clínico Alimi 2003 posterior a la revisión de Sellick 1998 que se incluyó.

Tras la actualización de la búsqueda hasta julio de 2006. Se identificaron 9 estudios, que fueron valorados detalladamente. Tras la valoración de los artículos originales, 8 quedaron excluidos: 2 ya se habían evaluado (Alimi 2003, Ernst 2001), otro había sido publicado en chino (Yin 2005) y 5 fueron descartados por cuestiones metodológicas (Cohen 2005, Deng 2004, Nahleh 2003, Shukla 2004, Vickers 2001). Sólo se incluyó una revisión sistemática (Lee 2005b) que evaluaba la eficacia de la acupuntura como tratamiento para el dolor causado por los tratamientos relacionados con el cáncer.

2. Calidad de la evidencia

De las dos revisiones sistemáticas incluidas finalmente, una de ellas (Sellick 1998) es de baja calidad, no describe bien la metodología; La otra revisión sistemática incluida es de alta calidad (Lee 2005b), incluyó 7 ensayos, 3 aleatorizados y 4 no controlados, con un total de 214 pacientes. La revisión

evalúa la calidad de los estudios a partir de una modificación de la escala de Jadad para poder evaluar el cegamiento adecuadamente.

El ensayo (Alimi 2003) es de alta calidad con un Jadad de 5.

3. Eficacia de la acupuntura

Revisiones sistemáticas

La revisión (Sellick 1998) incluye cinco estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor. Sobre acupuntura, incluye un solo estudio controlado y aleatorizado en el manejo del dolor post-operatorio de pacientes con cáncer. Es un diseño experimental ortogonal que compara hierbas chinas, acupuntura auricular y morfina epidural, solas y combinadas frente a placebo, similar a las hierbas y frente a las otras combinaciones. Incluye sólo a 16 hombres con cáncer hepático avanzado en total (2 sujetos por grupo). No hay evidencia suficiente para obtener conclusiones debido a la baja calidad y escaso número de pacientes incluidos en el ensayo.

Un ensayo clínico aleatorizado con un tamaño de la muestra pequeño (n=90) y de alta calidad, incluido en la revisión de Lee 2005b mostró una disminución significativa del dolor ($P<0,01$) en el grupo de pacientes tratados con auriculopuntura en comparación con los tratados con acupuntura simulada.

Dos estudios de baja calidad, incluidos en Lee 2005b ofrecieron resultados controvertidos en cuanto a la reducción del dolor mediante la acupuntura comparado con terapias convencionales. Por un lado un ensayo con un número reducido de pacientes (n=48) mostró una mejora a corto plazo para los pacientes que recibieron acupuntura ($P<0,01$), aunque el efecto desapareció al final del estudio. Un segundo estudio (n=76) sin datos numéricos, mostró un alivio del dolor torácico en los pacientes tratados con acupuntura.

ECA

El ensayo clínico (Alimi 2003) incluye 90 pacientes con cáncer de distinta etiología, con un período de seguimiento de 60 días. El estudio comparó acupuntura auricular en los puntos detectados por respuesta eléctrica comparado con acupuntura en puntos placebo y con fijación de semillas auriculares en los puntos placebo.

El resultado principal fue la intensidad del dolor medida con la escala EVA (Visual Analogue Scale) a los 60 días. La puntuación de dolor a los 60 días fue menor en el grupo de acupuntura verdadera que en el grupo acupuntura simulada o en el grupo semillas placebo.

4. Resumen de la evidencia

Existe una evidencia muy limitada sobre la eficacia de la auriculopuntura para el tratamiento del dolor en pacientes con cáncer.

No existe una evidencia clara acerca de la superioridad de la acupuntura como tratamiento para el dolor en pacientes con cáncer en comparación con las terapias convencionales.

Discusión

Este informe está basado en una revisión global más amplia sobre la eficacia de la acupuntura en el control del dolor. En este documento nos hemos centrado sólo en el dolor crónico y cuidados paliativos.

El manejo del dolor en cuidados paliativos, tiene un abordaje complejo. No obstante, en cuanto al control del dolor en pacientes con cáncer podemos encontrar, directrices como las del SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) basadas en la evidencia. Hay intervenciones que forman parte del tratamiento estándar, cuya eficacia está respaldada, al menos por un ensayo clínico aleatorizado de buena calidad, (Nivel A, según escala de valoración del SIGN), como:

- Paracetamol y/o antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), en el dolor moderado.
- Opióides, en el dolor moderado severo (una vez controlado con morfina de liberación normal, paso a morfina de liberación controlada).
- Antidepresivos tricíclicos y o anticonvulsionantes como analgésicos adyuvantes, en pacientes con dolor neuropático.
- Quimioterapia, en pacientes con cáncer de mama metastático (debería considerarse el uso de inhibidores de aromatasas específicos).
- Bisfosfonatos, para los pacientes con mieloma múltiple, así como pacientes con cáncer de mama que tienen dolor por metástasis óseas.

Otras recomendaciones están basadas en otro tipo de estudios e incluso en opiniones y experiencia clínica. A pesar de la evidencia sobre la eficacia de diferentes intervenciones, el abordaje del dolor en este tipo de pacientes es complejo y no siempre se resuelve con el tratamiento convencional.

Por todo esto, en este documento valoramos la eficacia de la acupuntura para el alivio del dolor en cuidados paliativos, en concreto en pacientes con cáncer. Así como, para el dolor crónico en diferentes situaciones. En este documento se ha considerado la acupuntura como una terapia complementaria, junto con otros tratamientos convencionales no como un sistema médico alternativo.

Es importante destacar que se han encontrado numerosas dificultades a la hora de evaluar la eficacia de la acupuntura en el dolor crónico, comen-

zando por la falta de un estándar para la definición de dolor crónico que sea aceptado internacionalmente (Daniel B, 2003). Además las medidas de resultados para ensayos de dolor crónico están basadas en recomendaciones fruto de consenso.

Por otro lado nos encontramos con una tecnología muy compleja: se encontraron diferencias en el grado de calidad metodológica dependiendo de si los estudios se basaban en la acupuntura occidental o en la filosofía de la MTC. Sobre todo porque la mayoría de los estudios realizados según la MTC no utilizaban los estándares metodológicos de la investigación médica occidental, siendo más difícil encontrar ensayos clínicos controlados cuando se basan en este tipo de medicina y, por lo tanto, dificultando su inclusión en la revisión. La compleja variedad de terapias que engloba la acupuntura, contribuye a la heterogeneidad en los estudios siendo difícil su homogeneización. Así se pueden encontrar diferentes técnicas basadas en agujas, electroacupuntura, acupuntura láser, etc., cada una con particularidades propias en su aplicación. Por tanto cada técnica tendría capacidad de tener una eficacia propia. Influyen también otros aspectos en la heterogeneidad como son los puntos de aplicación de agujas o energías, identificándose estudios que se basan en los puntos de meridianos, pero también en otros puntos como serían los puntos gatillo o puntos dolorosos (siguiendo la filosofía de la acupuntura occidental, son áreas de sensibilidad aumentada dentro de un músculo que origina un tipo de dolor referido en un segmento del cuerpo (Vickers A, 1999); el número de sesiones de la intervención, frecuencia de las mismas, duración de colocación de las agujas, colocación uni o bilateral, colocación de las agujas superficiales o profundas y subperiósticas, la manipulación manual de agujas, número de agujas utilizadas o el tipo de material de las mismas.

Una muestra de esta complejidad la podemos encontrar en el apartado de fibromialgia dada la inespecificidad de la localización del dolor en este cuadro clínico, hecho que dificulta la selección de los puntos de acupuntura adecuados. En alguno de los estudios incluidos se han observado resultados positivos derivados de la mera inserción de agujas en zonas no asociadas con puntos tradicionales de acupuntura. Este hecho apunta a posibles efectos beneficiosos de la inserción de agujas independientemente de su localización.

Dadas las características de la acupuntura, se considera que es difícil realizar ensayos con cegamientos adecuados. En todo caso, 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. Esta dificultad la comparten muchas tecnologías basadas en intervenciones, y no debería ser una dificultad a la hora de realizar ensayos clínicos adecuados.

Merece destacar también la variabilidad del grupo control; así se han encontrado en los diferentes estudios, placebo farmacológico, tratamiento convencional, ningún tratamiento, permanecer en una lista de espera y acupuntura simulada (acupuntura láser inactivada, acupuntura en puntos no sensibles, etc). 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 ejemplo, en el caso de las artropatías, en los tres estudios con resultados positivos de la acupuntura frente a acupuntura simulada, se utilizó el denominado “sham mínimo,” es decir, la inserción de las agujas en un sitio no específico distal al punto correcto, en un estudio no se llegó a penetrar la piel, mientras que en otro estudio incluido en la revisión, se utilizó un sham en sitios cercanos al punto correcto.

Por otro lado, están los grupos control que reciben un tratamiento activo, ya que 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.

En cuanto a la validez interna de los estudios incluidos, éstos han sido de calidad muy variable. 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 el dolor no son nunca sencillas por las dificultades intrínsecas de valoración del dolor, y dada la antigüedad de muchos estudios, no es de extrañar que se hayan utilizado métodos subóptimos y, a menudo, extremadamente subjetivos para evaluarlo. Las dificultades para el cegamiento en este tipo de estudios ya mencionadas anteriormente, y la dificultad de eliminar el sesgo de observación. La seguridad de las intervenciones tampoco ha sido adecuadamente estudiada en la mayoría de los estudios.

La necesidad de encontrar estándares para informar sobre intervenciones en ensayos controlados de acupuntura ha llevado a un grupo acupuntores con experiencia e investigadores, en el que participaron también editores de diferentes revistas, a llegar a un consenso del que surgen las recomendaciones STRICTA (Standars for Reporting Interventions in

Controlled Trial of Acupuncture) son en definitiva una extensión de las directrices CONSORT (Consolidated Standards for Reporting Trials), esto permite facilitar una mejora en la valoración crítica, análisis y replicación de ensayos (MacPherson, 2002).

Los estudios incluidos en el documento ofrecen poca información sobre los efectos adversos producidos por la acupuntura, por tanto es difícil evaluar su seguridad. Aunque parece una terapia relativamente segura, se han descrito efectos adversos como debilidad, mareos, dispepsia, ansiedad y hematomas en los sitios de puntura en el grupo al que se aplicaba acupuntura, así como casos de dispepsia y ansiedad en el grupo control (Guerra de Hoyos, 2004). Se han descrito otros efectos adversos en la literatura como dolor en la región en la zona de puntura, equimosis, hemorragias menores, daños por quemaduras causadas por moxibustion (Vickers, 1999), así como el posible riesgo de transmisión de infecciones de un paciente a otro (por ejemplo, el VIH o la hepatitis). Por tanto la seguridad en la acupuntura puede verse afectada por la formación de los profesionales, por la calidad de la fabricación del equipo terapéutico, así como en la aplicación de la terapia en las indicaciones correctas y requiere una vigilancia constante y el mantenimiento de normas rigurosas de limpieza, uso de agujas de un solo uso, desecharlas en contenedores adecuados...(medidas de precaución universal) y técnicas diagnósticas (OMS, 2000).

En los estudios incluidos no se han encontrado datos de coste-efectividad. Profundizando en este aspecto, hemos encontrado diferentes estudios de coste efectividad sobre la acupuntura, incluso una revisión sistemática sobre diferentes tratamientos complementarios (entre los que se incluía la acupuntura) en el Servicio Nacional de Salud de Reino Unido. Si bien es cierto que no se centraban en el dolor crónico en las patologías o dolencias enmarcadas en el informe este informe.

Aunque en muchos de los estudios no se recogen los posibles conflictos de interés, hay que señalar 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.

En algunos países como Reino Unido, está aumentando la demanda de terapias no convencionales, utilizadas como terapias complementarias en pacientes con enfermedades crónicas de larga duración como una parte integral de los cuidados paliativos y de soporte, un abordaje más integral que valore aspectos, físicos, mentales y espirituales (Tavares M, 2003).

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).

Todos los aspectos anteriormente mencionados pueden influir de forma variable en la efectividad de la acupuntura contribuyendo a una falta de estandarización en la administración del tratamiento que hace más difícil la interpretación de la evidencia. Por esto, con este informe se da respuesta a cuestiones más generales relacionadas con la eficacia de la acupuntura.

En este sentido, hay que señalar que, a pesar de la dificultad que supone realizar revisiones sistemáticas o ensayos clínicos sobre la eficacia de la acupuntura, existen también algunos ensayos clínicos y revisiones recientes de buena o muy buena calidad que han objetivado algunos efectos beneficiosos o potencialmente beneficiosos de la acupuntura en determinadas dolencias y situaciones entre las que cabe destacar:

- Intervenciones beneficiosas:
La acupuntura, para el alivio del dolor y mejoría de la función articular a corto plazo en la osteoartritis de rodilla, en comparación con la acupuntura simulada o el permanecer en lista de espera.
La acupuntura adyuvante al tratamiento médico con analgésicos, para el tratamiento del dolor y la capacidad funcional en pacientes con osteoartritis de rodilla, comparado con el tratamiento médico sólo con analgésicos.

- Intervenciones probablemente beneficiosa:
La acupuntura, comparada con la acupuntura simulada, para el tratamiento del dolor en la fibromialgia a medio plazo.

- Intervenciones potencialmente beneficiosas:
La electroacupuntura, comparada con la electroacupuntura simulada, para el tratamiento a corto plazo del dolor en la fibromialgia.
La electroacupuntura, para el tratamiento a corto plazo del dolor de hombro.
La acupuntura, comparada con la acupuntura simulada y con el control médico habitual, para el alivio del dolor en la dismenorrea primaria.
La acupuntura, comparada con ningún tratamiento, para el alivio del dolor y mejoría de la función articular a largo plazo en el síndrome femoro-patelar.
La auriculopuntura, para el alivio del dolor neuropático en pacientes con cáncer, comparada con la auriculopuntura simulada.

Referencias

Introducción y discusión

- Carr, B. How prevalent is chronic pain?. *Pain*. 2003 Jun; XI (2):1-4.
- Consejería de Salud (a). Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002-2006. Sevilla: Consejería de Salud, 2002.
- Consejería de Salud (b). Cuidados Paliativos. Sevilla: Consejería de Salud, 2002.
- Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, Haythornthwaite JA, Jensen MP, et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*. 2005 Jan; 113(1-2): 9-19.
- Ezzo J, Berman B, Hadhazy VA, Jadad AR, Lao L, Singh BB. Is acupuncture effective for the treatment of chronic pain? A systematic review. *Pain* 2000 Jun;86(3):217-25.
- He L, Zhou D, Wu B, Li N, Zhou MK. Acupuncture for Bell's palsy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1. Art. No.: CD002914.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD002914.pub2.
- Furlan AD, van Tulder MW, Cherkin DC, Tsukayama H, Lao L, Koes BW, Berman BM. Acupuncture and dry-needling for low back pain. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1. Art. No.: CD001351.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD001351.pub2.
- Leake R, Broderick JE. Treatment efficacy of acupuncture: a review of the research literature. *Integrat Medicine* 1999; 1(3): 107-115.
- MacPherson H, White A, Cummings M, Jobst K, Rose K, Niemtzw Standards for reporting interventions in Controlled Trials of Acupunture: The STRICTA Recommendations. *ACUPUNTURE IN MEDICINE* 2002;20 (1): 22-25.
- Mayer DJ. Acupuncture: an evidence-based review of the clinical literature. *Annu Rev Med*. 2000;51:49-63.
- Montori VM, Wilczynski NL, Morgan D, Haynes RB; Hedges Team. Optimal search strategies for retrieving systematic reviews from Medline: analytical survey. *BMJ* 2005; 330: 68.
- No authors listed. Practice guidelines for chronic pain management. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management, Chronic Pain Section. *Anesthesiology*. 1997; 86(4): 995-1004.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional. Ginebra: OMS, 2000. WHO/EDM/TRM/2000.1.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: OMS, 2002. WHO/EDM/TRM/2002.1.
- Rodríguez López M.J. Situación actual del dolor en España. Visión de los profesionales; IV Reunión de la sociedad del Dolor; 2004-05-12; Valencia 2004.
- Vickers A, Zollman C. ABC of complementary medicine Acupuncture. *BMJ*. 1999;319:973-976.
- White A, Ernst E, Birch S, Kaptchuk T, Filshie J, cummings M et al. Ernst E, White A, editors. Acupuncture. A scientific appraisal. United Kingdom: Butterworth Heinemann; 1999.
- Wisconsin-Medical-Society-Task-Force-on-Pain-Management. Guidelines for the assessment and management of chronic pain. *WMJ*. 2004; 103(3): 13-42

Resultados

Dolor crónico

Incluidas

- ter Riet G, Kleijnen J, Knipschild P. Acupuncture and chronic pain: a criteria-based metanalysis. *J Clin Epidemiol* 1990; 43(11): 1191-1199.
- Ezzo J, Berman B, Hadhazy VA, Jadad AR, Lao L, Singh BB. Is acupuncture effective for the treatment of chronic pain? A systematic review. *Pain* 2000; 86(3):217-225.
- Patel M, Gutzwiller F, Paccaud F, Marazzi A. A metanalysis of acupuncture for chronic pain. *Int J Epidemiol* 1989; 18(4): 900-906.

Fibromialgia / fibrositis

Incluidas

- Berman BM, Ezzo J, Hadhazy V, Swyers JP. Is acupuncture effective in the treatment of fibromyalgia? *J Fam Pract* 1999; 48(3): 213-218.
- Holdcraft LC, Assefi N, Buchwald D. Complementary and alternative medicine in fibromyalgia and related syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003; 17(4): 667-683.
- Assefi NP, Sherman KJ, Jacobsen C, Goldberg J, Smith WR, Buchwald D. A randomized clinical trial of acupuncture compared with sham acupuncture in fibromyalgia. *Ann Intern Med* 2005; 143(1):10-9.
- Harris RE, Tian X, Williams DA, Tian TX, Cupps TR, Petzke F, Groner KH, Biswas P, Gracely RH, Clauw DJ. Treatment of fibromyalgia with formula acupuncture: investigation of needle placement, needle

stimulation, and treatment frequency. *J Altern Complement Med* 2005; 11(4):663-71.

Martin DP, Sletten CD, Williams BA, Berger IH. Improvement in fibromyalgia symptoms with Acupuncture: Results of a Randomized Controlled Trial. *Health and Medical complete* 2006; 81; 6:749-757.

Sandberg M, Larsson B, Lindberg LG, Gerdle B. Different patterns of blood flow response in the trapezius muscle following needle stimulation (acupuncture) between healthy subjects and patients with fibromyalgia and work-related trapezius myalgia. *Eur J Pain* 2005; 9(5):497-510.

Cervicalgias

Incluidas (RS)

White AR, Ernst E. A systematic review of randomized controlled trials of acupuncture for neck pain. *Rheumatology (Oxford)* 1999; 38(2): 143-147.

Incluidas (ECA)

Birch S, Jamison RN. Controlled trial of Japanese acupuncture for chronic myofascial neck pain: assessment of specific and nonspecific effects of treatment. *Clinical Journal Pain* 1998; 14: 248-255.

He D, Veiersted KB, Hřstmark AT, Medbř JI. Effect of acupuncture treatment on chronic neck and shoulder pain in sedentary female workers: a 6-month and 3-year follow-up study. *Pain* 2004; 109(3): 299-307.

Irnich D, Behrens N, Molzen H et al. Randomised trial of acupuncture compared with conventional massage and “sham” laser acupuncture for treatment of chronic neck pain. *BMJ (Clinical Research Ed)* 2001; 322(7302): 1574-1578.

Zhu XM, Polus B. A controlled trial on acupuncture for chronic neck pain. *The American Journal of Chinese Medicine* 2002; 30(1): 13-28.

White P, Lewith G, Prescott P, Conway J. Acupuncture frente a placebo for the treatment of chronic mechanical neck pain: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2004; 141(12): 911-919.

Aigner N, Fialka C, Radda C, Vecsei V. Adjuvant laser acupuncture in the treatment of whiplash injuries: a prospective, randomized placebo-controlled trial. *Wien Klin Wochenschr* 2006; 118(3-4):95-9.

He D, Hostmark AT, Veiersted KB, Medbo JI. Effect of intensive acupuncture on pain-related social and psychological variables for women with chronic neck and shoulder pain-an RCT with six month and three year follow up. *Acupunct Med* 2005; 23(2):52-61.

Dolor de hombro

Incluidas (RS)

Green S, Buchbinder R, Hetrick S. Acupuncture for shoulder pain. The Cochrane DataBase of Systematic reviews 2005, Issue 2. Art. n°: CD005319. DOI: 10.1002/14651858. CD005310.

Michener LA, Walsworth MK, Burnet EN. Effectiveness of rehabilitation for patients with subacromial impingement syndrome: a systematic review. *J Hand Ther* 2004; 17(2): 152-164.

Grant HJ, Arthur A, Pichora DR. Evaluation of interventions for rotator cuff pathology: a systematic review. *J Hand Ther* 2004; 17(2):274-299.

Incluidas (ECA)

Guerra de Hoyos JA, Andres Martin Mdel C, Bassas y Baena de Leon E et al. Randomised trial of long term effect of acupuncture for shoulder pain. *Pain* 2004; 112(3):289-298.

He D, Hostmark AT, Veiersted KB, Medbo JI. Effect of intensive acupuncture on pain-related social and psychological variables for women with chronic neck and shoulder pain. An RCT with six month and three year follow up. *Acupunct Med* 2005; 23(2):52-61.

Epicondilitis

Incluidas (RS)

Green S, Buchbinder R, Barnsley L, Hall S, White M, Smidt N, Assendelft W. Acupuntura para el dolor lateral del codo (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.)

Trinh KV, Phillips SD, Ho E, Damsma K. Acupuncture for the alleviation of lateral epicondyle pain: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)* 2004; 43(9): 1085-1090.

Trudel D, Duley J, Zastrow I, Kerr EW, Davidson R, MacDermid JC. Rehabilitation for patients with lateral epicondylitis: a systematic review. *J Hand Ther* 2004; 17(2): 243-266.

Artritis reumatoide

Incluidas (RS)

Casimiro L, Brosseau L, Milne S, Robinson V, Wells G, Tugwell P. Acupuntura y electroacupuntura para el tratamiento de la artritis reumatoide (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.).

Lee JD, Park HJ, Chae Y, Lim S. An Overview of Bee Venom Acupuncture in the Treatment of Arthritis. *Evid Based Complement Alternat Med* 2005; 2(1):79-84.

Osteoartrosis de rodilla y cadera

Incluidas (RS)

Ferrandez Infante A, Garcia Olmos L, Gonzalez Gamarra A, Meis Meis MJ, Sanchez Rodriguez BM. [Effectiveness of acupuncture in the treatment of pain from osteoarthritis of the knee]. *Aten Primaria* 2002; 30(10): 602-608.

Ezzo J, Hadhazy V, Birch S et al. Acupuncture for osteoarthritis of the knee: a systematic review. *Arthritis Rheum* 2001; 44(4): 819-825.

Puett DW, Griffin MR. Published trials of nonmedicinal and noninvasive therapies for hip and knee osteoarthritis. *Ann Intern Med* 1994; 121(2): 133-140.

Lee JD, Park HJ, Chae Y, Lim S. An Overview of Bee Venom Acupuncture in the Treatment of Arthritis. *Evid Based Complement Alternat Med* 2005; 2(1):79-84.

Incluidos (ECA)

Tukmachi E, Jubb R, Dempsey E, Jones P. The effect of acupuncture on the symptoms of knee osteoarthritis--an open randomised controlled study. *Acupunct Med* 2004; 22(1): 14-22.

Haslam R. A comparison of acupuncture with advice and exercises on the symptomatic treatment of osteoarthritis of the hip--a randomised controlled trial. *Acupunct Med* 2001; 19(1): 19-26.

Stener-Victorin E, Kruse-Smidje C, Jung K. Comparison between electroacupuncture and hydrotherapy, both in combination with patient education and patient education alone, on the symptomatic treatment of osteoarthritis of the hip. *The Clinical Journal of Pain* 2004; 20(3): 179-185.

Vas J, Méndez C, Perea-Milla E et al. Acupuncture as a complementary therapy to the pharmacological treatment of osteoarthritis of the knee: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed)* 2004; 329: 1216.

Fink MG, Wipperman B, Gehrke A. Non-specific effects of traditional Chinese acupuncture in osteoarthritis of the hip. *Complementary Therapies in Medicine* 2001; 9(2): 82-89.

- Sangdee C, Teekachunhatean S, Sananpanich K, Sugandhavesa N, Chiewchantanakit S, Pojchamarnwiputh S, Jayasvasti S. Electroacupuncture frente a diclofenac in symptomatic treatment of osteoarthritis of the knee: a randomized controlled trial. *BMC Complement Altern Med* 2002; 2(1): 3.
- Berman BM, Lao L, Langenberg P, Lee WL, Gilpin AM, Hochberg MC. Effectiveness of acupuncture as adjunctive therapy in osteoarthritis of the knee: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2004; 141(12): 901-910.
- Witt C, Brinkhaus B, Jena K, Streng A, Wagenpfeil S, Hummelsberger J, Walther HU, Melchart D, Willich SN. Acupuncture in patients with osteoarthritis of the knee: a randomised trial. *Lancet* 2005;366:136-43.
- Ng MM, Leung MC, Poon DM. The effects of electro-acupuncture and transcutaneous electrical nerve stimulation on patients with painful osteoarthritic knees: a randomized controlled trial with follow-up evaluation. *J. Altern Complement Med* 2003; 9(5):641-9.
- Scharf HP, Mansmann K, Streitberg K, Witte S, Kramer J, Maier C; Tramspisch HJ, Victor N. Acupuncture and Knee Osteoarthritis. A three-Armed Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine* 2006; 145:12-20.

Síndrome femoro-patelar

Incluidas (RS)

- Hodges I, Maskill C. Effectiveness of acupuncture for the treatment and rehabilitation of accident-related musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. Christchurch: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA) 2002; 92.

Incluidos (ECA)

- Naslund J, Naslund UB, Odenbring S, Lundeberg T. Sensory stimulation (acupuncture) for the treatment of idiopathic anterior knee pain. *J Rehabil Med* 2002; 34(5): 231-238.

Excluidas (RS)

- Crossley K, Bennell K, Green S, McConnell J. A systematic review of physical interventions for patellofemoral pain syndrome. *Clin J Sport Med* 2001; 11(2): 103-110.
- Bizzini M, Childs JD, Piva SR, Delitto A. Systematic review of the quality of randomized controlled trials for patellofemoral pain syndrome. *J Orthop Sports Phys Ther* 2003; 33(1): 4-20.

Hay E, Barlas P, Foster N, Hill J, Thomas E, Young J. Is acupuncture a useful adjunct to physiotherapy for older adults with knee pain?: the “acupuncture, physiotherapy and exercise” (APEX) study [ISRCTN88597683]. *BMC Musculoskelet Disord* 2004; 5(1): 31.

Dolor neuropático

Schlay J, Chaloner K, Max M et al. Acupuncture and amitriptyline for pain due to HIV-related peripheral Neuropathy. *JAMA* 1998;18:1590-1595

Dismenorrea primaria

Incluidas (RS)

Proctor ML, Smith CA, Farquhar CM, Stones RW. Neuroestimulación eléctrica transcutánea y acupuntura para la dismenorrea primaria (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.).

Otros dolores: Distrofia simpática refleja, síndrome del dolor regional complejo

Incluidas (RS)

Forouzanfar T, Koke AJ, van Kleef M, Weber WE. Treatment of complex regional pain syndrome type I. *Eur J Pain*. 2002;6(2):105-22.

Otros dolores: Síndrome del túnel carpiano

Incluidas (RS)

O'Connor D, Marshall S, Massy-Westropp N. Tratamiento no quirúrgico (diferente de la inyección de esteroides) para el síndrome del túnel carpiano (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.).

Goodyear-Smith F, Arroll B. What can family physicians offer patients with carpal tunnel syndrome other than surgery? A systematic review of nonsurgical management. *Ann Fam Med* 2004; 2(3): 267-273.

Gerritsen AA, de Krom MC, Struijs MA, Scholten RJ, de Vet HC, Bouter LM. Conservative treatment options for carpal tunnel syndrome: a systematic review of randomised controlled trials. *J Neurol* 2002; 249(3): 272-280.

Cuidados Paliativos

Estudios incluidos

Sellick SM, Zaza C. Critical review of 5 nonpharmacologic strategies for managing cancer pain. *Cancer Prev Control* 1998; 2:7-14.

Lee H, Schmidt K, Ernst E. Acupuncture for the relief of cancer-related pain-a systematic review. *Eur J Pain* 2005; 9(4):437-44.

Alimi D, Rubino C, Pichard-Leandri E, Fermand-Brulle S, Dubreuil-Lemaire ML, Hill C. Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial. *J Clin Oncol* 2003; 21(22):4120-6.

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.

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

La acupuntura, para el alivio del dolor y mejoría de la función articular a corto plazo en la osteoartrosis de rodilla, en comparación con la acupuntura simulada o el permanecer en lista de espera.

La acupuntura adyuvante al tratamiento médico con analgésicos, para el tratamiento del dolor y la capacidad funcional en pacientes con osteoartritis de rodilla, comparado con el tratamiento médico sólo con analgésicos.

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

La acupuntura, comparada con la acupuntura simulada, para el tratamiento del dolor en la fibromialgia a medio plazo.

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

La electroacupuntura, comparada con la electroacupuntura simulada, para el tratamiento a corto plazo del dolor en la fibromialgia.

La electroacupuntura, para el tratamiento del dolor de hombro.

La acupuntura, comparada con la acupuntura simulada y con el control médico habitual, para el alivio del dolor en la dismenorrea primaria.

La acupuntura, comparada con ningún tratamiento, para el alivio del dolor y mejoría de la función articular a largo plazo en el síndrome femoro-patelar.

La auriculopuntura, para el alivio del dolor neuropático en pacientes con cáncer, comparada con la auriculopuntura simulada.

- 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, comparada con la acupuntura simulada, para el tratamiento del dolor crónico.

La acupuntura, comparada con la acupuntura simulada a largo plazo para el tratamiento de la fibromialgia.

La acupuntura para el tratamiento del dolor cervical.

La acupuntura para el tratamiento de la fatiga en esta dolencia.

La acupuntura para el tratamiento del dolor de hombro.

La acupuntura es una intervención de eficacia para el tratamiento de la epicondilitis.

La acupuntura para el tratamiento de la artritis reumatoide.

La acupuntura comparada con la fisioterapia, en el tratamiento de la osteoartritis de rodilla.

La electroacupuntura, en comparación con el tratamiento combinado con diclofenaco, en la osteoartritis de rodilla.

La acupuntura, en comparación con la acupuntura simulada, en el alivio del dolor y mejoría de la función articular en la osteoartritis de cadera.

La acupuntura, en comparación con un programa de ejercicios más asesoramiento, en la osteoartritis de cadera.

La electroacupuntura combinada con educación, en comparación con la hidroterapia más educación, en la osteoartritis de cadera.

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

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.

En los estudios incluidos en el informe no se han encontrado datos de coste-efectividad, hemos profundizado en este aspecto, encontrando diferentes estudios de coste efectividad sobre la acupuntura, pero ninguno centrado en el dolor crónico en las patologías o dolencias enmarcadas en el informe.

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.

Anexo I. Estrategia de búsqueda

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 (metanalysis) 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 (placebos [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])

Estrategia de búsqueda para la identificación de estudios de costes sobre acupuntura:

1	16291	explode "Costs-and-Cost-Analysis"/ all subheadings
2	2424	acupuncture in ti,ab
3	28	explode "Acupuncture-Therapy"/ economics
4	32	#2 and (#1 or ((cost? or economic* or efficienc*) in ti))
*5	49	#3 or #4

Algoritmo de búsqueda utilizado en la actualización de la búsqueda en versión MEDLINE:

#1 acupuncture[mh] OR acupuncture therapy[mh]
OR electroacupuncture[mh] OR acupuncture*[tw] OR (electroacupuncture[tw] OR electro-acupuncture[tw])
OR acupoint*[tw] OR ((meridian[tw] OR non-meridian[tw] OR trigger[tw]) AND point*[tw])
#2 (randomized controlled trial [pt] OR controlled clinical trial [pt] OR randomized controlled trials [mh] OR random allocation [mh] OR double-blind method [mh] OR single-blind 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 (placebos [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]))
#3 #1 AND #2

Anexo II. Checklist de validez interna de las revisiones

ID:	Autor: Sellick SM Título: Critical review of 5 nonpharmacologic strategies for managing cáncer pain Año: 1998 Revista: Cáncer Prevention&Control REV+MET REV SIST X	
TRATAMIENTO		
Acupuntura (tipo agujas secas/electroacup/otros) auriculopuntura Sham X Droga/s (tipos/dosis/vía/fcia) X morfina epidural Otros: Chinese herbs		
TIPO DE PATOLOGÍA: cáncer post cirugía		
VALIDEZ Interna		
1.1	¿La revisión se centra en una cuestión clara, apropiada y bien enfocada?. Si • ¿Se incluye un abstract bien estructurado? No • ¿Criterios de inclusión/exclusión bien definidos? No	Mal desarrollado
1.2	¿La búsqueda de la literatura es suficientemente rigurosa para identificar todos los estudios relevantes? • ¿Qué bases de datos se usan? MEDLINE (1966 a junio 1997), CINAHL (1982 a junio 1997) PsychINFO Lit (1980 a junio 1997) • Hay algún tipo de restricción en la búsqueda de información? Temporal (1966-1997) Estado de la Publicación ECA/ EC Idioma no hay datos	Adecuadamente desarrollado
1.3	¿Se evalúa la calidad de los estudios? Si • ¿Qué criterios se establecen? Cuestionario de calidad descrito por Detsky y col. • ¿Se hace un análisis de sensibilidad teniendo en cuenta la calidad de los estudios? No	Adecuadamente desarrollado
1.4	¿Se incluye una descripción de la metodología seguida? No • ¿Se describe el proceso de extracción de datos? ¿Cómo se realiza? ¿Qué datos se extraen? No se describe • ¿Se describen las medidas del efecto? Cómo se combinan los resultados? No se describe • ¿Cómo se evalúa la heterogeneidad? No se aplica • ¿Se valora el efecto del sesgo de publicación? No	Mal desarrollado

1.5	<p>Queda claro qué estudios se han incluido y cuáles se han excluido (y las razones para hacerlo)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Se describen los estudios incluidos en la revisión? <p>No</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Los estudios son suficientemente semejantes como para combinarlos? No se combina • ¿Se ofrecen los datos suficientes para poder calcular el tamaño del efecto? No 	Mal 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?	Sesgos de identificación de ensayos, no consultan EMBASE, no hay datos sobre la restricción idiomática. Es una revisión de varias intervenciones.

I.S.B.N.: 978-84-935877-3-4



Precio: 6 €



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

www.msc.com