

# Eficacia y seguridad de la acupuntura en el dolor crónico no oncológico de origen musculoesquelético

*Efficacy and safety  
of acupuncture in chronic  
non-oncological  
musculoskeletal pain*

Informe técnico  
AETSA, EVALUACIÓN  
DE TECNOLOGÍAS  
SANITARIAS DE  
ANDALUCÍA

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



MINISTERIO  
DE SANIDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN  
DE TECNOLOGÍAS Y PRÁCTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Junta de Andalucía  
Consejería de Salud y Familias



Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía

# Eficacia y seguridad de la acupuntura en el dolor crónico no oncológico de origen musculoesquelético

*Efficacy and safety of  
acupuncture in chronic  
non-oncological  
musculoskeletal pain*

Informe técnico  
AETSA, EVALUACIÓN  
DE TECNOLOGÍAS  
SANITARIAS DE  
ANDALUCÍA

**INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN**



Andalucía. AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Eficacia y seguridad de la acupuntura en el dolor crónico no oncológico de origen musculoesquelético/ AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. – Madrid: Ministerio de Sanidad. Sevilla: AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

1 archivo pdf. – (Colección: Informes, estudios e investigación / Ministerio de Sanidad)

NIPO: 133-21-035-2

Palabras clave:

1. Acupuntura 2. Dolor crónico

I. España. Ministerio de Sanidad.

La AETSA asume la responsabilidad exclusiva de la forma y el contenido final de este informe. Las manifestaciones y conclusiones de este informe son las del Servicio de Evaluación y no necesariamente las de sus revisores externos.

Este documento puede ser reproducido total o parcialmente, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

**Depósito legal:** SE 833-2020

Fecha de publicación: 2022

Edita: Ministerio de Sanidad. AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía.

Este documento ha sido realizado por AETSA en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad, para el desarrollo de las actividades del Plan anual de Trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS

Este informe se enmarca dentro de los objetivos del “Plan de Protección de la Salud frente a las pseudoterapias” impulsado por el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Ciencia e Innovación.

Para citar este informe:

AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Eficacia y seguridad de la acupuntura en el dolor crónico no oncológico de origen musculoesquelético. Madrid: Ministerio de Sanidad. Sevilla: AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2022. (Colección: Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad).

# Índice

<b>RESUMEN DIRIGIDO A LA CIUDADANÍA .....</b>	<b>10</b>
<b>SUMMARY ADDRESSED TO CITIZENS.....</b>	<b>12</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>14</b>
I.1. Descripción de la acupuntura .....	15
I.2. Descripción de las indicaciones clínicas .....	17
I.3. Opciones terapéuticas habituales de referencia.....	17
<b>II. ALCANCE Y OBJETIVO.....</b>	<b>18</b>
<b>III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>19</b>
III.1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda .....	19
III.2 Selección de estudios .....	20
III.3. Valoración de la calidad de los estudios.....	21
III.4. Extracción de datos y síntesis de la evidencia.....	21
III.5. Participación de los agentes de interés .....	22
<b>IV. RESULTADOS .....</b>	<b>23</b>
IV.1. Resultado de la búsqueda bibliográfica .....	23
IV.1.1. Características de los estudios incluidos.....	23
IV.1.2. Calidad metodológica de los estudios incluidos .....	35
IV.2. Descripción y análisis de resultados.....	38
IV.2.1 Seguridad .....	38
IV.2.2 Eficacia.....	40
<b>V. DISCUSIÓN .....</b>	<b>54</b>
<b>VI. CONCLUSIONES.....</b>	<b>59</b>
<b>CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES.....</b>	<b>61</b>
<b>DECLARACIÓN DE INTERESES .....</b>	<b>62</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>63</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>68</b>
Anexo 1. Estrategias de búsqueda utilizadas .....	68
Anexo 2. Organizaciones contactadas .....	72
Anexo 3. Diagrama de flujo .....	76
Anexo 4. Estudios excluidos a texto completo .....	77
Anexo 5. Características de los estudios incluidos en el análisis.....	87
Anexo 6. Solapamiento de ECAs incluidos en las revisiones .....	103

Anexo 7. Ensayos clínicos aleatorizados incluidos en los informes de síntesis, revisiones sistemáticas y metanálisis analizadas en el presente informe .....	113
Anexo 8. Solapamiento de revisiones sistemáticas y metanálisis incluidos en las <i>overviews</i> (revisión de revisiones) .....	132
Anexo 9. Revisiones sistemáticas incluidas en las revisiones sobre dolor como indicación general analizadas en el presente informe .....	134
Anexo 10. Valoración de la calidad de la evidencia .....	138
Anexo 11. Resumen de resultados sobre seguridad de la acupuntura .....	145
Anexo 12. Resumen de resultados sobre eficacia de la acupuntura ...	147

# Índice de tablas

Tabla 1. Bases de datos consultadas .....	19
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión de los estudios .....	21

# Índice de figuras

Ilustración 1. Carta informativa enviada .....	74
--	----

# Siglas y acrónimos

AHRQ: *Agency for Healthcare Research and Quality's.*

AINE: antiinflamatorio no esteroideo.

AMED: *Allied and complementary medicine.*

AMSTAR: *A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews.*

CADTH: *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.*

CINAHL: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.*

CNKI: *China National Knowledge Infrastructure.*

ECA: ensayo clínico aleatorizado.

EVA: escala visual analógica.

IC: intervalo de confianza.

NIHR: *National Institute for Health Research.*

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OASIS: *Oriental Medicine Advanced Searching Integrated System.*

PEDro: *Physiotherapy Evidence Database.*

PICO: población, intervención, comparador y *outcomes* (resultados).

RCAAP: Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal.

RedETS: Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

RISS: *Research Information Sahrng Service.*

TCMLARS: *Traditional Chinese Medical literatura Analysis and Retrieval System.*

TENS: estimulación eléctrica transcutánea.

WOS: *Web of Science.*

# Resumen dirigido a la ciudadanía

<b>Nombre de la técnica con pretendida finalidad sanitaria</b>	Acupuntura
<b>Definición de la técnica e indicaciones clínicas</b>	Técnica basada en la Medicina Tradicional China, y fundamentada en la existencia de patrones de flujo de energía (Qi) por todo el cuerpo. Su aplicación se basa en la corrección de posibles desequilibrios de ese flujo a través de la estimulación de puntos específicos de la piel (puntos acupunturales o puntos gatillo, según el enfoque empleado), mediante la inserción de agujas sólidas que pueden ser manipuladas manualmente o estimuladas eléctricamente. Otras técnicas utilizadas son la moxibustión y la energía láser
<b>Calidad de la evidencia</b>	El nivel de confianza de la mayoría de los estudios fue moderado, lo que significa que, aunque con debilidades, pueden proporcionar un resumen preciso de los estudios disponibles sobre el tema
<b>Resultados claves</b>	<p>En relación a la seguridad de la intervención, no se detectó ningún evento adverso grave relacionado con la aplicación de la misma.</p> <p>En relación a la evidencia clínica identificada, encontramos que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La acupuntura comparada con control inactivo (acupuntura simulada o cuidados habituales) disminuye la intensidad del dolor crónico a corto plazo en: lumbalgia, cervicalgia/dolor de hombro, síndrome temporomandibular, artrosis de rodilla y fascitis plantar. No presenta diferencias significativas en el manejo del dolor en lumbalgia (a medio y largo plazo), en síndrome del túnel carpiano, artrosis de cadera y enfermedad reumatoidea. Muestra resultados no concluyentes o con discrepancias en manejo de la intensidad del dolor en pacientes con fibromialgia y epicondilitis. En relación a la mejora de la capacidad funcional, no muestra diferencias significativas en lumbalgia a corto plazo, pero sí en cervicalgia y artrosis de rodilla</li> <li>• La acupuntura comparada con control activo (tratamiento farmacológico), disminuye la intensidad del dolor crónico y mejora la capacidad funcional en el síndrome del túnel carpiano. No muestra diferencias en artrosis de rodilla y de cadera. Muestra resultados no concluyentes o con discrepancias en manejo de la intensidad del dolor en lumbalgia, región temporomandibular, artrosis y fibromialgia</li> <li>• La acupuntura combinada con terapias convencionales comparada con terapias convencionales solas mejora la capacidad funcional en lumbalgia y fibromialgia</li> <li>• La electroacupuntura comparada con control inactivo (electroacupuntura simulada o cuidados habituales) disminuye la intensidad del dolor y mejora la capacidad funcional a corto y medio plazo de artrosis de rodilla, fascitis plantar y fibromialgia. No muestra diferencias en el síndrome del túnel carpiano</li> <li>• La electroacupuntura comparada con control activo (fármacos): disminuye la intensidad del dolor en artrosis de rodilla y en fibromialgia</li> <li>• La electroacupuntura combinada con terapias convencionales comparada con terapias convencionales solas, disminuye el dolor a corto plazo de cervicalgia/dolor de hombro, síndrome del túnel carpiano y fascitis plantar. Así mismo, mejora la capacidad funcional en el síndrome de túnel carpiano.</li> <li>• La punción seca comparada con control inactivo (punción seca simulada) no mostró diferencia en intensidad del dolor y apertura mandibular en síndrome miofascial (localización temporomandibular)</li> <li>• La acupuntura con láser comparada con control inactivo (acupuntura con láser simulada) no mostró diferencias significativas en el manejo del dolor en el síndrome del túnel carpiano</li> </ul>

**Conclusión final**

En este informe se han analizado revisiones sistemáticas con evidencia de moderada y baja calidad. Estas revisiones indican que la acupuntura no se relaciona con problemas graves de seguridad. Se han hallado efectos adversos leves vinculados con su aplicación. La acupuntura no mejora los resultados de la acupuntura simulada o del tratamiento habitual en la lumbalgia, síndrome del túnel carpiano, artrosis de cadera, enfermedad reumatoidea, fibromialgia ni epicondilitis. No se han hallado mejores resultados de la acupuntura frente al tratamiento farmacológico en artrosis de rodilla o cadera, lumbalgia, dolor en región temporomandibular ni fibromialgia. No se han identificado diferencias en el dolor tratado con electroacupuntura frente a electroacupuntura simulada o tratamiento habitual en síndrome del túnel carpiano, ni en punción seca frente a simulación en síndrome temporomandibular, o acupuntura con láser frente a simulación en el síndrome del túnel carpiano

Las revisiones sistemáticas analizadas de calidad moderada o baja han permitido identificar mejoras en el tratamiento del dolor a corto o medio plazo en: (a) síndrome temporomandibular, artrosis de rodilla y fascitis plantar frente a placebo, (b) síndrome de túnel carpiano frente a tratamiento farmacológico, y (c) electroacupuntura para tratar artrosis de rodilla, fascitis plantar y fibromialgia frente a antiinflamatorios no esteroideos

# Summary addressed to citizens

<b>Name of the technique with health purposes</b>	Acupuncture
<b>Definition of the technique and clinical indications</b>	Technique based on Traditional Chinese Medicine, and on the existence of energy flow patterns (Qi) throughout the body. Its application is based on the correction of possible imbalances of this flow through the stimulation of specific points of the skin (acupuncture points or trigger points, depending on the approach used), by the insertion of solid needles that can be manipulated manually or stimulated electrically. Other techniques used are moxibustion and laser energy
<b>Quality of the evidence</b>	The confidence level of most studies was moderate, which means that, although with weaknesses, it can provide an accurate summary of the available studies on the subject
<b>Key results</b>	<p>Regarding the safety of the intervention, no serious adverse event related to its application was detected</p> <p>In relation to the identified clinical evidence, we found that:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuncture compared to inactive control (sham acupuncture or usual care) reduces the intensity of chronic pain in the short term in: low back pain, neck pain / shoulder pain, temporomandibular syndrome, knee osteoarthritis and plantar fasciitis. There are no significant differences in pain management in low back pain (medium and long term), carpal tunnel syndrome, hip osteoarthritis and rheumatoid disease. It shows inconclusive results or with discrepancies in the management of pain intensity in patients with fibromyalgia and epicondylitis. In relation to the improvement of functional capacity, it does not show significant differences in low back pain in the short term, but it does in cervical pain and knee osteoarthritis</li> <li>• Acupuncture compared with active control (pharmacological treatment), reduces the intensity of chronic pain and improves functional capacity in carpal tunnel syndrome. It does not show differences in knee and hip osteoarthritis. It shows inconclusive results or with discrepancies in the management of pain intensity in low back pain, temporomandibular region, osteoarthritis and fibromyalgia</li> <li>• Acupuncture combined with conventional therapies compared to conventional therapies alone improves functional capacity in low back pain and fibromyalgia</li> <li>• Electroacupuncture compared to inactive control (sham electroacupuncture or usual care) reduces pain intensity and improves short and medium-term functional capacity of knee osteoarthritis, plantar fasciitis and fibromyalgia. It shows no difference in carpal tunnel syndrome</li> <li>• Electroacupuncture compared with active control (drugs): reduces the intensity of pain in knee osteoarthritis and fibromyalgia</li> <li>• Electroacupuncture combined with conventional therapies compared to conventional therapies alone, reduces the short-term pain of neck pain / shoulder pain, carpal tunnel syndrome and plantar fasciitis. Likewise, it improves functional capacity in carpal tunnel syndrome</li> <li>• Dry needling compared to inactive control (simulated dry needling) showed no difference in pain intensity and jaw opening in myofascial syndrome (temporomandibular location)</li> <li>• Laser acupuncture compared to inactive control (sham laser acupuncture) did not show significant differences in pain management in carpal tunnel syndrome</li> </ul>

**Final conclusion**

In this report we have analyzed reviews and studies with moderate and low quality evidence. These studies indicate that acupuncture is not associated with serious safety concerns. Mild adverse effects have been found associated with its application. Acupuncture does not improve the results of sham acupuncture or routine treatment in low back pain, carpal tunnel syndrome, hip osteoarthritis, rheumatoid disease, fibromyalgia or epicondylitis. No better results have been found for acupuncture compared to drug treatment in osteoarthritis of the knee or hip, low back pain, pain in the temporomandibular region or fibromyalgia. No differences have been identified in pain treated with electroacupuncture versus sham electroacupuncture or usual treatment in carpal tunnel syndrome, nor in dry needling versus simulation in temporomandibular syndrome, or laser acupuncture versus simulation in carpal tunnel syndrome

Short-term pain improvements have been identified when treating temporomandibular syndrome, knee osteoarthritis, and plantar fasciitis with acupuncture versus treatment with sham acupuncture. Acupuncture reduces pain in carpal tunnel syndrome more than drug treatment. Electroacupuncture is better in the short and medium term in knee osteoarthritis, plantar fasciitis and fibromyalgia than treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs

# I. Introducción

Este informe se enmarca en los objetivos del “Plan de Protección de la Salud frente a las pseudoterapias” impulsado por el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Su principal objetivo es proporcionar a la ciudadanía información veraz para que pueda diferenciar las prestaciones y tratamientos cuya eficacia terapéutica o curativa ha sido contrastada científicamente de todos aquellos productos y prácticas que, en cambio, no lo han hecho.

El Plan contempla cuatro líneas de actuación y la primera de ellas es generar, difundir y facilitar información, basada en el conocimiento y en la evidencia científica más actualizada y robusta de las pseudoterapias a través de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS).

Con el fin de avanzar en esta línea se ha asignado una línea de actividad para el apoyo a la evaluación de la evidencia científica que se requiere desde el Plan de Protección de la Salud frente a las pseudoterapias en el marco del Plan de trabajo Anual de la de la RedETS. Como punto de partida se elaboró un análisis exploratorio inicial, basado en una revisión de las publicaciones científicas (revisiones sistemáticas y ensayos clínicos), limitada temporalmente al período 2012-2018, en una base de datos médica (Pubmed) en el que se registró un listado de 71 de las 138 técnicas o procedimientos contemplados para los que no se han identificado ensayos clínicos o revisiones sistemáticas publicados durante el periodo 2012-2018, que proporcionen evidencia científica. Por tanto, para estas técnicas no se localizó soporte en el conocimiento científico con metodología lo suficientemente sólida (ensayos clínicos o revisiones sistemáticas) que sirviera para evaluar su seguridad, efectividad y eficacia, de manera que se clasificaron como pseudoterapias según la definición del mencionado Plan. Se considera pseudoterapia a la sustancia, producto, actividad o servicio con pretendida finalidad sanitaria que no tenga soporte en el conocimiento científico ni evidencia científica que avale su eficacia y su seguridad.

Para las restantes técnicas en las que se localizaron publicaciones científicas con la búsqueda realizada, se ha planificado un procedimiento de evaluación progresivo, para analizarlas en detalle. En este marco se incluye la evaluación de la eficacia y seguridad de la acupuntura.

## I.1. Descripción de la acupuntura

La acupuntura es una tecnología compleja, surgida de la Medicina Tradicional China y utilizada desde hace más de 2.500 años en China<sup>1,2</sup>.

Según las diferentes escuelas, los detalles de su práctica pueden variar. De forma general, la acupuntura está basada en la teoría de la existencia de patrones de flujo de energía (Qi) por todo el cuerpo, cuya interrupción, mantenida en el tiempo, puede ser causa de aparición de enfermedades. La acupuntura tradicional busca corregir este desequilibrio del flujo mediante la estimulación de puntos específicos de la piel situados a lo largo del recorrido de los 12 meridianos o canales por los cuales circula la Qi<sup>1-3</sup>.

En la Medicina Tradicional China, el acupunturista decide qué puntos tratar mediante los métodos diagnósticos de inspección, auscultación y olfato, palpación e indagación. Dichos puntos podrán ser de libre elección, utilizar una fórmula con puntos predeterminados en todos los pacientes o bien utilizar una fórmula fija combinada con puntos adicionales según los síntomas del paciente<sup>1</sup>.

Existen técnicas de acupuntura diferentes a la utilizada en Medicina Tradicional China que no emplean meridianos y que pueden utilizarse solas, o bien en combinación con la terapia basada en ellos<sup>1,4</sup>. Además de estas posibles diferencias, hay que tener en cuenta que en la acupuntura médica occidental se realiza una adaptación de la acupuntura surgida de la Medicina Tradicional China. En ella, los acupunturistas se centran menos en sus principios tradicionales y desarrollan el uso de la acupuntura después del diagnóstico médico.

Teniendo todos estos aspectos en cuenta, entre los diferentes tipos de acupuntura practicados se encuentran los siguientes:

- Acupuntura clásica: se realiza mediante la inserción de agujas en un punto acupuntural. Las agujas miden de 1 a 10 cm, y pueden estar fabricadas en oro, plata, cobre, acero o una combinación de metales. Su inserción en la piel no debe ser superior a 8 cm de profundidad<sup>1,5</sup>, siendo habitualmente menor a esa cifra y variando en función al punto de acupuntura concreto o a las características de la persona<sup>6</sup>. Estas agujas pueden insertarse durante un determinado periodo de tiempo o bien, además de su inserción pueden estimularse manualmente para producir una sensación localizada de “dolor sordo” llamada “de-qui”<sup>1,7</sup>, así como “el agarre de la aguja”, una sensación de tirón que siente el acupunturista y que se genera por una interacción mecánica entre la aguja y la piel<sup>4</sup>.
- Electroacupuntura: se inserta una aguja de acupuntura en un punto acupuntural y se estimula eléctricamente<sup>1,7</sup>.

- Moxibustión: consiste en la utilización de una hierba *Artemisia Vulgaris* que se quema sobre el punto de acupuntura para generar calor local<sup>1,3,7,8</sup>.
- Acupuntura láser o laserpuntura: emplea un rayo láser para estimular los puntos acupunturales<sup>1</sup>.
- Vacuoterapia, terapia por vacío o ventosas: se produce un vacío sobre los puntos acupunturales y en algunas situaciones las ventosas se pueden combinar con la sangría para facilitar esta última técnica<sup>1</sup>.
- Acupresión: hacer presión con las manos, codos, o con la ayuda de varios dispositivos sobre diferentes puntos de presión en la superficie del cuerpo humano<sup>1</sup>.
- Auriculopuntura: aplicación de agujas en el pabellón auricular. La auriculopuntura eléctrica es una variante realizada a través de un dispositivo que genera corriente continua en los puntos de la oreja donde están las agujas<sup>1</sup>.
- Estimulación intramuscular: técnica que consiste en la aplicación de agujas en las áreas sensibles. Dentro de este apartado se incluye la punción seca que consiste en la estimulación de “puntos gatillo”, zonas débiles del músculo muy sensibles a la palpación, en los que se forma una banda tensa en las fibras musculares, normalmente palpable, que provoca limitación del movimiento y debilidad muscular. Los puntos gatillo se originan cuando varias sarcómeras se quedan permanentemente contraídas disminuyendo así el flujo sanguíneo. Esa disminución no permite la correcta nutrición ni la correcta limpieza de los desechos de las células, además de hacer que el dolor se irradie y se extienda<sup>1,7</sup>.

En relación a su mecanismo de acción, 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<sup>1</sup>. Los efectos analgésicos de la acupuntura podrían atribuirse a la estimulación de fibras A-delta en la piel y en músculos, que conducen impulsos a la sustancia gris, inhibiendo estímulos dolorosos desde la periferia y disminuyendo la percepción del dolor, generando liberación de beta-endorfinas y meta-enkefalinas en el cerebro, modulando el dolor a nivel central del hipotálamo y el sistema límbico<sup>9</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha hecho hincapié en la necesidad de apoyar la investigación sobre la acupuntura y su aplicación adecuada. Así en el año 1989 convocó un Grupo Científico que aprobó una Nomenclatura Normalizada Internacional de Acupuntura y en el año 2002 publicó las directrices sobre capacitación básica y seguridad de la acupuntura<sup>10</sup>.

Estas directrices comprenden los requisitos básicos para la capacitación de acupuntores no médicos y médicos que deseen utilizarla en su labor clínica e incluye un programa de estudio esencial. Tienen por objeto reducir al mínimo el riesgo de infección y los accidentes, alertar a los acupuntores acerca de las contraindicaciones y orientar sobre la manera de afrontar las complicaciones que aparezcan durante el tratamiento<sup>10</sup>.

## I.2. Descripción de las indicaciones clínicas

El dolor es una de las causas de consulta más frecuentes en atención sanitaria, especialmente en atención primaria. Aunque no existe uniformidad en cuanto a su definición, en general se entiende por dolor crónico aquel que persiste más allá de 3 o 6 meses desde su aparición o más allá del periodo de curación esperado para una determinada lesión<sup>11</sup>.

Puede estar causado por numerosas entidades patológicas y, de forma general, se clasifica según su mecanismo de producción en nociceptivo, neuropático o mixto.

Dada su prevalencia e incidencia, supone un problema de salud pública importante que interfiere en las responsabilidades laborales y familiares de quienes lo padecen. Se estima que un 12 % de la población adulta española sufre dolor crónico de origen no oncológico, siendo la artrosis de extremidades y la espondiloartrosis lumbar dos de sus principales causas. Según datos de la Sociedad Española de Reumatología, un 17 % de la población mayor de 20 años padece artrosis de mano, rodilla o columna y alrededor del 15 % sufre lumbalgia<sup>11</sup>.

## I.3. Opciones terapéuticas habituales de referencia

Existen muchas opciones de tratamiento, tanto farmacológicas como no farmacológicas, para el tratamiento del dolor.

Aún así, en numerosos casos el dolor crónico se presenta resistente al tratamiento, obligando a la combinación de diferentes terapias. Entre ellas se encuentran la administración de tratamiento farmacológico (AINES, antidepresivos...), terapia física activa y pasiva, bloqueo neurológico regional, inyección de corticoides, neuroestimulación, técnicas neuroablativas...<sup>1,11</sup>.

## II. Alcance y objetivo

En relación al alcance de este objetivo, la población diana incluirá pacientes y usuarios de la técnica, en cualquiera de sus modalidades como terapia en las siguientes patologías o condiciones clínicas concretas: dolor crónico no oncológico de origen musculoesquelético incluyendo las cervicalgias, el dolor de hombro, la epicondilitis, la artritis reumatoide, la osteoartrosis de rodilla y cadera.

El objetivo principal de este informe es identificar, evaluar críticamente y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la seguridad y la eficacia de la acupuntura en el tratamiento del dolor crónico no oncológico de origen musculoesquelético.

El informe está dirigido no solo a gestores y profesionales sanitarios sino también a la ciudadanía como potencial usuaria de la tecnología sanitaria que se evalúa.

Objetivos específicos:

- Identificar las patologías o las condiciones clínicas no oncológicas en las que se usa la acupuntura como tratamiento de dolor crónico de origen musculoesquelético.

# III. Metodología

## III.1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

En primer lugar, se realizó una búsqueda exploratoria con el objetivo de precisar la pregunta de investigación y reconocer los términos clave a utilizar en la estrategia de búsqueda que se realizaría posteriormente.

Se estableció una búsqueda estructurada y sistematizada específica según formato PICO (Población, Intervención, Comparación y Resultados-*Outcomes*) empleando terminología libre y controlada para identificar los principales estudios relevantes. En las búsquedas realizadas, se empleó un límite temporal para recuperar documentos publicados en los últimos 5 años (enero de 2014 hasta agosto de 2019). En cuanto al idioma, no se limitó ninguna de las estrategias de búsqueda salvo la de CINAHL en la que únicamente se incluyeron las referencias en inglés, francés y español.

<b>Base de datos</b>	<b>Periodo de búsqueda</b>
Allied and complementary medicine (AMED)	2014 – 2019
PEDro	2014 – 2019
EMBASE	2014 – 2019
MEDLINE	2014 – 2019
PUBMED	2014 – 2019
Epistemonikos	2014 – 2019
TripDataBase	2014 – 2019
CRD	2014 – 2019
CINAHL	2014 – 2019

Los detalles de las estrategias de búsqueda utilizadas se muestran en el anexo 1.

## III.2 Selección de estudios

Dos revisores de forma independiente filtraron todas las referencias identificadas por título y resumen, usando los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

### Tipos de estudios

Se incluyeron informes de síntesis, revisión de revisiones sistemáticas y revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados, publicados en español, inglés y francés, que proporcionaran información o se pudiera obtener a través del contacto con sus autores. Se excluyeron estudios con cualquier otro tipo de diseño, entre ellos, revisiones de estudios controlados no aleatorizados, estudios primarios, revisiones narrativas, resúmenes a congresos, opiniones de expertos, tesis doctorales, comentarios, editoriales y cartas al editor y estudios realizados en animales.

Se excluyeron los estudios en los que no se proporcionase información sobre la indicación exacta de la acupuntura o no se especificase que se tratase de dolor crónico o agudo.

### Tipos de participantes

Los pacientes tratados debían presentar dolor crónico no oncológico de origen musculoesquelético.

### Tipo de intervención

Se incluyeron los estudios en los que la intervención experimental consistía en el uso de la acupuntura (en cualquiera de sus variantes).

Se excluyeron de este análisis los estudios que analizaban el uso combinado de diferentes técnicas de acupuntura (salvo aquellos en los que los resultados se proporcionaban de forma independiente).

### Tipos de comparador

Se incluyeron los estudios en los que la intervención a comparar fuese tratamiento habitual del dolor (farmacológico o físico) o bien se comparase frente a placebo (acupuntura simulada).

Se excluyeron estudios en los que el comparador fuese otra forma de aplicación de acupuntura.

## Tipos de medidas de resultados

Se incluyeron los estudios que aportasen suficiente información sobre dolor o capacidad funcional, variables de resultado consideradas relevantes para esta revisión. De esa forma se incluyeron los estudios que incluían, como mínimo, una evaluación inicial y una evaluación posterior a la intervención en relación a estas variables.

En la Tabla 2 se muestran resumidamente los criterios de inclusión y exclusión descritos.

	<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Motivo de exclusión</b>
<b>Tipo de estudio</b>	Informes de síntesis, revisión de revisiones sistemáticas, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o metanálisis	Revisiones sistemáticas de estudios con diseño diferente a ensayo clínico aleatorizado, estudios primarios, revisiones narrativas, resúmenes a congresos, opiniones de expertos, tesis doctorales, comentarios, editoriales, cartas al editor o estudios realizados en animales
<b>Población</b>	Pacientes con dolor crónico no oncológico de origen musculoesquelético	
<b>Intervención</b>	Acupuntura	Estudios que analizaban el uso combinado de diferentes técnicas de acupuntura
<b>Comparador</b>	Tratamiento farmacológico o físico habitual frente al dolor o placebo	Otra técnica de acupuntura
<b>Resultados</b>	Dolor y capacidad funcional	

## III.3. Valoración de la calidad de los estudios

La revisión de la calidad metodológica de los estudios incluidos se realizó de forma independiente por dos revisores.

Para la evaluación de la calidad de las revisiones sistemáticas se empleó la herramienta AMSTAR 2 (*A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews*) en su versión online ([https://amstar.ca/Amstar\\_Checklist.php](https://amstar.ca/Amstar_Checklist.php)).

## III.4. Extracción de datos y síntesis de la evidencia

Los datos de los estudios incluidos fueron extraídos utilizando un formulario elaborado específicamente para este informe, con el que se desarrollaron posteriormente las correspondientes tablas de evidencia. Este formulario recogía las variables más importantes relacionadas con los objetivos generales y específicos de este informe:

- Características generales del estudio: autor principal, año de publicación, país donde se realizó el estudio, fecha de la búsqueda,

objetivo del estudio, diseños incluidos, seguimiento de los estudios incluidos y criterios de inclusión y exclusión.

- Características de la población: número de pacientes, edad, condiciones clínicas.
- Intervención.
- Comparador.
- Medidas de resultado y escalas de medición.

El proceso de extracción de datos de los estudios seleccionados se realizó por pares, de forma independiente. Cualquier posible desacuerdo se resolvió por consenso.

Se realizó un análisis descriptivo y narrativo de las tablas de evidencia y síntesis de las principales medidas de resultado. La información recopilada se presentó como síntesis cualitativa.

### III.5. Participación de los agentes de interés

La implicación de los agentes con interés en la tecnología a evaluar se planteó desde el inicio del proceso de evaluación con el objetivo de que pudieran realizar aportaciones sobre los aspectos relevantes para ellos.

Se realizó una invitación activa a través de correo electrónico a las organizaciones profesionales y de usuarios relacionadas con la acupuntura para que aportaran evidencia científica sobre la eficacia clínica y seguridad de la técnica. Se invitó únicamente a aquellas organizaciones que cumplieran los siguientes criterios: ser entidades en el Estado español, estar relacionadas con las ciencias o el ámbito de la salud, y estar legalmente constituidas (ver anexo 2). Se envió el protocolo de trabajo a estas asociaciones junto a un formulario de solicitud de información en la que se explicó que el objetivo era únicamente la aportación de evidencia científica disponible. Se estableció un plazo de 15 días para la recepción de aportaciones. Se aceptaron también las aportaciones de organizaciones que no fueron invitadas activamente, siempre y cuando éstas cumplieran los criterios de participación mencionados y las aportaciones se recibieran dentro del mismo plazo de 15 días.

En febrero de 2021 se sometió el informe preliminar a una revisión externa, en la que fueron invitadas a participar organizaciones relacionadas con la acupuntura, entre las que se encontraban asociaciones de pacientes, colegios profesionales y sociedades científicas. Todas ellas cumplían los criterios anteriormente citados (ser entidades en el Estado español, estar relacionadas con las ciencias o el ámbito de la salud, y estar legalmente constituidas)

Finalmente, participaron en el proceso de revisión externa 13 organizaciones, recogidas en el anexo 2.

# IV. Resultados

## IV.1. Resultado de la búsqueda bibliográfica

Como resultado de las búsquedas electrónicas realizadas hasta agosto de 2019, se obtuvo un total de 818 citas, de las que 130 referencias fueron excluidas por encontrarse duplicadas. De las 688 referencias restantes, 554 fueron excluidas tras revisar título y *abstract*, por no cumplir criterios de inclusión. Se obtuvieron los textos completos de un total de 134 referencias consideradas potencialmente relevantes para realizar una evaluación más detallada, siendo finalmente seleccionadas para su análisis 35. El diagrama de flujo de los estudios a través del proceso de revisión se muestra en el anexo 3 y en el anexo 4 se ofrece la relación de referencias excluidas a texto completo ordenadas por motivos de exclusión.

De los estudios incluidos para su análisis, 8 trataban sobre el dolor crónico de origen musculoesquelético como una indicación general o bien incluían diferentes patologías como dolor crónico lumbar, cervical, de hombro, artrosis de rodilla y fibromialgia, entre otros<sup>12-19</sup>. De manera específica por indicación se encontraron 1 para dolor crónico lumbar<sup>20</sup>, 4 cervical/hombro<sup>21-24</sup>, 3 temporomandibular<sup>25-27</sup>, 1 epicondilitis<sup>28</sup>, 2 síndrome del túnel carpiano<sup>29,30</sup>, 7 artrosis de rodilla y cadera<sup>31-37</sup>, 2 fascitis plantar<sup>38,39</sup>, 4 enfermedad reumática<sup>40-43</sup> y 3 para dolor crónico en fibromialgia<sup>44-46</sup>.

A continuación, se exponen las características de cada uno de ellos.

### IV.1.1. Características de los estudios incluidos

#### Dolor crónico musculoesquelético general

En relación al dolor crónico musculoesquelético general, se identificaron un total de 8 documentos, entre ellos 2 informes de síntesis elaborados por el *National Institute for Health Research* (NIHR)<sup>12</sup> y por la *Agency for Healthcare Research and Quality's* (AHRQ)<sup>13</sup>, 2 revisiones que hacen referencia al informe del NIHR, una por ser una actualización del mismo<sup>14</sup> y otra por analizar otro tipo de resultados<sup>15</sup>, 1 metanálisis<sup>16</sup> y 3 revisiones de revisiones sistemáticas<sup>17-19</sup>.

Estos documentos se publicaron entre 2016 y 2018 y en ellos se analizaban tanto ensayos clínicos aleatorizados como revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados con diferentes objetivos:

- Determinar si la acupuntura era superior a la aplicación de placebo (acupuntura simulada) o tratamiento habitual en pacientes con dolor crónico<sup>12,14,15</sup>.
- Evaluar qué tratamientos no invasivos y no farmacológicos, en determinadas condiciones clínicas (dolor crónico lumbar, cervical, por artrosis en mano, rodilla y cadera, y en fibromialgia), estaban asociados con la mejoría persistente de la capacidad funcional y del dolor, al menos 1 mes después de la aplicación del mismo<sup>13</sup>.
- Estudiar el efecto analgésico de la acupuntura clásica (con agujas) frente a cualquier tipo de acupuntura simulada en el dolor musculoesquelético<sup>16</sup>.
- Identificar las técnicas complementarias empleadas en comorbilidades de procesos musculoesquelético y mentales, mediante la síntesis de la evidencia de su eficacia, efectividad, coste-efectividad y seguridad<sup>17</sup>.
- Determinar la efectividad de la auriculoterapia en cualquier patología<sup>19</sup>.
- Evaluar la eficacia de la acupuntura en el manejo de cualquier patología<sup>18</sup>.

Para ello, los autores consultaron un gran número de bases referenciales, entre ellas: MEDLINE/PubMed<sup>12,13,16-19</sup>, registro de ECAs de la Cochrane<sup>12,13</sup>, *Cochrane Database of Systematic Reviews*<sup>13,16-19</sup>, *Centre for Reviews and Dissemination*<sup>18</sup>, AMED<sup>17</sup>, EMBASE<sup>16,17</sup>, CINAHL<sup>17,19</sup>, PsycINFO<sup>17,19</sup>, Epistemonikos<sup>17</sup>, SIGLE<sup>17</sup>, *Traditional Chinese Medical literature Analysis and Retrieval System (TCMLARS)*<sup>16</sup> *China National Knowledge Infrastructure (CNKI)*<sup>16</sup>, y la base de datos Wan Fang<sup>16</sup>. Así mismo exploraron los registros UKCRN<sup>17</sup>, Prospero<sup>17,19</sup>, y listas de referencia de revisión de revisiones sistemáticas e informes elaborados por profesionales y organizaciones de pacientes<sup>17</sup>.

En relación a las intervenciones realizadas, todos los estudios incluidos hacían referencia al uso de acupuntura con uso de agujas<sup>12-18</sup>. Tan sólo un par de los documentos incluidos hacían referencia a la utilización de auriculopuntura con agujas<sup>19</sup>, estimulación eléctrica de agujas<sup>19</sup> o estimulación eléctrica transcutánea sin agujas<sup>19</sup>, estimulación por láser, acupresión<sup>19</sup>, electroacupuntura<sup>13,19</sup>, láser-acupuntura<sup>13</sup> y acupuntura con semillas como intervención a estudio<sup>19</sup>. De todos ellos, sólo dos<sup>12,14</sup> hacían referencia al enfoque de la acupuntura empleada en los ECAs que incluyen, de forma que especifican tener estudios con aplicación de acupuntura según las técnicas tradicionales chinas, otros con estilo occidental y otros con combinación de ambos enfoques. También son pocos los estudios que hacían referencia a la técnica de inserción de las agujas (fórmula empleada<sup>12,14</sup>, puntos utilizados<sup>12,14,16</sup>,

número de agujas insertadas<sup>12,14</sup>, respuestas desencadenadas<sup>12,14</sup>, estimulación de la aguja<sup>12,14,16</sup> y tiempo de permanencia de las agujas<sup>12,14,16</sup>), a las modalidades de tratamiento (número de sesiones<sup>12,14,16</sup> e intervalo entre sesiones<sup>12,14,16</sup>), a la aplicación de intervenciones simultáneas<sup>12,14,16</sup>, a la cualificación de los terapeutas<sup>12,14</sup> (duración de la formación recibida, años de experiencia clínica y experiencia con el problema concreto).

En cuanto a las intervenciones de control recibidas, todos los documentos incluyeron estudios en los que se aplicaron controles no activos basados en placebo (bien acupuntura simulada o cualquier variante aplicada en forma simulada), o bien en cuidados auxiliares y consejo médico. Tan solo el estudio de McPherson *et al.*<sup>12</sup> de 2017 recogió algunos estudios en los que se utilizaron controles activos tales como estimulación eléctrica, ejercicio muscular y crioterapia.

Para mayor información, en el anexo 5 se presentan las tablas descriptivas de las características de los estudios incluidos en el presente análisis.

## Dolor crónico lumbar

En relación al dolor crónico lumbar, se identificaron un total de 8 documentos. De ellos, 7 correspondían a documentos sobre dolor crónico general descritos previamente<sup>12-18</sup>, y tan sólo uno hacía referencia específicamente a esta indicación<sup>20</sup> (un metanálisis aceptado para su publicación en 2018).

En total, entre todos los documentos relacionados con dolor lumbar crónico incluidos en el presente análisis<sup>12-18,20</sup> se han recogido 19 ECAs publicados entre 2001 y 2013 y 6 revisiones sistemáticas de ECAs publicadas entre 2005 y 2015. El solapamiento de ECAs incluidos en las revisiones sistemáticas e informes de síntesis analizados en el presente informe se presenta en el anexo 6 y las referencias de cada uno de ellos en el anexo 7. Así mismo, el solapamiento de revisiones sistemáticas incluidas en las *overviews* (revisión de revisiones) analizadas se presenta en el anexo 8 y sus referencias en el anexo 9.

El metanálisis de Xiang *et al.*<sup>20</sup> se realizó con el objetivo de evaluar la evidencia disponible sobre la eficacia de la acupuntura en el manejo del dolor y la discapacidad funcional en comparación con la acupuntura simulada y otras terapias placebo en el dolor lumbar no específico (tanto agudo como crónico). Para ello realizaron una búsqueda bibliográfica en diciembre de 2016 en las siguientes bases de datos buscando ECAs: registro de ECAs de la Cochrane (Central), Pubmed/MEDLINE y Embase. En relación a las intervenciones realizadas, todos los estudios incluidos hacían referencia al uso de acupuntura clásica con uso de agujas y los autores del metanálisis sólo especificaban el número de sesiones recibidas en cada ECA incluido y el tiempo de duración de dichas sesiones. No hacían referencia a

la técnica de inserción de las agujas ni a la cualificación de los terapeutas. En cuanto a las intervenciones de control recibidas, todos los ECAs del metanálisis incluyeron estudios en los que se aplicaron controles no activos basados en placebo (acupuntura simulada y otras técnicas placebo como aplicación de TENS).

## Dolor crónico en cervicalgia/hombro

En relación al dolor crónico cervical/de hombro, se identificaron un total de 8 documentos. De ellos, 4 correspondían a documentos sobre dolor crónico general descritos previamente<sup>12-16</sup>, y otros 4 hacían referencia específicamente a esta indicación<sup>21-24</sup> (1 respuesta rápida elaborada por la *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*, CADTH<sup>21</sup> y 3 metanálisis<sup>22-24</sup>).

Estos documentos se publicaron entre 2015 y 2018 y en ellos se analizaban tanto ensayos clínicos aleatorizados como revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados. En total, entre todos los documentos relacionados con dolor cervical/hombro crónico incluidos en el presente análisis<sup>12-16,21-24</sup> se han recogido 48 ECAs publicados entre 1998 y 2017 y 1 revisión sistemática de ECAs publicada en 2015. Para mayor información sobre los estudios incluidos dentro de los documentos analizados en el presente informe, consultar los anexos 6-9.

Los documentos analizados sobre dolor crónico cervical/hombro como indicación específica<sup>21-24</sup>, presentaban diferentes objetivos:

- Determinación de situación de intervenciones fisioterapéuticas en el manejo de la cervicalgia y/o dolor de espalda en adultos. Entre las intervenciones incluidas se encontraban la acupuntura y la punción seca con agujas de acupuntura<sup>21</sup>.
- Comparación de la acupuntura y la electroacupuntura en el tratamiento de cervicalgia con controles activos y análisis de las mejoras obtenidas con cada técnica en el manejo del dolor y de la capacidad funcional<sup>22</sup>.
- Determinar la efectividad de los diferentes tratamientos físicos y rehabilitadores sobre el manejo del dolor crónico del músculo trapecio<sup>23</sup>.
- Evaluar la evidencia disponible sobre el número de sesiones y/o uso de determinados puntos de inserción de agujas en la administración de acupuntura con manipulación manual como tratamiento del dolor crónico del síndrome miofascial a nivel cervical y temporomandibular<sup>24</sup>.

Para ello, los autores consultaron un gran número de bases referenciales, entre ellas: MEDLINE/PubMed<sup>21-24</sup>, *Cochrane Library*<sup>21-24</sup>, *Centre for Reviews and Dissemination*<sup>21</sup>, AMED<sup>22,23</sup>, EMBASE<sup>22-24</sup>, CINAHL<sup>23</sup>, *Web of Science (WOS)*<sup>24</sup>, SPORTDiscus<sup>23</sup>, WebSic<sup>23</sup>, CNKI<sup>22</sup>, y *China Biology Medicine*<sup>24</sup>.

En relación a las intervenciones realizadas, todos los estudios incluidos hacían referencia al uso de acupuntura con uso de agujas<sup>22,23,24</sup>, punción seca<sup>21,23,24</sup> y tan sólo uno de los documentos a la utilización de electroacupuntura<sup>22</sup>. De todos ellos, este último<sup>22</sup> hacía referencia al enfoque de la acupuntura realizada en los ECAs que incluía. También fueron pocos los estudios que hacían referencia a la técnica de inserción de las agujas (puntos utilizados<sup>22,24</sup>, respuestas desencadenadas<sup>22</sup>, estimulación de la aguja<sup>22,24</sup>), a las modalidades de tratamiento (número de sesiones<sup>22,24</sup> e intervalo entre sesiones<sup>22,24</sup>) y a la aplicación de intervenciones simultáneas<sup>22,24</sup>. Del resto de características de la intervención, no se especificaba nada en ninguno de los estudios analizados.

En cuanto a las intervenciones de control recibidas, casi todos los documentos incluyeron estudios en los que se aplicaron controles no activos basados en placebo (bien acupuntura simulada o cualquier variante aplicada en forma simulada como punción seca simulada)<sup>21,23,24</sup>, en administración de cuidados habituales (seguimiento en consulta)<sup>22</sup> o sin ninguna intervención<sup>24</sup>. Tan solo el metanálisis de Seo *et al.*<sup>22</sup> de 2017 recogió estudios en los que se utilizaron controles activos tales como estimulación eléctrica de frecuencia media, terapia física (manipulación, tracción cervical, manipulación más tracción) y administración de vitamina B12.

## Dolor crónico temporomandibular (síndrome miofascial)

En relación al dolor crónico musculoesquelético general, se identificaron un total de 5 documentos. De ellos, 1 correspondía a un documento sobre dolor crónico general<sup>16</sup>, otro sobre dolor crónico en síndrome miofascial de localización cervical y temporomandibular<sup>24</sup>, descritos ambos previamente, y los 3 restantes hacían referencia específicamente a esta indicación<sup>25-27</sup> (2 metanálisis<sup>25,26</sup> y una revisión sistemática de ECAs<sup>27</sup>).

Los documentos específicos para esta indicación fueron publicados entre 2017 y 2019 y en ellos se analizaban ensayos clínicos aleatorizados. En total, entre todos los documentos relacionados con dolor temporomandibular crónico incluidos en el presente análisis 16, 24-27 se han recogido 23 ECAs publicados entre 1991 y 2015. Para mayor información sobre los estudios incluidos dentro de los documentos analizados en el presente informe, consultar los anexos 6-9.

Los documentos específicos para dolor crónico mandibular presentaban diferentes objetivos:

- Investigar los efectos de la punción seca en el dolor orofacial de origen miofascial en pacientes con disfunción de la articulación temporomandibular<sup>25</sup>.
- Determinar las propiedades de la acupuntura comparando sus efectos clínicos en el tratamiento del síndrome temporomandibular<sup>26,27</sup>.

Para ello, los autores consultaron un gran número de bases referenciales, entre ellas: MEDLINE/PubMed<sup>25-27</sup>, EMBASE<sup>26</sup>, registro de ECAs de la Cochrane (CENTRAL)<sup>25,26</sup>, *Cochrane Library*<sup>27</sup>, CINAHL<sup>25</sup>, Scopus<sup>25,27</sup>, WOS<sup>25,27</sup>, LILACS<sup>25</sup>, PEDro<sup>25</sup>, Proquest<sup>25</sup> y clinicaltrial.gov<sup>26</sup>.

En relación a las intervenciones realizadas, los estudios incluidos hacían referencia al uso de acupuntura con uso de agujas<sup>26-27</sup>, punción seca<sup>25,26</sup> y láser-acupuntura<sup>27</sup>. De todos ellos, ninguno hacía referencia al enfoque de la acupuntura realizada en los ECAs incluidos. Tan solo, el metanálisis de Vier *et al.*<sup>25</sup> ofrecía información sobre algunos aspectos de la técnica de inserción de las agujas (puntos utilizados y tiempo de permanencia de las agujas) y de las modalidades de tratamiento (número de sesiones e intervalo entre las mismas).

En cuanto a las intervenciones de control recibidas, todos los documentos incluyeron estudios en los que se aplicaron controles no activos basados en placebo<sup>25-27</sup> (acupuntura simulada, láser acupuntura simulada o punción seca simulada), o bien en controles activos basados en el uso de férulas<sup>26,27</sup> o en la administración de fármacos<sup>25</sup>.

## Dolor crónico en epicondilitis lateral

Con respecto al dolor crónico en epicondilitis, se identificaron un total de 2 documentos, uno sobre dolor crónico general descrito previamente<sup>16</sup> y otro que hacía referencia específicamente a esta indicación<sup>28</sup> (un metanálisis publicado en 2015).

En total, entre los 2 documentos relacionados con dolor crónico en epicondilitis incluidos en el presente análisis<sup>16,28</sup> se han recogido 5 ECAs publicados entre 1994 y 2015. Para mayor información sobre los estudios incluidos dentro de los documentos analizados en el presente informe, consultar los anexos 6-9.

El metanálisis de Tang *et al.*<sup>28</sup> perseguía el objetivo de evaluar la efectividad y seguridad de la acupuntura como tratamiento de la epicondilitis lateral. Para ello desarrollaron un metanálisis con búsqueda bibliográfica en 2015 explorando las bases de datos EMBASE, PubMed, *Cochrane Library*, CNKI, *Chines Scientific Journal Database (VIP database)*, *Wanfang Database*

y la base Sinomed (*Hines Biomedical Literature Database*). Además, exploraron el registro de estudios clínicos de la OMS que contiene los estudios en marcha o reciente finalización recogidos en las bases *Current Controlled Trials*, *clinicaltrials.gov* y *Chinese Clinical Trial Register*.

En relación a las intervenciones realizadas, los estudios incluidos hacían referencia al uso de acupuntura, electroacupuntura con moxibustión y electroacupuntura con terapia de bloqueo. Los autores del metanálisis sólo especificaban los puntos acupunturales estimulados, el número de sesiones recibidas en cada ECA incluido y el tiempo de duración de dichas sesiones, así como su periodicidad. No hacían referencia a la técnica de inserción de las agujas ni a la cualificación de los terapeutas. En cuanto a las intervenciones de control recibidas, todos los ECAs del metanálisis incluyeron estudios en los que se aplicaron controles no activos basados en placebo (acupuntura simulada) o bien controles activos basados en terapia de bloqueo.

### Dolor crónico en síndrome del túnel carpiano

En relación al dolor crónico en el síndrome del túnel carpiano se identificaron un total de 2 documentos, ambos específicos para esta indicación. Estos documentos se publicaron entre 2011 y 2019, tratándose de un metanálisis<sup>29</sup> y una revisión sistemática<sup>30</sup>, respectivamente.

En total, entre los 2 documentos relacionados con dolor crónico en síndrome del túnel carpiano analizados, se han recogido 16 ECAs publicados entre 1999 y 2017. Para mayor información sobre los estudios incluidos dentro de los documentos analizados en el presente informe, consultar los anexos 6-9.

Ambos estudios perseguían el mismo objetivo: evaluar críticamente los ensayos clínicos aleatorizados publicados sobre la efectividad de la acupuntura como tratamiento en el síndrome del túnel carpiano. Para ello, los autores consultaron un gran número de bases referenciales, entre ellas: MEDLINE/PubMed<sup>29,30</sup>, registro de ECAs de la Cochrane (CENTRAL)<sup>30</sup>, *Cochrane Library*<sup>29</sup>, EMBASE<sup>29,30</sup>, CINAHL<sup>29,30</sup>, PsycINFO<sup>30</sup>, así como bases de datos coreanas (DBPI, *Korea Institute of Science and Technology Information*, *The National Library of Korea*, *Korean traditional knowledge portal*, OASIS, KoreaMed, *China Academic Journal*)<sup>29</sup> y bases de datos específicas chinas (Wan Fang, *Chinese biomedical literature database*, *Taiwan periodical literature database*)<sup>30</sup>.

En relación a las intervenciones realizadas, los estudios incluidos hacían referencia al uso de acupuntura con uso de agujas<sup>29,30</sup>, estimulación eléctrica transcutánea del nervio<sup>30</sup>, electroacupuntura<sup>30</sup>, láser-acupuntura<sup>29</sup> y moxibustión<sup>30</sup>. De los dos documentos analizados, sólo uno<sup>29</sup> hacía referencia al enfoque de la acupuntura realizada en los ECAs que incluía,

de forma que especificaba tener estudios con aplicación de acupuntura según las técnicas tradicionales chinas. Este mismo estudio<sup>29</sup> también hacía referencia a la técnica de inserción de las agujas (fórmula empleada, puntos utilizados, respuestas desencadenadas y estimulación de la aguja), a las modalidades de tratamiento (número de sesiones e intervalo entre sesiones) y a la aplicación de intervenciones simultáneas.

En cuanto a las intervenciones de control recibidas, los dos documentos incluyeron estudios en los que se aplicaron controles no activos basados en placebo (acupuntura simulada)<sup>29,30</sup>, o bien controles activos tales como tratamiento farmacológico<sup>29,30</sup>, tratamiento con hierbas medicinales según Medicina Tradicional China<sup>30</sup>, terapia física mediante masaje Tui Na<sup>29</sup>, moxibustión<sup>30</sup> o inmovilización del miembro mediante entablillado<sup>30</sup>.

## Dolor crónico en artrosis de rodilla y cadera

En relación al dolor crónico en artrosis de rodilla y/o cadera, se identificaron un total de 13 documentos. De ellos, 6 correspondían a documentos sobre dolor crónico general descritos previamente<sup>12-17</sup>, y otros 7 hacían referencia específicamente a esta indicación<sup>31-37</sup> (5 metanálisis<sup>31-35</sup> y 2 revisiones sistemáticas<sup>36,37</sup>).

Estos documentos se publicaron entre 2016 y 2019 y en ellos se analizaban tanto ensayos clínicos aleatorizados como revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados. En total, entre todos los documentos relacionados con dolor crónico en artrosis de rodilla y/o cadera incluidos en el presente análisis<sup>12-17,31-37</sup> se han recogido 59 ECAs publicados entre 1994 y 2017 y 6 revisiones sistemáticas de ECAs publicadas entre 2007 y 2014. Para mayor información sobre los estudios incluidos dentro de los documentos analizados en el presente informe, consultar los anexos 6-9.

Los documentos analizados sobre dolor crónico en artrosis de rodilla y/o cadera como indicación específica<sup>31-37</sup>, presentaban diferentes objetivos:

- Determinar si la moxibustión era un tratamiento efectivo para la artrosis de rodilla<sup>31</sup>.
- Comparar el efecto de diferentes métodos de acupuntura en el tratamiento del dolor, la rigidez y la funcionalidad física en la artrosis de rodilla<sup>32-34</sup>.
- Estudiar la utilidad de diversas acuterapias en el tratamiento de la artrosis en personas mayores<sup>35</sup>.
- Establecer si la acupuntura en el tratamiento sintomatológico de la artrosis de rodilla era dosis dependiente<sup>36</sup>.
- Evaluar los beneficios y daños del uso de acupuntura en pacientes con artrosis de cadera<sup>37</sup>.

Para ello, los autores consultaron un gran número de bases referenciales, entre ellas: MEDLINE/PubMed<sup>31-37</sup>, *Cochrane Library*<sup>31, 34,35,37</sup>, EMBASE<sup>31-34,36,37</sup>, CINAHL<sup>33,35</sup>, *Web of Science (WOS)*<sup>31</sup>, *Cochrane Central Register of Controlled trials*<sup>32,36</sup>, Scopus<sup>35</sup>, clinicaltrial.gov<sup>33</sup>, CNKI<sup>33-36</sup>, *VIP Information*<sup>33,36</sup> y la base de datos WanFang<sup>33,36</sup>.

En relación a las intervenciones realizadas, casi todos los estudios incluidos hacían referencia al uso de acupuntura con uso de agujas<sup>32-37</sup>, moxibustión<sup>31,35</sup>, electroacupuntura<sup>32-36</sup> y muy pocos incluían la utilización de terapia de estimulación del periostio<sup>32</sup>, estimulación con láser<sup>35</sup>, y otras técnicas combinadas como acupuntura más administración de tratamiento farmacológico<sup>35</sup>. De todos ellos, sólo tres<sup>32,33,36</sup> hacían referencia al enfoque de la acupuntura realizada en los ECAs. Casi todos los estudios mencionaban a la técnica de inserción de las agujas, aunque en diferentes grados (puntos utilizados<sup>32,33,35-37</sup>, respuestas desencadenadas<sup>33,36</sup>, estimulación de la aguja<sup>32,33,36</sup>), a las modalidades de tratamiento (número de sesiones<sup>32-34,36,37</sup> e intervalo entre sesiones<sup>32-34,36,37</sup>) y a la aplicación de intervenciones simultáneas<sup>32-37</sup>. Sobre cualificación del personal, sólo uno de los documentos daba información al respecto aportando los datos encontrados en los ECAs que habían cumplido sus criterios de inclusión<sup>33</sup>.

En cuanto a las intervenciones de control recibidas, casi todos los documentos incluyeron estudios en los que se aplicaron controles no activos basados en placebo (bien acupuntura simulada o cualquier variante aplicada en forma simulada como punción seca simulada)<sup>31,32,34,37</sup>, en administración de cuidados habituales (seguimiento en consulta)<sup>31-33,35,37</sup>, consejo y educación del paciente<sup>33-35,37</sup>, colocación en listas de espera<sup>33,34</sup> o ninguna intervención<sup>32,33,36</sup>. En pocos documentos se recogieron y analizaron estudios en los que se utilizaron controles activos tales como administración de tratamiento farmacológico<sup>31,33,37</sup>, entrenamientos y ejercicios<sup>33,37</sup> y electroestimulación con TENS<sup>33</sup>.

## Dolor crónico en fascitis plantar

En relación al dolor crónico en fascitis plantar se identificaron un total de 2 documentos, ambos específicos para esta indicación. Estos documentos se publicaron entre 2017 y 2018, tratándose los dos de revisiones sistemáticas de la literatura.

En total, entre los 2 documentos se han recogido 6 ECAs publicados entre 2007 y 2016. Para mayor información sobre los estudios incluidos dentro de los documentos analizados en el presente informe, consultar los anexos 6-9.

Ambos estudios perseguían el mismo objetivo: analizar la eficacia o la efectividad de tratamiento de la fascitis plantar con técnicas invasivas no quirúrgicas, entre las que incluyeron punción seca<sup>38</sup>, infiltraciones<sup>38</sup>,

acupuntura<sup>38,39</sup>, o electroacupuntura<sup>39</sup>. Para ello, los autores consultaron las siguientes bases referenciales: MEDLINE/PubMed<sup>38,39</sup>, *Cochrane Library*<sup>38,39</sup>, WOS<sup>38</sup> y PEDro<sup>38</sup>.

En relación a las intervenciones realizadas, los estudios incluidos hacían referencia al uso de acupuntura con uso de agujas<sup>38,39</sup>, electroacupuntura<sup>38</sup>, punción seca<sup>38</sup> y uso combinado de electroacupuntura con estiramiento de la fascia plantar o con tratamiento conservativo<sup>39</sup> así como de acupuntura combinada con tratamiento conservativo<sup>39</sup>. De los dos documentos analizados, ninguno hacía referencia al enfoque de la acupuntura realizada en los ECAs que incluía y tan sólo uno daba cierta información relativa a puntos acupunturales empleados (sólo uno específico para dolor plantar PC7)<sup>38</sup> y a número de sesiones e intervalo entre las mismas<sup>38</sup>.

En cuanto a las intervenciones de control recibidas, los dos documentos incluyeron estudios en los que se aplicaron controles no activos basados en placebo (acupuntura simulada<sup>39</sup>, acupuntura en puntos no relacionados con la patología pero con propiedades analgésicas<sup>38</sup> y punción seca simulada<sup>38</sup> o administración de tratamiento conservativo<sup>38,39</sup>), o bien controles activos tales como infiltración de corticoides<sup>38</sup> y ejercicios de estiramiento de la fascia<sup>39</sup>.

## Dolor crónico en enfermedades reumáticas

En relación al dolor crónico en enfermedades reumatoideas, se identificaron un total de 5 documentos. De ellos, 1 correspondía a un documento sobre dolor crónico general descrito previamente<sup>16</sup>, y el resto hacían referencia específicamente a esta indicación<sup>40-43</sup> (1 revisión de revisiones<sup>40</sup> y 3 revisiones sistemáticas<sup>41-43</sup>).

Estos documentos se publicaron entre 2016 y 2019 y en ellos se analizaban tanto ensayos clínicos aleatorizados como revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados. En total, entre todos los documentos relacionados con dolor crónico en enfermedades reumatoideas incluidos en el presente análisis<sup>16,40-43</sup> se han recogido 14 ECAs publicados entre 1999 y 2015 y 5 revisiones sistemáticas de ECAs publicadas entre los mismos años. Para mayor información sobre los estudios incluidos dentro de los documentos analizados en el presente informe, consultar los anexos 6-9.

Los documentos analizados sobre dolor crónico en enfermedades reumatoideas como indicación específica<sup>40-43</sup>, presentaban diferentes objetivos:

- Revisar la evidencia sobre la eficacia de la acupuntura en enfermedades reumáticas de localización axial<sup>40</sup>.
- Analizar la efectividad de la acupuntura en pacientes con artritis reumatoide frente a placebo, acupuntura simulada o tratamientos convencionales<sup>41,43</sup>.

- Evaluar tratamientos de medicina alternativa y complementaria para las enfermedades reumáticas<sup>42</sup>.

Para ello, los autores consultaron un gran número de bases referenciales, entre ellas: MEDLINE/PubMed<sup>40-42</sup>, *Cochrane Library*<sup>40</sup>, EMBASE<sup>40,42</sup>, CINAHL<sup>41</sup>, *Cochrane Central Register of Controlled trials*<sup>41</sup>, AMED<sup>41</sup>, Epistemonikos<sup>43</sup>, repositorios científicos de acceso abierto de Portugal (*Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal, RCAAP*)<sup>41</sup> y una serie de bases de datos específicas chinas (*China Academic Journal, Century Journal Project, China Doctor/Master Dissertation Full Text Database, China Proceedings Conference Full Text*)<sup>41</sup>.

En relación a las intervenciones realizadas, casi todos los estudios incluidos hacían referencia al uso de acupuntura con uso de agujas<sup>40-43</sup>, moxibustión<sup>41</sup>, electroacupuntura<sup>41</sup> y punción seca<sup>41</sup>. De todos ellos, sólo uno<sup>43</sup> hacía referencia al enfoque de la acupuntura realizada en los ECAs. Pocos estudios mencionaban la técnica de inserción de las agujas (puntos utilizados<sup>43</sup>), las modalidades de tratamiento (número de sesiones<sup>42,43</sup> e intervalo entre sesiones<sup>42,43</sup>) y la aplicación de intervenciones simultáneas<sup>40-43</sup>.

En cuanto a las intervenciones de control recibidas, todos los documentos incluyeron estudios en los que se aplicaron controles no activos basados en placebo (bien acupuntura simulada o cualquier variante aplicada en forma simulada como punción seca simulada)<sup>40-43</sup>, listas de espera<sup>40</sup> o en administración de cuidados habituales / medicina occidental<sup>41</sup>. En pocos documentos se recogieron y analizaron estudios en los que se utilizasen controles activos tales como entrenamientos y ejercicios<sup>41</sup> o tracción cervical<sup>40</sup>.

## Dolor crónico en fibromialgia

En relación al dolor crónico en fibromialgia, se identificaron un total de 5 documentos. De ellos, 2 correspondían a documentos sobre dolor crónico general descritos previamente<sup>13,16</sup>, y otros 4 hacían referencia específicamente a esta indicación<sup>44-46</sup> (2 metanálisis<sup>44,45</sup> y 1 revisión de revisiones sistemáticas<sup>46</sup>).

Estos documentos se publicaron entre 2016 y 2019 y en ellos se analizaban tanto ensayos clínicos aleatorizados como revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados. En total, entre todos los documentos relacionados con dolor crónico en fibromialgia incluidos en el presente análisis<sup>13,16,44-46</sup> se han recogido 14 ECAs publicados entre 1992 y 2018 y 6 revisiones sistemáticas de ECAs publicadas entre 2007 y 2014. Para mayor información sobre los estudios incluidos dentro de los documentos analizados en el presente informe, consultar los anexos 6-9.

Los documentos analizados sobre dolor crónico en fibromialgia como indicación específica<sup>44-46</sup>, presentaban diferentes objetivos:

- Generar un resultado acumulado del efecto de la acupuntura en el tratamiento del dolor crónico de fibromialgia y poder ofrecer así sugerencia para futuros estudios y tratamientos<sup>44</sup>.
- Elaborar conclusiones sobre la superioridad de la acupuntura en el manejo de síntomas relacionados con fibromialgia frente al uso de acupuntura simulada, e investigar si existía diferencia en el tamaño del efecto entre diferentes tipos de placebo<sup>45</sup>.
- Actualizar la síntesis de revisiones sobre medicina complementaria y alternativa utilizadas como tratamiento para la fibromialgia<sup>46</sup>.

Para ello, los autores consultaron un gran número de bases referenciales, entre ellas: MEDLINE/PubMed<sup>44-46</sup>, *Cochrane Library*<sup>44,46</sup>, EMBASE<sup>44-46</sup>, WOS<sup>46</sup>, *Cochrane Central Register of Controlled trials*<sup>45</sup>, AMED<sup>46</sup>, PsycINFO<sup>45</sup>, CNKI<sup>44,45</sup>, *Chinese Biology Medicine*<sup>44</sup>, *Chinese Science and Technology Periodical Database*<sup>44</sup>, Chongqing VIP<sup>45</sup>, *Oriental Medicine Advanced Searching Integrated System (OASIS)*<sup>45</sup>, KoreaMed<sup>45</sup> y *Research Information Sahrng Service (RISS)*<sup>45</sup>.

En relación a las intervenciones realizadas, casi todos los estudios incluidos hacían referencia al uso de acupuntura con uso de agujas<sup>46</sup>, con estimulación manual de las mismas<sup>44,45</sup> o con electroacupuntura<sup>44-46</sup>. De todos ellos, sólo uno<sup>45</sup> hacía referencia al enfoque de la acupuntura realizada en los ECAs, así como a la técnica de inserción de las agujas (puntos utilizados, respuestas desencadenadas, estimulación de la aguja). En el resto también se informaba de las modalidades de tratamiento (número de sesiones<sup>44-46</sup> e intervalo entre sesiones<sup>44-46</sup>), así como de la aplicación de intervenciones simultáneas<sup>44-46</sup>. Ninguno informaba sobre cualificación del personal.

En cuanto a las intervenciones de control recibidas, todos los documentos incluyeron estudios en los que se aplicaron controles no activos basados en placebo (bien acupuntura simulada o electroacupuntura simulada)<sup>44-46</sup>. Cabe destacar la diferenciación realizada por los autores del metanálisis de Kim *et al.*<sup>45</sup>, para tratar de dar respuesta a la posible existencia de diferencias en el tamaño del efecto según el tipo de placebo empleado. Así crearon 3 grupos de comparación según el tipo de acupuntura simulada al que perteneciese:

- Acupuntura simulada en puntos apropiados: aquella que no implicaba inserción de agujas en la piel en puntos relacionados con la fibromialgia, pero aún así, se utilizaba algún sistema para generar un efecto placebo.

- Acupuntura en puntos inapropiados: requería inserción de agujas, pero en localizaciones no consideradas como puntos acupunturales o bien, en puntos a cierta distancia del verdadero punto acupuntural relacionado con fibromialgia.
- Acupuntura simulada en puntos inapropiados: consistía en una mezcla de las dos anteriores, donde se generaba un efecto placebo, pero sobre localizaciones de la piel no relacionadas con fibromialgia o que directamente no eran considerados puntos acupunturales.

Además de lo anterior, en dos de los documentos se recogieron y analizaron estudios en los que se utilizaron controles activos con administración de tratamiento farmacológico<sup>44,46</sup>.

#### IV.1.2. Calidad metodológica de los estudios incluidos

El análisis crítico de la calidad metodológica de los estudios incluidos se realizó utilizando la herramienta AMSTAR-2, publicada en 2017 a partir de los instrumentos Cochrane de riesgo de sesgo para estudios aleatorizados y no aleatorizados<sup>47</sup>. Esta herramienta comprende 16 dominios divididos en dos categorías, críticos (7 dominios) y no críticos (9 dominios). No proporciona una clasificación global, sino que de la presencia de debilidades en los 7 dominios considerados críticos (dado que pueden afectar sustancialmente la validez de la revisión y sus conclusiones), surgen cuatro niveles de confianza: alta, moderada, baja y críticamente baja. Los dominios críticos de esta herramienta son:

1. Protocolo registrado antes de la revisión.
2. Adecuada búsqueda en la literatura.
3. Justificación de los estudios excluidos.
4. Riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos.
5. Métodos meta-analíticos apropiados.
6. Consideración del riesgo de sesgo en la interpretación de los resultados de la revisión.
7. Evaluación de la presencia y el impacto probable del sesgo de publicación.

Según esto, de todos los documentos analizados en el presente informe, 4 presentaron un nivel de confianza alta<sup>12,13,16,44</sup> de que proporcionaban un resumen exacto y completo de los resultados de los estudios disponibles sobre el tema (correspondientes en su mayoría a documentos sobre dolor

crónico general en diferentes indicaciones<sup>12,13,16</sup> y a fibromialgia<sup>44</sup>). Estos estudios no presentaron ninguna de las debilidades críticas descritas previamente, y en sólo dos de ellos se detectó una no crítica (ausencia de información sobre las fuentes de financiación de los estudios incluidos<sup>16</sup> y una justificación parcial de los estudios excluidos<sup>44</sup>).

La mayoría de los documentos analizados presentaron un nivel de confianza moderada<sup>17-20,22-25,27-30,33,35-38,40-42,45,46</sup>, lo que se traduce en que presentaban más de una debilidad pero sin defectos considerados críticos, de forma que podían proporcionar un resumen preciso de los estudios disponibles (correspondientes a dolor crónico general en diferentes indicaciones<sup>17-19</sup>, lumbalgia<sup>20</sup>, en cuello/hombro<sup>22-24</sup>, síndrome temporomandibular<sup>25,27</sup>, epicondilitis<sup>28</sup>, síndrome del túnel carpiano<sup>29,30</sup>, artrosis de rodilla y cadera<sup>33,35-37</sup>, fascitis plantar<sup>38</sup>, enfermedad reumatoidea<sup>40-42</sup> y dolor crónico en fibromialgia<sup>45,46</sup>). Entre sus debilidades se encontraron las siguientes:

- No contener de forma explícita la declaración de que los métodos de la revisión hubieran sido establecidos con anterioridad a su realización, de forma que se pudiese justificar cualquier desviación significativa del protocolo<sup>17-20,22-24,27-29,35,36,38,40,42</sup>.
- Presentar de forma parcial la estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva<sup>25,27-30,33,35-38,41,42,45</sup>.
- Proporcionar de forma parcial la lista de estudios excluidos y la justificación de sus exclusiones<sup>19,25,28,29,33,35,36,38,40-42,45</sup>.
- No llevar a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación y discutir su posible impacto en los resultados de los estudios con síntesis cuantitativa<sup>22,23,25,28,29</sup>.

El resto de debilidades no críticas encontradas en los estudios de calidad moderada se relacionaban con la ausencia de aportación de información sobre la decisión de inclusión del diseño de ensayos clínicos aleatorizados en las revisiones analizadas<sup>33,35</sup>, la no realización por pares de la selección o extracción de datos<sup>23,27,29,35,41</sup>, la ausencia de información sobre aspectos relacionados con la financiación de los estudios incluidos<sup>22-25,27-30,33,35,36,38,40-42,45</sup>, la no evaluación del impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del metanálisis en aquellos que presentaron síntesis cuantitativa de los datos<sup>23,29,46</sup> y con falta de explicaciones y discusión de cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión<sup>23,30,36,38</sup>.

El resto de los documentos analizados presentaron nivel de confianza baja (6 documentos sobre dolor crónico general<sup>14,15</sup>, cervicalgia/hombro<sup>21</sup>, dolor crónico en artrosis de rodilla y cadera<sup>32,34</sup> y fascitis plantar<sup>39</sup>) y críticamente baja (4 documentos sobre síndrome temporomandibular<sup>26</sup>, artrosis de rodilla/cadera<sup>31</sup> y fibromialgia<sup>43</sup>).

Que un estudio presente un nivel de confianza baja significa que presenta una debilidad crítica, con o sin puntos débiles no críticos, de forma que la revisión sistemática no puede proporcionar un resumen exacto y completo de los estudios disponibles. En el presente informe, los estudios calificados como de confianza baja presentaron debilidades críticas relacionadas con la ausencia de protocolo previo<sup>34</sup>, la presentación parcial o no presentación de una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva<sup>34</sup>, la falta de información sobre los estudios excluidos y sus motivos de exclusión<sup>34</sup>, los instrumentos utilizados para la evaluación del riesgo de sesgos de los documentos que incluían<sup>14,15</sup> y la falta de consideración del riesgo de sesgo de los estudios primarios a la hora de interpretar y discutir los resultados de sus revisiones<sup>21</sup>.

Por otro lado, que un estudio presente un nivel de confianza críticamente baja significa que presenta más de una debilidad considerada como crítica, y por lo tanto la revisión sistemática no es confiable. En este informe se calificaron con nivel de confianza críticamente bajo 3 revisiones sistemáticas sobre síndrome temporomandibular<sup>26</sup>, artrosis de rodilla/cadera<sup>31</sup> y fibromialgia<sup>43</sup>. Los motivos para esta clasificación consistieron en la presencia de prácticamente todas las debilidades críticas en cada uno de los 3 documentos: ausencia de protocolo previo<sup>26,31,43</sup>, ausencia total<sup>31,46</sup> o parcial<sup>26</sup> de estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva, ausencia total<sup>31,46</sup> o parcial<sup>26</sup> de lista de estudios excluidos y motivos de exclusión, ausencia de técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios primarios incluidos en las revisiones<sup>26,43</sup>, no consideración de los riesgos de sesgos de los estudios primarios en la interpretación de los resultados de las revisiones sistemáticas<sup>26,31</sup> y falta de investigación de un posible sesgo de publicación<sup>26,31,43</sup>.

Para un conocimiento en mayor profundidad. En el anexo 10 se encuentran disponibles las evaluaciones con la herramienta AMSTAR-2 de la calidad de cada uno de los estudios incluidos.

## IV.2. Descripción y análisis de resultados

### IV.2.1 Seguridad

A continuación, se presentan los resultados de seguridad aportados por los estudios analizados y, a modo de resumen, en el anexo 11 se muestra la relación de los principales eventos adversos identificados.

#### Dolor crónico general

De todos los estudios incluidos con esta indicación, tan sólo uno<sup>19</sup> aportaba información sobre seguridad de la auriculoterapia en dolor crónico general como indicación clínica, especificando la presencia de pocos eventos adversos, siendo los más frecuentes el dolor de oído y el cansancio.

#### Lumbalgia crónica

En tres documentos<sup>17,20,40</sup> se encontró información sobre seguridad de acupuntura en lumbalgia crónica, indicando todos ellos que la técnica resultaba segura. Entre los eventos adversos más frecuentes indicaron<sup>20</sup> la aparición de pequeños hematomas y sangrados locales.

Por su parte, los autores del informe de la AHRQ<sup>13</sup> identificaron información limitada relacionada con la aparición de eventos adversos tras la aplicación de acupuntura en dolor lumbar crónico e indicaron que no se apreciaron claras diferencias entre acupuntura y controles en el riesgo de padecerlos.

#### Cervicalgia y dolor de hombro crónicos

En dolor cervical crónico, se analizaron 4 documentos<sup>13,17,21,40</sup> que hacían referencia a la seguridad de la acupuntura. Todos ellos especificaron no detectar ningún evento adverso grave en los estudios, calificando así la acupuntura como una intervención segura para el tratamiento de esta indicación.

#### Dolor crónico en síndrome miofascial (región temporomandibular y cervical)

Tan sólo dos documentos hacían referencia a la seguridad de la acupuntura en esta indicación, no encontrando ninguno de ellos eventos adversos graves<sup>24,26</sup>.

De forma más detallada, la revisión sistemática de Wang *et al.*<sup>24</sup> identificaba dos estudios en los que se hacía referencia a la aparición de eventos adversos relacionados con la intervención. En uno de ellos, el 88 % de los pacientes experimentaron molestias moderadas tras la aplicación de

punción seca (ligero dolor en la parte superior del músculo trapecio). Sin embargo, ninguno de ellos informó de aumento del dolor. En el otro estudio, un único paciente desarrolló un hematoma sobre la región de aplicación de acupuntura tras la tercera sesión.

### Dolor crónico en epicondilitis lateral

Para esta indicación, la evidencia identificada<sup>28</sup> incluyó estudios primarios en los que se afirmaba que el dolor fue la primera causa de abandono de los pacientes, pero sin ofrecer más datos al respecto (no pudiendo establecer la verdadera causa de dicho dolor, la técnica de acupuntura administrada, la asociación con otras intervenciones complementarias...).

### Dolor crónico en síndrome del túnel carpiano

En dolor crónico asociado a síndrome de túnel carpiano, una única revisión sistemática<sup>30</sup> informaba sobre la identificación de estudios en los que se habían detectado efectos adversos no graves relacionados con la administración de acupuntura (no aportaba más datos al respecto).

### Dolor crónico en artrosis de rodilla y cadera

Al analizar los documentos sobre dolor crónico en artrosis de rodilla y cadera, se identificaron cinco que hacían referencia a la seguridad de la acupuntura en dicha indicación<sup>13,17,31,33,37</sup>.

Todos describieron la aparición de eventos adversos leves relacionados con la intervención, aunque no todos especificaban dichos eventos menores: dolor en el lugar de inserción de las agujas<sup>37</sup>, sangrado<sup>37</sup> y hematomas<sup>37</sup> y quemaduras y enrojecimiento de la piel en la aplicación de moxibustión<sup>31</sup>. Si bien, dos documentos no encontraron diferencias en el riesgo de padecer eventos adversos graves entre ninguna de las formas de acupuntura y los grupos control establecidos<sup>13,33</sup>.

### Dolor crónico en fibromialgia

Del total de documentos sobre fibromialgia, cinco hicieron referencia a la seguridad de las técnicas aplicadas<sup>13,17,44,45</sup>. La mayoría de ellos identificó la acupuntura como una intervención segura para esta indicación<sup>17,44,45</sup> (sin aparición de eventos adversos graves y con descripción de aparición de reacciones leves<sup>45</sup>, tales como hematomas, enrojecimiento, incomodidad ante la inserción de las agujas... siendo todas más comunes en los grupos en los que se utilizó acupuntura). Tan sólo el informe de síntesis elaborado por la AHRQ<sup>13</sup> reportó empeoramiento de los síntomas de la fibromialgia en el 4 % de los pacientes, y presencia de síntomas vasovagales y molestias en el 61 – 70 %.

## IV.2.2 Eficacia

### Dolor crónico general

Todos los documentos analizados que aportaban resultados de acupuntura en el manejo del dolor crónico general encontraron evidencia científica a favor de la acupuntura clásica con uso de agujas<sup>12-16,18</sup> y de la auriculoterapia<sup>19</sup>.

A continuación, se describen los hallazgos específicos sobre eficacia para esta indicación (para mayor información, consultar la anexo 12):

El informe de síntesis de la NIHR<sup>12</sup> (así como en los metanálisis de Vickers *et al.*<sup>14</sup> y de MacPherson *et al.*<sup>15</sup>) afirmaron que la acupuntura resultaba ser una opción con resultados superiores en pacientes con dolor crónico en comparación a los controles (tanto en aquellos tratados con tratamiento habitual como con acupuntura simulada). Los datos indicaron que la acupuntura era más que un placebo, aunque las diferencias entre acupuntura real y acupuntura simulada fuesen relativamente modestas. La acupuntura resultó significativamente superior a los controles, independientemente del tipo de control utilizado por los estudios. Los autores encontraron muy poca evidencia sobre las modificaciones que las diferentes técnicas de acupuntura o las características de los acupuntores pudiesen provocar sobre el tamaño del efecto. Identificaron evidencia moderada sobre que el mayor número de agujas o de sesiones se asociase con mejores resultados cuando la acupuntura se comparaba con acupuntura simulada, lo que podría sugerir que la dosis es importante.

Los autores de la revisión de MacPherson *et al.*<sup>15</sup> encontraron información suficiente sobre duración del efecto de la acupuntura a lo largo del tiempo como para realizar un análisis cuantitativo de la misma. Así vieron que en los estudios en los que la acupuntura se comparaba con controles como lista de espera, cuidados habituales, etc... el tamaño del efecto disminuía de forma no significativa a los 3 meses de finalización del tratamiento. El valor central estimado sugería que aproximadamente el 90 % del beneficio obtenido por la acupuntura frente a los controles se mantendría a los 12 meses de finalización del tratamiento. En los estudios en los que se comparaba acupuntura con acupuntura simulada, la reducción observada en el tamaño del efecto a los 3 meses sugería una disminución de aproximadamente el 50 % al año de seguimiento.

El informe de síntesis de la AHRQ<sup>13</sup> mostró que la acupuntura se asociaba con una mejoría ligera-moderada de la función y del dolor crónico de forma duradera en las condiciones clínicas estudiadas (los resultados específicos para cada una de esas condiciones se presentan en sus correspondientes apartados).

El metanálisis de Yuan *et al.*<sup>16</sup> encontró diferencias estadísticamente significativas a favor de la acupuntura tanto para el dolor como para la disfunción. En ambos casos se presentaron grandes heterogeneidades. Con el modelo univariante de metarregresión, los autores concluyeron que la localización de las agujas de placebo y/o la profundidad de las mismas podrían explicar la mayoría de la heterogeneidad encontrada en algunas condiciones clínicas como dolor de hombro, lumbalgia, artrosis, dolor miofascial y fibromialgia. Sin embargo, estas variables no resultaron significativas en otras patologías.

La revisión de revisiones de Muñoz-Ortego *et al.*<sup>18</sup> concluyó que la acupuntura podía ser eficaz en patologías reumáticas, tales como artrosis, lumbalgia y cervicalgia (entre otras de otro origen como traumatismos craneoencefálicos y cirugía de espalda). Encontraron una mejora significativa en el manejo del dolor como variable principal de resultado en todas las revisiones centradas en dolor crónico y artrosis, así como del efecto de la acupuntura sobre la capacidad funcional en el manejo de la artrosis y de la fibromialgia.

La revisión de Vieira *et al.*<sup>19</sup>, determinó que la auriculoterapia presentaba evidencia científica suficiente para ser indicada como terapia adyuvante en el tratamiento del dolor crónico, especialmente en lumbalgia, cervicalgia, artrosis y cefaleas tensionales de origen muscular. Los autores vieron que cuando se comparaba la auriculoterapia con el grupo control o los grupos de terapia simulada, el grupo intervención mostraba diferencias en el alivio del dolor en los siguientes periodos temporales: entre 0 y 3 semanas de la aplicación de la técnica, entre 3 y 6 semanas, en más de 6 semanas y en periodos de seguimiento mayores.

## Lumbalgia crónica

Los estudios analizados sobre eficacia de la acupuntura en el tratamiento de la lumbalgia crónica presentaron resultados a favor de la acupuntura frente a cuidados habituales o controles inactivos (placebo) en el manejo del dolor a corto plazo<sup>13,16,17,40</sup>, no siendo así a medio<sup>13</sup> o largo plazo (a partir de 3 meses)<sup>20</sup>.

Sin embargo, en relación a la mejoría de la capacidad funcional, los estudios no identificaron mejores resultados que el placebo<sup>16,17,20,40</sup>, salvo cuando la acupuntura se combinaba con otras terapias convencionales<sup>40</sup>.

No se encontraron resultados concluyentes en el estudio de acupuntura frente a tratamiento activo (ejercicio físico y tratamiento farmacológico)<sup>40</sup>.

A continuación, se presentan detalladamente los resultados obtenidos en cada uno de los documentos analizados (para mayor información, consultar anexo 12).

## **Acupuntura versus control inactivo (placebo, acupuntura simulada o cuidados habituales)**

En el informe de síntesis elaborado por la AHRQ<sup>13</sup>, los autores encontraron que a corto plazo la acupuntura comparada con controles inactivos (placebo o cuidados habituales) se asociaba con mejoras leves tanto en dolor como en la capacidad funcional. A medio plazo no encontraron diferencias en relación a la mejoría del dolor, pero sí una ligera mejoría a largo plazo.

En la revisión de Lorenc *et al.*<sup>17</sup> los autores identificaron evidencia de mejores resultados de acupuntura frente a cuidados habituales en relación al dolor, la capacidad funcional, el bienestar, disfunción, rango de movilidad y calidad de vida. Los mismos resultados se dieron al comparar acupuntura frente a placebo para dolor y calidad de vida; no así en el caso de la disfunción.

En el metanálisis de Yuan *et al.*<sup>16</sup>, los autores encontraron resultados de efecto moderado a favor de la acupuntura, pero con una gran heterogeneidad que podría estar causada por la profundidad de inserción de las agujas utilizadas en el grupo de control. Además, también encontraron un posible sesgo de publicación que al ser evaluado se consideró no significativo. Tras eliminación de un estudio fuente de la heterogeneidad, los resultados seguían siendo robustos a favor de la acupuntura, aunque el sesgo de publicación seguía presente. Para disfunción, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de comparación.

En el metanálisis de Xiang *et al.*<sup>20</sup> los autores encontraron efectos a favor de la acupuntura en el tratamiento del dolor lumbar crónico a corto plazo (inmediatamente tras la realización de la terapia), no siendo así en los resultados a largo plazo (a partir de 3 meses de seguimiento). En relación a la capacidad funcional, la evidencia mostró que la acupuntura no era más efectiva que el placebo en su recuperación.

En la revisión de Nishishinya *et al.*<sup>40</sup>, los autores encontraron que la acupuntura comparada con placebo (acupuntura simulada) mejoraba el dolor, pero no la capacidad funcional. Los mismos resultados se obtenían al compararse con otras terapias simuladas. Sin embargo, estos autores identificaron mejorías tanto de dolor como de capacidad funcional cuando se comparaba acupuntura con ausencia de tratamiento o bien cuando se utilizaba de forma combinada con terapias convencionales y se comparaba con el uso de las terapias convencionales solas. No encontraron resultados concluyentes en cuanto a las diferencias en los resultados entre acupuntura y otras intervenciones activas como el empleo de TENS. Para ciática y espondilitis anquilosante, los autores no encontraron resultados concluyentes.

## **Acupuntura versus control activo (tratamiento farmacológico, fisioterapia y ejercicio físico)**

En la revisión de Nishishinya *et al.*<sup>40</sup>, los autores no encontraron resultados concluyentes sobre efectividad comparada entre acupuntura y otras intervenciones activas como administración de tratamiento farmacológico y fisioterapia.

### **Cervicalgia crónica**

Casi todos los documentos analizados presentaban resultados a favor de la acupuntura y la punción seca comparadas con controles inactivos (placebo o cuidados habituales) en el manejo del dolor cervical crónico a corto plazo<sup>16,21,23,40</sup> y una mejora leve de la capacidad funcional<sup>13,16</sup>.

La electroacupuntura combinada con tratamiento convencional también presentaba resultados a favor en el manejo del dolor a corto plazo<sup>22</sup>.

A continuación, se presentan detalladamente los resultados obtenidos en cada uno de los documentos analizados (para mayor información consultar anexo 12).

## **Acupuntura versus control inactivo (placebo, acupuntura simulada o cuidados habituales)**

Los autores del informe de síntesis elaborado por la AHRQ<sup>13</sup>, encontraron que a corto y medio plazo la acupuntura comparada con placebo (cuidados habituales, acupuntura simulada o láser simulado), se asociaba con mejoras leves en la capacidad funcional. Sin embargo, no identificaron ningún cambio en relación al dolor en ningún punto del seguimiento.

En la revisión de Lorenc *et al.*<sup>17</sup> los autores reportaron evidencia de mejores resultados de acupuntura frente a placebo (no se especificaban variables resultado ni tipo de placebo).

La revisión de Nishishinya *et al.*<sup>40</sup> informaba de que la mayoría de los estudios analizados mostraba un beneficio de forma inmediata y a corto plazo del uso de la acupuntura para el tratamiento del dolor cervical (resultados no observados en los estudios más antiguos). Sin embargo, para radiculopatía cervical, su uso no mostró beneficios.

El metanálisis de Yuan *et al.*<sup>16</sup> encontró un efecto moderado a favor de la acupuntura frente a placebo para el dolor y una mejora leve en el caso de la disfunción, sin presentar una heterogeneidad significativa en ningún caso. No hallaron evidencia de sesgo de publicación para esta patología.

El informe rápido de la CADTH<sup>21</sup> incluyó una revisión sistemática en la que se recomendaba el uso de punción seca en el tratamiento de cervicalgia en pacientes con puntos gatillo en el músculo trapecio.

El trabajo de Nunes *et al.*<sup>23</sup> señaló que tanto la acupuntura como la punción seca eran los tratamientos que conseguían los cambios clínicos más importantes a corto plazo sobre el dolor crónico del músculo trapecio.

Los autores del estudio de Seo *et al.*<sup>22</sup> vieron que la comparación de los efectos de la acupuntura con los tratamientos conservadores para cervicalgia crónica obtenía grados similares de efecto sobre el manejo del dolor y la mejora de la capacidad funcional. Encontraron una mejora en el control del dolor cuando la acupuntura se añadía al tratamiento convencional y lo mismo sucedía con la electroacupuntura. Sin embargo, el riesgo de sesgos e imprecisiones de los estudios incluidos, dificultaban la obtención de conclusiones concretas.

### **Acupuntura versus tratamiento activo (farmacológico y/o ejercicio físico)**

No se ha identificado ningún documento en el que se estudiase esta comparación.

#### **Dolor crónico de hombro**

Los documentos incluidos para esta indicación mostraban resultados a favor de la acupuntura en comparación con placebo en el manejo del dolor, no así para la mejora de la disfunción<sup>12,16</sup>.

A continuación, se presentan detalladamente los resultados obtenidos en cada uno de los documentos analizados (para mayor información consultar anexo 12).

### **Acupuntura versus control inactivo (placebo, acupuntura simulada o cuidados habituales)**

Ambos documentos<sup>12,16</sup> presentaron un efecto moderado a favor de la acupuntura frente a placebo para el manejo del dolor, sin presentar una heterogeneidad significativa.

El metanálisis de Yuan *et al.*<sup>16</sup> no halló evidencia de sesgo de publicación y tras la metarregresión, los autores encontraron como posible explicación de heterogeneidad la localización de las agujas placebo.

En cuanto a la disfunción, ninguno de los documentos halló diferencias significativas entre ambas intervenciones, que mostraban a su vez una heterogeneidad significativa.

### **Acupuntura versus tratamiento activo (farmacológico y/o ejercicio físico)**

No se ha identificado ningún documento en el que se estudiase esta comparación.

## Dolor crónico en síndrome miofascial (región temporomandibular y cervical)

Los resultados sobre efectividad comparada de acupuntura frente a placebo, a corto y medio plazo, mostraban mejoras del dolor a favor de la acupuntura (especialmente en estimulación de los puntos gatillo)<sup>16,17,24,27</sup>.

En cuanto a la punción seca, no se encontraron diferencias al comparar esta técnica con placebo (punción seca simulada) en relación a manejo del dolor y apertura mandibular<sup>25</sup>.

En relación a la comparación de acupuntura frente a tratamiento activo, los estudios mostraron discrepancias. Por un lado, se observaron mejoras a favor de la punción seca al compararla con administración de tratamiento farmacológico<sup>25</sup> y en cambio, no se recogieron diferencias en la efectividad comparada de acupuntura frente a tratamiento con férulas<sup>26</sup>.

A continuación, se presentan detalladamente los resultados obtenidos en cada uno de los documentos analizados (para mayor información, consultar anexo 12).

### **Acupuntura versus control inactivo (placebo, acupuntura simulada o cuidados habituales)**

El metanálisis de Yuan *et al.*<sup>16</sup> obtuvo resultados a favor de la acupuntura frente a placebo en el tratamiento del dolor crónico miofascial (articulación temporomandibular), con gran heterogeneidad debida a la localización y profundidad de penetración de las agujas placebo.

Los autores del documento Lorenc *et al.*<sup>17</sup> encontraron evidencia (buena calidad en tamaño de población medio) de mejores resultados de la acupuntura comparada con placebo y otras intervenciones activas en el tratamiento del dolor de puntos gatillo miofascial a corto y medio plazo (no se ofrecen datos numéricos).

Wang *et al.*<sup>24</sup> demostraron una eficacia favorable a la acupuntura manual comparada con placebo, en términos de disminución del dolor y reducción de la irritabilidad muscular en el síndrome miofascial cuando se estimulaban los puntos gatillo (no así los puntos de acupuntura tradicionales). En cuanto al rango de movilidad del cuello (no pudieron metanalizar los estudios encontrados dada la gran disparidad de localizaciones y técnicas empleadas), consideraron que se necesitaba más investigación para poder obtener conclusiones definitivas. Así mismo, apuntaron el hecho de la existencia de gran heterogeneidad entre los estudios y ausencia de datos a largo plazo.

Vier *et al.*<sup>25</sup> no encontraron diferencias significativas a corto plazo (menos de 3 meses) entre punción seca y placebo (punción seca simulada), en relación al manejo de la intensidad del dolor (evidencia muy baja) y capacidad de apertura mandibular sin dolor (evidencia muy baja). Sin embargo, sí encontraron una mejora del umbral del dolor a la presión aunque con un pequeño tamaño del efecto.

Wu *et al.*<sup>26</sup> mostraron que la acupuntura era más efectiva que la acupuntura simulada con agujas no penetrantes o el láser simulado, indicando que se trata de una herramienta efectiva para el manejo del dolor de pacientes con afectación temporomandibular.

Por último, Fernandes *et al.*<sup>27</sup> concluyeron que los estudios mostraban que la acupuntura presentaba un efecto analgésico a corto plazo como tratamiento del dolor miofascial en el síndrome temporomandibular. Sin embargo, apuntaron que, dada la calidad de los estudios incluidos, la fiabilidad de su evidencia era limitada.

### **Acupuntura versus tratamiento activo (farmacológico y/o ejercicio físico)**

Vier *et al.*<sup>25</sup> encontraron evidencia científica de muy baja calidad de que la punción seca era mejor que otras intervenciones activas, tales como la administración de fármacos, en el control del dolor temporomandibular a corto plazo, aunque el tamaño del efecto se consideró pequeño.

Por su parte Wu *et al.*<sup>30</sup> no encontraron diferencias entre acupuntura y uso de férulas, ya que ambos tratamientos conseguían una disminución del dolor equivalente.

### **Dolor crónico en epicondilitis**

Los documentos incluidos sobre esta indicación<sup>16,28</sup> no aportaban resultados concluyentes en relación a la efectividad comparada de la acupuntura con placebo, aunque apuntaban hacia la ausencia de diferencias significativas entre ambas en relación a la mejoría del dolor y la disfunción (ver anexo 12).

### **Acupuntura versus control inactivo (placebo, acupuntura simulada o cuidados habituales)**

El metanálisis de Yuan *et al.*<sup>16</sup> no encontró diferencias significativas entre acupuntura y placebo en epicondilitis lateral ni en relación a mejoría del dolor ni de la disfunción.

Por su parte, en el estudio de Tang *et al.*<sup>28</sup>, dos de los cuatro estudios incluidos comparan la efectividad de la acupuntura frente a acupuntura simulada para la mejora de la función muscular y del balance funcional del

codó, encontrando superior a la acupuntura. Sin embargo, los autores afirman que, dada la calidad metodológica de los estudios incluidos en su revisión, sus resultados no son concluyentes.

### **Acupuntura versus tratamiento activo (farmacológico y/o ejercicio físico)**

No se ha identificado ningún documento en el que se estudiase esta comparación.

### **Dolor crónico en síndrome del túnel carpiano**

El análisis de la efectividad de acupuntura (acupuntura clásica con agujas<sup>29,30</sup>, acupuntura con láser<sup>29</sup> y electroacupuntura<sup>30</sup>) frente a placebo (versiones simuladas de todas las técnicas empleadas) en el tratamiento del dolor crónico en el síndrome del túnel carpiano no mostró superioridad de ninguna de las opciones comparadas.

Sí se obtuvieron resultados favorables en relación a dolor y capacidad funcional al comparar la electroacupuntura combinada con entablillado frente a sólo la colocación de entablillado<sup>30</sup>.

Así mismo, la acupuntura obtuvo mejores resultados en manejo del dolor y funcionalidad que la administración de tratamiento farmacológico<sup>29,30</sup>.

A continuación, se presentan detalladamente los resultados obtenidos en cada uno de los documentos analizados (ver anexo 12 para mayor información).

### **Acupuntura versus control inactivo (placebo, acupuntura simulada o cuidados habituales)**

Sim *et al.*<sup>29</sup> identificaron dos ensayos clínicos aleatorizados en los que se comparaban acupuntura y acupuntura con láser con sus versiones simuladas, y en ninguno se encontró diferencia significativa en el efecto.

La revisión sistemática de Wu *et al.*<sup>30</sup> incluyó un ensayo que mostraba una reducción significativa en la severidad de los síntomas y aumento significativo de funcionalidad al tratarlos con electroacupuntura junto con entablillado, frente a entablillado solo. En otros 5 estudios, no hay reducción significativa en la severidad de los síntomas al tratarlos con acupuntura o técnicas relacionadas frente a diversos comparadores. Tampoco hubo diferencia significativa en la funcionalidad entre acupuntura y electroacupuntura frente a versiones simuladas.

### **Acupuntura versus tratamiento activo (farmacológico y/o ejercicio físico)**

La revisión de Sim *et al.*<sup>29</sup> incluía dos ECA que comparaban la efectividad de la inyección de esteroides con la acupuntura. Al ser analizados en un

metanálisis, se obtuvo un resultado favorable a la acupuntura. En un tercer estudio que comparó el tratamiento oral con esteroides con acupuntura, no se obtuvieron diferencias significativas.

En el trabajo de Wu et al.<sup>30</sup>, se incluyó un estudio donde la acupuntura fue más eficaz que la administración de ibuprofeno en la reducción de la severidad de los síntomas y ganancia de funcionalidad, y en otro estudio la acupuntura mejoró la severidad de los síntomas frente al tratamiento con prednisolona.

## Dolor en artrosis de rodilla y cadera

Los documentos analizados sobre efectividad comparada en artrosis de rodilla presentaban resultados a favor de la acupuntura (no en el caso de la moxibustión<sup>31</sup>) y electroacupuntura frente a control inactivo en el manejo del dolor y la capacidad funcional a corto y medio plazo<sup>12,13,16,17,32-36</sup>.

En artrosis de cadera<sup>37</sup> no se encontraron diferencias significativas en esta comparación.

La acupuntura no mostró mejoras significativas en comparación con tratamiento farmacológico para el control del dolor ni en artrosis de rodilla<sup>33</sup> ni de cadera<sup>37</sup>.

La electroacupuntura sí mostró mejoras en el tratamiento del dolor en artrosis de rodilla en comparación con el tratamiento con ibuprofeno<sup>33</sup>.

No se encontró información suficiente para poder llegar a alguna conclusión en la comparación de acupuntura frente a realización de ejercicio físico en esta indicación.

## **Acupuntura versus control inactivo (placebo, acupuntura simulada o cuidados habituales)**

En el informe elaborado por MacPherson *et al.*<sup>12</sup>, los autores concluyeron que la evidencia de la efectividad de las intervenciones que evaluaron era débil, pero que, sin embargo, cuando se comparaban todas ellas, la acupuntura podía considerarse como la que más efectividad presentaba de todos los tratamientos físicos empleado en el alivio del dolor a corto plazo en la artrosis de rodilla.

En el informe de síntesis elaborado por la AHRQ<sup>13</sup>, los autores encontraron que, a corto y medio plazo, la acupuntura no se asociaba con mejoras en la capacidad funcional (escala WOMAC para capacidad funcional) ni en el dolor, al ser comparada con los grupos control (ni siquiera al eliminar un estudio con valores límite). Tampoco se encontraron diferencias al analizar los resultados por tipo de acupuntura utilizada comparada con la intervención control o por tipo de control empleado. Sin embargo, sí identificaron una moderada mejoría tanto en la función como en el control del dolor cuando la acupuntura se comparaba con el grupo control sometido a lista de espera.

El metanálisis de Yuan *et al.*<sup>16</sup> acumuló los datos de estudios sobre artrosis de rodilla y cadera, obteniendo grandes efectos a favor de la acupuntura frente a placebo en dolor y disfunción, aunque con una gran heterogeneidad presente entre los estudios. Esa variabilidad parecía estar causada por el lugar de desarrollo de los estudios, el año de publicación y sus tamaños muestrales (cuando medían dolor) y por la localización de las agujas placebo, el dolor a nivel basal y el conocimiento previo de la acupuntura por parte de los pacientes (cuando medían disfunción). Tanto en dolor como en disfunción, se identificó un sesgo de publicación, pero tras su análisis para el dolor, no se encontró que faltase ningún estudio, no siendo así para la disfunción donde se identificaron tres estudios a favor de la intervención.

En la revisión de Lorenc *et al.*<sup>17</sup> los autores identificaron evidencia (con buena calidad) de mejores resultados de acupuntura frente a placebo (no se especifican variables resultado ni tipo de placebo).

En el trabajo de Li *et al.*<sup>31</sup> se incluyeron dos estudios que, separadamente, daban resultados de mejorías en el dolor y la funcionalidad (medidos con WOMAC) mediante moxibustión frente a moxibustión simulada o tratamiento habitual, pero al realizar el metanálisis se perdía la significancia estadística de estos resultados.

El metanálisis de Lin *et al.*<sup>32</sup> obtuvo mejor resultado en el tratamiento del dolor con acupuntura a corto plazo, pero no a largo plazo, frente a acupuntura simulada y tratamiento habitual. En la funcionalidad los resultados fueron buenos a corto y largo plazo.

En el metanálisis de Zhang *et al.*<sup>33</sup> se publican mejoras significativas en el tratamiento del dolor con acupuntura, medido con la escala WOMAC, tras ocho semanas frente a no tratamiento (o lista de espera), sin cambios tras 4 semanas, y un empeoramiento tras un año de tratamiento.

En el metanálisis de Li *et al.*<sup>34</sup> los autores encontraron una mejora significativa en el tratamiento del dolor, la rigidez y la funcionalidad con acupuntura y electro-acupuntura frente a acupuntura simulada, educación y ausencia de tratamiento. También hallaron una mejora significativa en el tratamiento del dolor con acupuntura simulada frente a educación o ningún tratamiento.

El metanálisis de Gong *et al.*<sup>35</sup> encontró que la acupuntura mejoraba de manera significativa el dolor, la rigidez y la funcionalidad con respecto a los cuidados habituales. Sin embargo, no mejoraba ninguno de estos parámetros al comparar la acupuntura con la acupuntura simulada.

En el estudio de Sun *et al.*<sup>36</sup> se identificaron 5 ensayos clínicos aleatorizados en los que se observaba una mejora del dolor y de la función al comparar acupuntura con ausencia de tratamiento. En esos mismos

estudios también se comprobó una mejora significativa de la acupuntura simulada con respecto a la no acupuntura.

Finalmente, Manheimer *et al.*<sup>37</sup> no encontraron diferencia significativa entre acupuntura y acupuntura simulada en relación al dolor o la capacidad funcional en artrosis de cadera. Sí vieron cierta mejora en ambas variables resultado al añadir a los cuidados habituales de atención primaria la acupuntura frente a la opción de cuidados en exclusiva. No encontraron información suficiente para poder determinar la superioridad en la mejora del dolor y la capacidad funcional en artrosis de cadera, de la combinación de acupuntura más educación del paciente frente a la administración exclusiva de educación.

### **Acupuntura versus tratamiento activo (farmacológico y/o ejercicio físico)**

Los autores del informe de síntesis de la AHRQ<sup>13</sup> expusieron que la información disponible era insuficiente para evaluar los efectos de la acupuntura frente a la realización de ejercicio físico (1 estudio que no encontró diferencias entre los grupos de comparación al utilizar los cuestionarios *Oxford Knee Score* y *WOMAC*).

En Zhang *et al.*<sup>33</sup>, los autores informaron de la identificación de un estudio que no encuentra diferencia en el tratamiento del dolor entre acupuntura y etoricoxib y acupuntura y sulfato de glucosamina. Sin embargo, sí la encontraron al sumar los dos tratamientos frente a etoricoxib solo. En esta misma revisión se identificó un estudio en el que la electroacupuntura era comparada con el ibuprofeno, siendo esta primera significativamente más efectiva a las 4 semanas en el manejo del dolor. Por otra parte, algunos de los estudios incluidos concluían que, en artrosis de rodilla, los resultados obtenidos con acupuntura eran peores o no presentaban diferencias con respecto al tratamiento con ejercicios.

En el documento de Manheimer *et al.*<sup>37</sup>, los autores no encontraron información suficiente para poder concluir si la acupuntura mejoraba el dolor y la función en artrosis de cadera, en comparación con la administración de tratamiento farmacológico (AINEs) o la realización de ejercicio físico.

### **Dolor crónico en fascitis plantar**

Los documentos analizados sobre efectividad comparada en fascitis plantar presentaron resultados a favor de la acupuntura<sup>39</sup> y la electroacupuntura<sup>38,39</sup> en la reducción del dolor.

### **Acupuntura versus control inactivo (placebo, acupuntura simulada o cuidados habituales)**

La revisión sistemática de Al-Boloushi *et al.*<sup>38</sup> incluyó dos estudios que presentaban resultados significativos en la reducción del dolor en fascitis plantar a favor de la electroacupuntura combinada con tratamiento habitual frente a tratamiento habitual y otros dos que analizaban la aplicación de la punción seca con disminución significativa del dolor.

El trabajo de Thiagarajah *et al.*<sup>39</sup> incluyó cuatro ensayos que presentan resultados significativos en la reducción del dolor debido a la fascitis plantar tras tratamiento con acupuntura y electroacupuntura.

### **Acupuntura versus tratamiento activo (farmacológico y/o ejercicio físico)**

No se ha identificado ningún documento en el que se estudiase esta comparación.

### **Dolor crónico en enfermedad reumatoide**

Los resultados obtenidos al analizar los documentos sobre acupuntura para el tratamiento del dolor en enfermedad reumatoidea frente a placebo no encontraron diferencias significativas entre ambos<sup>16,41</sup>.

### **Acupuntura versus control inactivo (placebo, acupuntura simulada o cuidados habituales)**

El metanálisis de Yuan *et al.*<sup>16</sup> no encontró diferencias significativas entre acupuntura y placebo en enfermedades reumatoideas en relación a mejora del dolor (no se encontraron datos en relación a disfunción).

En la revisión de Seca *et al.*<sup>41</sup> no se presentaron específicamente los resultados, sino que los autores hicieron un comentario narrativo de los mismos. Recogían dos estudios que presentaban una disminución significativa del dolor en pacientes tratados con acupuntura frente a tratamiento convencional. En otros dos estudios encontraron una mejoría significativa en la función física frente al tratamiento habitual y acupuntura simulada. Los síntomas de artritis medidos con DAS28, puntuación HAQ o HRQoL mejoraron en el grupo tratado con acupuntura con respecto al grupo con tratamiento convencional. Tres estudios que emplearon acupuntura simulada no hallaron diferencia significativa en la mejoría de los síntomas entre acupuntura real y simulada.

En el trabajo de Phang *et al.*<sup>42</sup> se recogieron tres estudios que evaluaban la eficacia de la acupuntura en el tratamiento de la artritis frente a acupuntura simulada, aunque en ninguno se identificaron diferencias significativas.

Por último, la revisión publicada por Ramos *et al.*<sup>43</sup> localizó dos ensayos en los que se comparaba la acupuntura con la acupuntura simulada, concluyendo que la acupuntura tenía un impacto nulo o mínimo en el tratamiento de la artritis para disminuir el dolor.

### **Acupuntura versus tratamiento activo (farmacológico y/o ejercicio físico)**

No se ha identificado ningún documento en el que se estudiase esta comparación.

#### **Dolor crónico en fibromialgia**

Se identificó evidencia a favor de la acupuntura frente a placebo (acupuntura simulada) en la mejora de la capacidad funcional de pacientes con fibromialgia<sup>13,17,44</sup>. Así mismo, la evidencia disponible presentó resultados mejores en el control del dolor a corto plazo con el uso de electroacupuntura frente a placebo (electroacupuntura simulada)<sup>17,44</sup> y acupuntura frente a tratamiento farmacológico<sup>44,46</sup>.

No existen datos concluyentes sobre el efecto de la acupuntura en el manejo del dolor en fibromialgia ni a corto ni a largo plazo.

A continuación, se presentan detalladamente los resultados obtenidos en cada uno de los documentos analizados (para mayor información consultar anexo 12).

### **Acupuntura versus placebo, placebo-acupuntura o cuidados habituales**

En el informe de síntesis elaborado por la AHRQ<sup>13</sup>, los autores encontraron que a corto y medio plazo la acupuntura mostraba una ligera mejora en la capacidad funcional en comparación con placebo-acupuntura. Sin embargo, no se encontró un efecto claro de la acupuntura sobre el dolor a corto o medio plazo.

Por su parte, Yuan *et al.*<sup>16</sup> no encontraron diferencias significativas entre acupuntura y placebo ni para dolor ni para disfunción.

En la revisión de Lorenc *et al.*<sup>17</sup> los autores identificaron evidencia (calidad moderada en pequeña población) de mejores resultados de acupuntura frente a placebo en el tratamiento de la rigidez en fibromialgia y de electroacupuntura frente a placebo en el tratamiento del dolor.

En el metanálisis de Zhang *et al.*<sup>44</sup> los autores identificaron evidencia de que la acupuntura resultaba más efectiva que la acupuntura simulada a corto (calidad moderada) y a largo plazo (esta última con evidencia de calidad baja). En relación a la electroacupuntura, resultó superior a la electroacupuntura simulada a corto plazo con evidencia de baja calidad, pero sin diferencias significativas a largo plazo.

Kim *et al.*<sup>45</sup> encontraron que la acupuntura era más efectiva que la simulada en el manejo del dolor pero con un pequeño efecto. Esto lo explicaron afirmando que el verdadero efecto podía ser sustancialmente diferente según el tipo de control que aplicásemos, de forma que el mayor efecto se conseguía en la comparación acupuntura *versus* acupuntura simulada en puntos inapropiados (alta calidad de la evidencia). Cuando la acupuntura se comparaba en acupuntura simulada en puntos acupunturales, los efectos eran similares a la acupresión y la diferencia conseguida entre ambas intervenciones era insignificante, además de presentarse junto a un grado de evidencia muy bajo. Así concluyeron que la acupuntura comparada con acupuntura simulada tenía efecto a corto plazo en la disminución del dolor, pero, debido a la calidad moderada de la evidencia incluida, su confianza en los efectos descritos era limitada.

Perry *et al.*<sup>46</sup> identificaron que, de todas las alternativas terapéuticas que estudiaban para tratamiento de la fibromialgia, la acupuntura era la que presentaba cierta efectividad. Esta afirmación la basaron en una revisión Cochrane de origen australiano, publicada en el año 2013 en la que se incluían 8 ECAs y un ensayo clínico cuasialeatorizado. Según los autores, en esta revisión Cochrane se demostraba una disminución mayor del dolor (medido con EVA) con administración de acupuntura que, con placebo, pero dicho hallazgo estaba basado en un único ECA. Al hacer el análisis acumulado de 6 ECAs (en los que el dolor se medía con diferentes escalas), no encontraron ninguna diferencia entre los dos grupos de comparación en cuanto a reducción del dolor. Por su parte, otro de los estudios incluidos por estos autores determinó que la acupuntura comparada con ausencia de tratamiento o terapia habitual, con un nivel de evidencia bajo-moderado, mejoraba el dolor y la rigidez en pacientes con fibromialgia. Comparada con acupuntura simulada, con una evidencia moderada, no presentaba diferencias en su efecto. Por su parte, la electroacupuntura obtenía mejores resultados que la acupuntura manual, aunque estos no se mantenían a los 6 meses de seguimiento.

### **Acupuntura *versus* tratamiento activo (farmacológico y/o ejercicio físico)**

En el metanálisis de Zhang *et al.*<sup>44</sup> la acupuntura frente a tratamiento farmacológico habitual mostró ser más efectiva en la disminución del dolor tanto a corto como a largo plazo (evidencia de la calidad muy baja).

Finalmente, en la revisión de revisiones de Perry *et al.*<sup>46</sup> se identificó un estudio que mostraba resultado a favor de la acupuntura frente a la administración de antidepresivos como tratamiento para el control del dolor en pacientes con fibromialgia.

Para mayor información sobre los resultados de eficacia, consultar el anexo 12.

## V. Discusión

En el año 2007, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA) publicó un informe en el que se valoraba la eficacia de la acupuntura para el alivio del dolor crónico en diferentes situaciones<sup>1</sup>. En esa evaluación se concluyó que, dada la complejidad de la técnica evaluada, la heterogeneidad de los estudios y las dificultades metodológicas encontradas, sólo se podía dar respuesta a cuestiones generales relacionadas con la eficacia de la acupuntura.

Así, se clasificaron las intervenciones con acupuntura según su nivel de eficacia encontrado:

- Intervenciones beneficiosas o de eficacia demostrada:
  - Acupuntura para el alivio del dolor y mejoría de la función articular a corto plazo en la osteoartritis de rodilla en comparación con acupuntura simulada o el permanecer en lista de espera.
  - 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 beneficiosas o de eficacia bastante clara pero menos concluyente que el caso anterior:
  - Acupuntura comparada con la acupuntura simulada para el tratamiento del dolor en fibromialgia a medio plazo.
- Intervenciones de cierta eficacia sugerida por una evidencia escasa o limitada (potencialmente beneficiosas):
  - Electroacupuntura comparada con la electroacupuntura simulada para el tratamiento a corto plazo del dolor en la fibromialgia.
  - Electroacupuntura para el tratamiento del dolor de hombro.
  - Acupuntura comparada con ningún tratamiento para el alivio del dolor y mejoría de la función articular a largo plazo en el síndrome femoro-patelar.
- El resto de las 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:
  - Acupuntura comparada con acupuntura simulada en el tratamiento del dolor crónico.

- Acupuntura comparada con acupuntura simulada a largo plazo para el tratamiento de la fibromialgia.
- Acupuntura para el tratamiento del dolor cervical.
- Acupuntura para el tratamiento del dolor de hombro.
- Acupuntura para el tratamiento de la epicondilitis.
- Acupuntura para el tratamiento de la artritis reumatoide.
- Acupuntura comparada con fisioterapia para el tratamiento de la osteoartritis de rodilla.
- Electroacupuntura comparada con el tratamiento combinado con diclofenaco en la osteoartrosis de rodilla.
- Acupuntura en comparación con acupuntura simulada en el alivio del dolor y mejoría de la función articular en la osteoartrosis de cadera.
- Acupuntura en comparación con programa de ejercicios más asesoramiento en la osteoartrosis de cadera.
- Electroacupuntura combinada con educación en comparación con hidroterapia más educación en la osteoartrosis de cadera.

Gracias a la elaboración de las recomendaciones STRICTA (*Standards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture* o estándares para la documentación de intervenciones en ensayos controlados de acupuntura), la acupuntura cuenta con criterios establecidos por expertos internacionales en la materia que permiten mejorar la calidad de los ensayos sobre acupuntura, no sólo en cuanto a su presentación, sino en lo concerniente al diseño del estudio<sup>48</sup>.

Respetar estos criterios permite estudiar tanto la intervención activa (*verum*) como la simulada (*sham*). Esto es especialmente importante en procedimientos de control que puedan resultar equiparables en cuanto a actividad porque sean capaces de evocar una reacción neurofisiológica o neuroquímica, así como en el caso de controles inertes diferentes a acupuntura simulada, porque no desencadenen el mismo efecto psicológico que la acupuntura, y esto podría afectar a la calidad de los resultados<sup>48</sup>.

Como señalan estos criterios, también es de gran importancia que los autores de los estudios especifiquen la información que reciben los pacientes, tanto del grupo intervención como del grupo control. La credibilidad de la intervención control debe estar perfectamente documentada y comprobada, ya que pacientes que ya han sido tratados previamente con acupuntura y a los que ahora se les aplica un control tienen conocimientos que pueden afectar a los resultados obtenidos<sup>48</sup>.

Teniendo todo lo anterior en cuenta, se pone en marcha el presente informe con el objetivo de actualizar toda esta información previa y dar respuesta a la necesidad de establecer la eficacia y seguridad de la acupuntura frente al tratamiento del dolor crónico.

Con la estrategia de búsqueda construida y la búsqueda secundaria de referencias, se han identificado para su análisis 35 documentos, que han aportado evidencia sobre manejo de dolor crónico mediante uso de acupuntura (en sus diferentes técnicas de aplicación y variaciones desarrolladas) en dolor crónico de origen musculoesquelético de forma general<sup>12-19</sup>, lumbalgia<sup>20</sup>, cervicalgia y dolor de hombro<sup>21-24</sup>, dolor en síndrome miofascial de localización cervical y temporomandibular<sup>25-27</sup>, epicondilitis<sup>28</sup>, síndrome del túnel carpiano<sup>29,30</sup>, artrosis de rodilla y cadera<sup>31-37</sup>, fascitis plantar<sup>38,39</sup>, enfermedad reumatoidea<sup>40-43</sup> y fibromialgia<sup>44-46</sup>. Entre todos ellos, se recoge la evidencia disponible en 204 ECAs en los que se estudia la aplicación de numerosas técnicas de acupuntura, pero a pesar de la publicación de las recomendaciones STRICTA, son pocas las revisiones que hacen referencia a aspectos concretos relacionados con la intervención. Nos referimos principalmente al enfoque de las técnicas aplicadas (oriental, occidental o una combinación de ambos), a la técnica de inserción de las agujas (fórmula empleada, puntos utilizados, número de agujas insertadas, respuestas desencadenadas, estimulación de la aguja y tiempo de permanencia de las mismas) y a la cualificación de los terapeutas en relación a la duración de la formación recibida, los años de experiencia clínica, así como la experiencia en la indicación concreta de aplicación.

En cuanto a las intervenciones de control recibidas, la mayoría de los documentos incluyeron estudios en los que se aplicaron controles no activos basados en placebo (bien técnicas de acupuntura simulada o cualquier variante aplicada en forma simulada), o bien en cuidados auxiliares, consejo médico o listas de espera. Fueron pocos los que recogieron estudios en los que se utilizaron controles activos tales como estimulación eléctrica, ejercicio muscular y farmacoterapia.

En relación a la calidad de los estudios, el análisis crítico de los mismos mostró que la mayoría de ellos presentaban un nivel de confianza moderado, proporcionando así un resumen exacto y completo de los resultados de los estudios contenidos en ellos. En este punto hay que recordar que este informe sólo contiene documentos de investigación secundaria y no estudios primarios. Cabe señalar que con este análisis identificamos defectos que pueden haber surgido durante la conducción de las revisiones incluidas en el presente informe, hecho que puede traducirse en defectos inciertos en sus resultados, pero debemos tener en consideración el hecho de que la herramienta AMSTAR no tiene en cuenta la calidad de los estudios primarios incluidos en cada uno de los documentos<sup>47</sup>. Si bien, para garantizar la inclusión de la mejor evidencia

científica publicada disponible, entre nuestros criterios de inclusión se especificaba que debían tratarse de revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados, pero en la mayoría de documentos analizados, los autores hacían referencia a que los ECAs incluidos presentaban una calidad moderada-baja (principalmente relacionada con falta de ocultación de secuencia de asignación e imposibilidad de enmascaramiento del tratamiento).

Si excluimos los documentos que han obtenido un nivel de confianza baja o críticamente baja, estamos ante unos resultados de seguridad y eficacia que se muestran a favor de la acupuntura en las siguientes indicaciones:

- Acupuntura frente a controles inactivos (acupuntura simulada o cuidados habituales) para manejo del dolor a corto plazo en lumbalgia, cervicalgia/dolor de hombro, síndrome temporomandibular, artrosis de rodilla y fascitis plantar.
- Acupuntura frente a controles inactivos (acupuntura simulada o cuidados habituales) para mejora de la capacidad funcional en cervicalgia y artrosis de rodilla.
- Acupuntura frente a tratamiento farmacológico para la mejoría del dolor y de la capacidad funcional en el síndrome de túnel carpiano.
- Acupuntura asociada a terapias convencionales frente a la administración de terapias convencionales para la mejora de la capacidad funcional en lumbalgia crónica y fibromialgia.
- Electroacupuntura frente a controles inactivos (electroacupuntura simulada o cuidados habituales) para la mejora del dolor y la capacidad funcional a corto y medio plazo de artrosis de rodilla, fascitis plantar y fibromialgia.
- Electroacupuntura frente a tratamiento farmacológico en el manejo del dolor en artrosis de rodilla y en fibromialgia.
- Electroacupuntura asociada a terapias convencionales frente a la administración única de terapias convencionales en la mejora del dolor en cervicalgia/dolor de hombro (corto plazo), en síndrome del túnel carpiano y fascitis plantar. Así mismo, mejora la capacidad funcional en el síndrome del túnel carpiano.

En cuanto a la seguridad, según los documentos analizados no ha presentado reacciones graves relacionadas con su uso en las indicaciones evaluadas en el presente informe, tan solo molestias de carácter leve derivadas de la inserción de agujas o del uso de otras técnicas que agreden la piel en los lugares de aplicación.

Estos resultados van en consonancia con los obtenidos en informes previos, en los que se informa de que la acupuntura presenta evidencia en el manejo del dolor en determinadas indicaciones pero que dicha evidencia está basada en estudios primarios de baja calidad debida a la dificultad que entraña el enmascaramiento de este tipo de técnicas. La publicación de los criterios STRICTA ha mejorado la calidad de las publicaciones sobre esta tecnología pero como sucede en otros ámbitos clínicos, hay dificultades de diseño debido a la propia práctica de la acupuntura (por ejemplo es imposible cegar al investigador que aplica la intervención y hay pacientes que conocen bien la intervención y su cegamiento no obtiene los resultados esperables) cuya afectación sobre la posibilidad de inferencia de sus resultados a la población general es difícil de valorar. Además de las posibles limitaciones de los estudios, cabe señalar que los resultados de una revisión sistemática pueden verse afectados por el sesgo de publicación, ya que se basan en los estudios recuperados tras la realización de una búsqueda bibliográfica limitada en el tiempo y en las bases de consulta.

Para finalizar, destacamos que sería importante conseguir la elaboración de criterios de uso homogéneos por parte de profesionales especializados en las indicaciones donde la acupuntura presenta evidencia de mejora en los que se recogiese de forma específica los datos establecidos por los criterios STRICTA en relación a la intervención (fórmula empleada, puntos utilizados, número de agujas insertadas, respuestas desencadenadas, estimulación de la aguja y tiempo de permanencia de estas).

## VI. Conclusiones

La evidencia revisada incluye 35 revisiones sistemáticas y metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados sobre la acupuntura en el manejo del dolor crónico de origen musculoesquelético no oncológico. Respecto a su seguridad, se han identificado eventos adversos leves de alcance local pero no eventos adversos graves. En cuanto a su efectividad, se han encontrado resultados variados frente a tratamiento simulado o tratamiento activo, con resultados favorables en algunas indicaciones y sin diferencias o resultados discrepantes en otras indicaciones.

La calidad de las revisiones sistemáticas incluidas es moderada o baja, sin que existan importantes riesgos de sesgo. Los estudios primarios incluidos en estas revisiones, que no han sido analizados directamente en este informe, tienen problemas de diseño derivados de la naturaleza de la intervención evaluada, pues el cegamiento de la intervención y el comparador es difícil, lo que puede suponer un riesgo de sesgo de los resultados por parte de pacientes y de terapeutas. También hay que considerar el origen asiático de una parte importante de los estudios primarios, haciendo que la población estudiada pueda carecer de representatividad con respecto a la población europea.

En resumen:

- De acuerdo con la evidencia de calidad moderada y baja que se ha analizado, no se han hallado diferencias significativas entre la intervención y el comparador o los resultados no han sido concluyentes en:
  - La acupuntura frente a placebo o tratamiento habitual en lumbalgia, síndrome del túnel carpiano, artrosis de cadera, enfermedad reumatoidea, fibromialgia ni epicondilitis.
  - La acupuntura frente a tratamiento farmacológico en artrosis de rodilla o cadera, lumbalgia, dolor en región temporomandibular ni fibromialgia.
  - La electroacupuntura frente a placebo o tratamiento habitual en síndrome del túnel carpiano.
  - La punción seca frente a simulación en síndrome temporomandibular.
  - La acupuntura con láser frente a simulación en el síndrome del túnel carpiano.

- De acuerdo con la evidencia de calidad moderada y baja analizada, el tratamiento con acupuntura puede disminuir el dolor en:
  - Acupuntura frente a simulación o cuidados habituales a corto plazo en síndrome temporomandibular, artrosis de rodilla y fascitis plantar.
  - Acupuntura frente a tratamiento farmacológico en el síndrome del túnel carpiano.
  - Acupuntura combinada con terapias convencionales comparada con esas mismas terapias en lumbalgia y fibromialgia.
  - La electroacupuntura frente a simulación y frente a aines en artrosis de rodilla, fascitis plantar y fibromialgia a corto y medio plazo.

# Contribución de los autores

AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias ha contado con un grupo de trabajo para la realización de este informe, con la participación de varios técnicos de evaluación de tecnologías sanitarias, así como documentalistas, quienes han llevado a cabo la planificación y el diseño del estudio, el desarrollo de la estrategia de búsqueda y consulta en las diferentes bases de datos, la selección de estudios, extracción de datos, lectura crítica de los estudios cualitativa de los resultados, redacción del presente informe y revisión interna del mismo.

Ha contado con la supervisión de un coordinador del estudio quien también ha realizado la revisión final del informe.

Este manuscrito ha sido leído y aprobado por todos los autores.

Para aclaraciones o sugerencias diríjase a: [aetsa.csalud@juntadeandalucia.es](mailto:aetsa.csalud@juntadeandalucia.es).

# Declaración de intereses

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.

# Referencias bibliográficas

1. Martínez F, Solá I, Nishishinya MB. Eficacia de la acupuntura en el dolor crónico y cuidados paliativos [Internet]. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2007 [citado el 02 de marzo de 2020]. URL: [https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1337161199acupuntura\\_dolor\\_paliativos.pdf](https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1337161199acupuntura_dolor_paliativos.pdf)
2. Vickers A, Zollman C. ABC of complementary medicine. Acupuncture. *BMJ*.1999;319:973-6.
3. Ernst E, White A, editors. Acupuncture: A scientific appraisal. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1999.
4. Berman BM, Langevin HM, Witt CM, Dubner R. Acupuncture for chronic low back pain. *N Engl J Med*. 2010;363:454-61.
5. Leake R, Broderick JE. Treatment efficacy of acupuncture: a review of the research literatura. *Integrat Medicine*. 1998;1:107-15.
6. Jaung-Geng L, Pei-Chi C, Heng-Yi C. An exploration of the needling depth in acupuncture: the safe needling depth and the needling depth of clinical efficacy. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013;2013:740508
7. Sutton D, McCormack S. Acupuncture for chronic non-cancer pain: a review of clinical effectiveness, cost effectiveness and guidelines [Internet]. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2019 [citado el 02 de marzo de 2020]. URL: <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2019/RC1202%20Acupuncture%20for%20Pain%20Final.pdf>
8. Mayer DJ. Acupuncture: an evidence-based review of the clinical literature. *Annu Rev Med*. 2000;51:49-63.
9. Arango-Vélez V, Montoya-Vélez LP. Medicina integrativa: efectos de la acupuntura y su aplicación clínica en la medicina convencional. *Rev CES Med*. 2015;29:283-94.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Directrices sobre capacitación básica y seguridad en la acupuntura [Internet]. Ginebra: OMS; 2002 [citado el 03 de marzo de 2020]. URL: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4932s/s4932s.pdf>

11. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Guía de atención a los pacientes con dolor crónico no oncológico utilizando analgésicos opioides [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2018 [citado el 02 de marzo de 2020]. URL: <https://www.semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/308-guia-de-atencion-a-los-pacientes-con-dolor-cronico-no-oncologico-utilizando-analgescicos-opioides>
12. MacPherson H, Vickers A, Bland M, Torgerson D, Corbett M, Spackman E, et al. Acupuncture for chronic pain and depression in primary care: a programme of research [Internet]. Southampton: NIHR Journals Library; 2017 [citado el 12 de marzo 2020] . Programme Grants for Applied Research, 5.3. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK409491/>
13. Skelly AC, Chou R, Dettori JR, Turner JA, Friedly JL, Rundell SD, et al. Noninvasive nonpharmacological treatment for chronic pain: a systematic review [Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2018 [citado el 10 de marzo de 2020]. Comparative effectiveness review, 209. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519953/>
14. Vickers AJ, Vertosick EA, Lewith G, MacPherson H, Foster NE, Sherman KJ, et al. Acupuncture for chronic pain: update of an individual patient data meta-analysis. *J Pain*. 2018;19:455-74.
15. MacPherson H, Vertosick EA, Foster NE, Lewith G, Linde K, Sherman KJ, et al. The persistence of the effects of acupuncture after a course of treatment: a meta-analysis of patients with chronic pain. *Pain*. 2017;158:784-93.
16. Yuan QL, Wang P, Liu L, Sun F, Cai YS, Wu WT, et al. Acupuncture for musculoskeletal pain: a meta-analysis and meta-regression of sham-controlled randomized clinical trials. *Sci Rep*. 2016;6:30675.
17. Lorenc A, Feder G, MacPherson H, Little P, Mercer SW, Sharp D. Scoping review of systematic reviews of complementary medicine for musculoskeletal and mental health conditions. *BMJ Open*. 2018;8:e020222.
18. Muñoz-Ortego J, Solans-Domènech M, Carrion C. Indicaciones médicas de la acupuntura: revisión sistemática. *Med Clin (Barc)*. 2016;147:250-6.
19. Vieira A, Reis AM, Matos LC, Machado J, Moreira A. Does auriculotherapy have therapeutic effectiveness? An overview of systematic reviews. *Complement Ther Clin Pract*. 2018;33:61-70.

20. Xiang Y, He JY, Tian HH, Cao BY, Li R. Evidence of efficacy of acupuncture in the management of low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo- or sham- controlled trials [Internet]. *Acupunct Med*. 2020 [aceptado 2018; citado 12 de marzo de 2020]. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1136/acupmed-2017-011445>
21. Poitras V, Khangura S, Ford C. Physiotherapy interventions for the management of neck and/or back Pain: a review of clinical and cost-effectiveness [Internet]. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH); 2017 [citado el 10 de marzo de 2020]. URL: <https://www.cadth.ca/physiotherapy-interventions-management-neck-andor-back-pain-review-clinical-and-cost-effectiveness>
22. Seo SY, Lee KB, Hing JS, Lee J, Kim MR, Ha IH, et al. Effectiveness of acupuncture and electroacupuncture for chronic neck pain: a systematic review and meta-analysis. *Am J Chin Med*. 2017;45:1573-95.
23. Nunes AMP, Moita JPAM. Effectiveness of physical and rehabilitation techniques in reducing pain in chronic trapezius myalgia: a systematic review and meta-analysis. *Int J Osteopathic Med*. 2015;18:189-206.
24. Wang R, Li X, Zhou S, Zhang X, Yang K, Li X. Manual acupuncture for myofascial pain syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Acupunct Med*. 2017;35:241-50.
25. Vier C, Almeida MB, Neves ML, Dos Santos ARS, Branch MA. The effectiveness of dry needling for patients with orofacial pain associated with temporomandibular dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Braz J Phys Ther*. 2019;23:3-11.
26. Wu JY, Zhang C, Xu YP, Yu YY, Peng L, Leng WD, et al. Acupuncture therapy in the management of the clinical outcomes for temporomandibular disorders. A PRISMA-compliant meta-analysis. *Medicine*. 2017;96:e6064.
27. Fernandes AC, Moura DMD, Da Silva LGD, Almeida EOD, Barbosa GAS. Acupuncture in temporomandibular disorder myofascial pain treatment: a systematic review. *J Oral Facial Pain Headache*. 2017;31:225-32.
28. Tang H, Fan H, Chen J, Yang M, Yi X, Dai G, et al. Acupuncture for lateral epicondylitis: a systematic review. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015;2015:861849.
29. Sim H, Shin BC, Lee MS, Jung A, Lee H, Ernst E. Acupuncture for carpal tunnel syndrome: a systematic review of randomized controlled trials. *J Pain*. 2011;12:307-14.

30. Wu IXY, Lam VCK, Ho RST, Cheung WKW, Sit RWS, Chou LW, et al. Acupuncture and related interventions for carpal tunnel syndrome: systematic review. *Clin Rehabil.* 2020;34:34-44.
31. Li A, Wei ZJ, Liu Y, Li B, Guo X, Feng SQ. Moxibustion treatment for knee osteoarthritis. A systematic review and meta-analysis. *Medicine.* 2016;95:e3244.
32. Lin X, Huang K, Zhu G, Huang Z, Qin A, Fan S. The effects of acupuncture on chronic knee pain due to osteoarthritis. A meta-analysis. *J Bone Joint Surg Am.* 2016;98:1578-85.
33. Zhang Q, Yue J, Golianu B, Sun Z, Lu Y. Updated systematic review and meta-analysis of acupuncture for chronic knee pain. *Acupunct Med.* 2017;35:392-403.
34. Li S, Xie P, Liang Z, Huang W, Huang Z, Ou J, et al. Efficacy comparison of five different acupuncture methods on pain, stiffness, and function in osteoarthritis of the knee: a network meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2018;2018:1638904.
35. Gong Z, Liu R, Yu W, Wong TKS, Guo Y, Sun Y. Acupuncture for knee osteoarthritis relief in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2019;2019:1868107.
36. Sun N, Tu JF, Lin LL, Li YT, Yang JW, Shi GX, et al. Correlation between acupuncture dose and effectiveness in the treatment of knee osteoarthritis: a systematic review. *Acupunct Med.* 2019;37:261-7.
37. Manheimer E, Cheng K, Wieland LS, Shen X, Lao L, Guo M, et al. Acupuncture for hip osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;5:CD013010.
38. Al-Boloushi Z, López-Royo MP, Arian M, Gómez-Trullén EM, Herrero P. Minimally invasive non-surgical management of plantar fasciitis: a systematic review. *J Bodyw Mov Ther.* 2019;23:122-37.
39. Thiagarajah AG. How effective is acupuncture for reducing pain due to plantar fasciitis?. *Singapore Med J.* 2017;58:92-7.
40. Nishishinya MB, Pereda CA, Muñoz-Ortego J. Eficacia de la acupuntura en las enfermedades reumáticas que afectan el raquis: revisión sistemática. *Med Clin (Barc).* 2019;153:250-5.
41. Seca S, Miranda D, Cardos D, Nogueira B, Greten HJ, Cabrita A, et al. Effectiveness of acupuncture on pain, physical function and health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis: a systematic review of quantitative evidence. *Chin J Integr Med.* 2018;25:704-9.

42. Phang JK, Kwan YH, Goh H, Tan VC, Thumboo J, Ostbye T, et al. Complementary and alternative medicine for rheumatic diseases: a systematic review of randomized controlled trials. *Complement Ther Med*. 2018;37:143-57.
43. Ramos A, Domínguez J, Gutiérrez S. Acupuncture for rheumatoid arthritis. *Medwave*. 2018;18:e7273.
44. Zhang XC, Chen H, Xu WT, Song YY, Gu YH, Ni GX. Acupuncture therapy for fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Pain Res*. 2019;12:527-42.
45. Kim J, Kim SR, Lee H, Nam DH. Comparing verum and sham acupuncture in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2019;2019:8757685.
46. Perry R, Leach V, Davies P, Penfold C, Ness A, Churchill R. An overview of systematic reviews of complementary and alternative therapies for fibromyalgia using both AMSTAR and ROBIS as quality assessment tools. *Syst Rev*. 2017;6:97.
47. Shea BJ. AMSTAR-2: A Critical Appraisal Tool for Systematic Reviews That Include Randomised or Non-Randomised Studies of Healthcare Interventions, or Both. *BMJ*. 2017;358:j4008.
48. Wiebrecht A. Recomendaciones STRICTA. Normas para la presentación de estudios controlados de acupuntura. *Rev Int Acupunt*. 2008;2:111-4.

# Anexos

## Anexo 1. Estrategias de búsqueda utilizadas

### Medline

Fecha de búsqueda: 28 de agosto de 2019.

*Interface:* Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions(R) <1946 to August 27, 2019>

1. Acupuncture/
2. exp Acupuncture Therapy/
3. acupunctur\*.ti,ab.
4. or/1-3
5. Chronic Pain/
6. (chronic adj2 pain\*).ti,ab.
7. 5 or 6
8. 4 and 7
9. limit 8 to yr="2014 -Current "
10. meta-analysis as topic/ or meta-analysis/ or meta analysis.pt. or ("meta-anal\*" or "metaanal\*" or "meta anal\*").ot,ti. or (meta-anal\* or meta anal\* or metaanal).tw. or (meta-anal\* or metaanal or meta anal\*).sh.
11. exp "review literature as topic"/ or "review"/ or (systematic\* adj3 (review\* or overview\*)),mp,tw,pt. or ("review\*" or "technical report\*").pt.
12. ((review\* adj3 literature\*) not (report and (case\* or patient\*))).mp.
13. (letter or "case report\*" or "historical article\*" or (comment or editorial or in vitro or news)).pt.
14. ("reference list" or bibliography\* or "hand search\*" or "relevant journal\*" or (manual adj1 search\*) or "selection criteria" or "study selection\*").mp.
15. 10 or 11 or 12
16. 13 or 14
17. 15 not 16
18. 9 and 17

## EMBASE

Fecha de búsqueda: 28 de agosto de 2019

Interface: [www.embase.com](http://www.embase.com)

- #1. 'acupuncture'/exp
- #2. acupuncture:ti,ab
- #3. #1 OR #2
- #4. 'chronic pain'/exp
- #5. (chronic NEAR/2 pain\*):ti,ab
- #6. #4 OR #5
- #7. #3 AND #6
- #8. #7 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)
- #9. #7 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND (2014:py OR 2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py)
- #10. #7 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND (2014:py OR 2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py) NOT ('conference abstract'/it OR 'conference review'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it OR 'short survey'/it)
- #11. 'meta analysis'/exp OR 'systematic review'/exp
- #12. ((meta NEAR/2 analys\*):ti,ab,kw) OR 'meta analysis':ti,ab,kw
- #13. ((systematic NEAR/2 review\*):ti,ab,kw) OR 'systematic review':ti,ab,kw
- #14. #11 OR #12 OR #13
- #15. #10 AND #14
- #16. #10 AND ([cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim)
- #17. #15 OR #16

## CINAHL

Fecha de búsqueda: 27 de agosto de 2019

Interface: EBSCOhost

S1 (MH "Acupuncture+")

S2 TI acupuncture OR AB acupuncture

S3 (S1 OR S2)

S4 (MH “Chronic Pain”)

S5 TI Chronic Pain OR AB Chronic Pain

S6 (S4 OR S5)

S7 S3 AND S6

Limites: Fecha de publicación: 20140101-20191231; Consultas clínicas: Review  
- Best Balance; Idioma: English, French, Spanish

## Epistemonikos

Fecha de búsqueda: 19 agosto 2019

*Interface:* [www.epistemonikos.org/es](http://www.epistemonikos.org/es)

(title:(chronic pain AND musculoskeletal pain) OR abstract:(chronic pain AND musculoskeletal pain)) AND (title: ((title:(acupuncture) OR abstract:(acupuncture))) OR abstract: ((title:(acupuncture) OR abstract:(acupuncture))))

Límites: últimos 5 años.

## TripDataBase

Fecha de búsqueda: 19 de agosto de 2019

*Interface:* [www.tripdatabase.com](http://www.tripdatabase.com)

(title:chronic pain)(title:acupuncture)from:2014

## CRD. Centre for Reviews and Dissemination. University of York

Fecha de búsqueda: 19 de agosto de 2019

*Interface:* [www.crd.york.ac.uk](http://www.crd.york.ac.uk)

(acupuncture) AND (pain) FROM 2014 TO 2019

## PEDro. Physiotherapy Evidence Database

Fecha de búsqueda 23 de agosto de 2019

*Interface:* [www.pedro.org.au/](http://www.pedro.org.au/)

Therapy: acupuncture

Topic: chronic pain

Method: systematic review

Published since: 2014

## AMED. Allied and Complementary Medicine

Fecha de búsqueda: 18 de septiembre de 2019

Interface: OVID AMED (Allied and Complementary Medicine) <1985 to September 2019>

1. exp acupuncture therapy/
2. acupuncture/
3. acupunctur\*.ti,ab.
4. or/1-3
5. pain/ or arthralgia/ or backache/ or exp low back pain/ or musculoskeletal pain/ or neck pain/
6. arthritis/ or arthritis rheumatoid/ or exp osteoarthritis/ or shoulder pain/
7. (chronic adj2 pain\*).ti,ab.
8. 5 or 6 or 7
9. 4 and 8  
limit 9 to yr="2014 -Current"

## Anexo 2. Organizaciones contactadas

Organizaciones participantes en el alcance y objetivo del proyecto.

<https://sede.mir.gob.es/nfrontal/webasocia2.html>

Sociedad de Acupuntura Médica de España (SAME)
Fundación de Terapias Naturales
Andaluz de Quiromasaje y Acupuntura
Asociación de Acupuntura Coreana de Alicante (AAC)
Asociación Hispanoamericana de Acupuntura Beijing 84
Asociación Nacional de Profesionales de la Acupuntura, Naturopatía y Otros Parasitarios Afines (ASPRONAC)
Associació Catalana d'Acupuntura i Manupuntura
Grupo de Investigación en Acupuntura de Zaragoza (GIAZ)
Grupo Máster Universitario de Acupuntura
Sociedad Española de Acupuntores Profesionales (SEAP)
Societat Científica d'Acupuntura de Catalunya i Balears
Societat Catalana d'Acupuntura

Organizaciones contactadas sin respuestas en el alcance y objetivo del proyecto.

A. de Manupuntura y Acupuntura Oriental-Corean
Acupuntura, Manopuntura y Moxibustión de Tenerife
Acupuntura Oriental, San Bartolomé de Tirajana
Acupuntura Sin Fronteras - España
Asociación de Acupuntura y Profesionales de Terapias Alternativas (ADEAPTA)
Andaluz de Terapias Manuales, Acupuntura y Naturopatía
Asociación Acupuntura Natural y Otras Medicinas Complementarias
Asociación Barcelonesa de Acupuntura
Asociación Calpina de Acupuntura y Medicina Tradicional China
Asociación Cultural de Acupuntura Oriental
Asociación de Acupuntura Clásica
Asociación de Acupuntura Oriental
Asociación de Acupuntura y Manopuntura de Madrid (AAMM)
Asociación de Acupuntura y Masaje Chino (TUI-NA)
Asociación de Centros Médicos de Acupuntura Tradicional PIDERAK
Asociación de Digitopuntura y Acupuntura Humana y Veterinaria
Asociación Española de Acupuntura y Aurículo Medicina (AEDAM)
Asociación Española de Difusión de la Acupuntura Tradicional China (CEDATC)
Asociación Española de Psiconeuroacupuntura
Asociación Española de Quiropráctica y Acupuntura
Asociación Española para el Estudio y Difusión de la Acupuntura Moxibustión ANEDA
Asociación Española para la Enseñanza de la Acupuntura Tradicional CEAT
Asociación Española para la Investigación, Divulgación y Desarrollo de Acupuntura y Medicina China
Asociación Internacional de Acupuntura Integrativa y Bienestar
Asociación Internacional de Acupuntura Tradicional

Asociación Internacional de Acupuntura y de Medicina Holística (AINAMHO)
Asociación Internacional de Acupuntura y Quiromasaje (AINAQ)
Asociación Latinoamericana de Investigación y Docencia de Acupuntura y Moxibustión
Asociación Matritense de Acupuntura y Medicina Tradicional China (AMAMTC)
Asociación Médica de Acupuntura y Estimuloterapia (AMAE)
Asociación Médica de Acupuntura y Laserterapia
Asociación Médica Española de Electroacupuntura según Voll Amedev
Asociación Médica para el Estudio de la Neuroacupuntura y la Bioestimulación (AMENAS)
Asociación Mediterránea de Acupuntura y Manupuntura (AMAM)
Asociación Sociedad Extremeña de Acupuntura Médica
Asociación Sociedad Vasco Argentina de Acupuntura y otras Medicinas Blandas
Associació Acupuntura para el Mundo, Organització no Governamental
Canaria para el Estudio, Desarrollo e Investigación de la Acupuntura (ACIEDA)
Centro de Homeopatía, Acupuntura, Medicina Alternativa y Naturismo Chamán
De Acupuntura y Manupuntura
De Manopuntura y Acupuntura de Euskadi Koryo
Enfermos con Dolor PRO Acupuntura de Sevilla (EDASE)
Federación Española de Asociaciones de Acupuntura y Manupuntura (FEAM)
Asociación Europea de Acupuntura y Osteopatía de la Medicina China
Sociedad Aragonesa de Acupuntura (SAA)
Sociedad Canaria de Acupuntura
Sociedad Española de Acupuntura
Sociedad Española de Acupuntura Contemporánea en Atención Primaria
Sociedad Española Médica para la Enseñanza de la Neuroacupuntura y la Bioestimulación
Sociedad Madrileña de Acupuntura
Societat Valenciana D' Acupuntura Medicina BIOLÓGIC
Valenciana de Acupuntura y Manupuntura

## Ilustración 1. Carta informativa enviada



En Sevilla a 24 de septiembre de 2019

Estimados

Por medio de este correo electrónico pongo en su conocimiento que, en cumplimiento del **PLAN DE PROTECCIÓN DE LA SALUD FRENTE A LAS PSEUDOTERAPIAS**, impulsado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS) ha recibido el encargo de actualizar el informe anterior sobre la eficacia de la ACUPUNTURA en el dolor crónico de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía publicado en el año 2007 por el entonces denominado Ministerio de Sanidad y Consumo.

Este informe será elaborado por parte del Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía AETSA, que forma parte de la RedETS, y deberá ser culminado en el mes de diciembre de 2019 próximo.

Tras la recepción de esta carta, disponen de un **plazo de 15 días**, para aportar información científica adicional que consideren relevante para su posible consideración. El tipo de información que se podrá considerar incluye:

- estudios con el diseño de ensayos clínicos controlados y aleatorizados o revisiones sistemáticas de ensayos clínicos, publicados en los últimos cinco años en los idiomas español, inglés o francés principalmente.
- publicadas en revistas indexadas.

Este correo constituye, por tanto, una invitación activa a todas las organizaciones profesionales interesadas en la ACUPUNTURA al objeto de dar a conocer la actualización del informe del 2007, y en aras de favorecer la participación e invitarles a proporcionar pruebas científicas adicionales sobre su eficacia clínica y seguridad.

Le indicamos que el objetivo de este primer informe de evaluación de tecnologías sanitarias sobre la eficacia y seguridad de la ACUPUNTURA, es la actualización de la evidencia científica para las siguientes indicaciones:

- Dolor crónico no oncológico de origen musculoesquelético incluyendo las cervicalgias, el dolor de hombro, la epicondilitis, la artritis reumatoide, la osteoartritis de rodilla y cadera.

Por favor, utilicen el siguiente correo para enviar la información:

[aetsa.csalud@juntadeandalucia.es](mailto:aetsa.csalud@juntadeandalucia.es)

Atentamente

Juan A. Blasco Amaro

Coord. Científico Evaluación  
Tecnologías Sanitarias

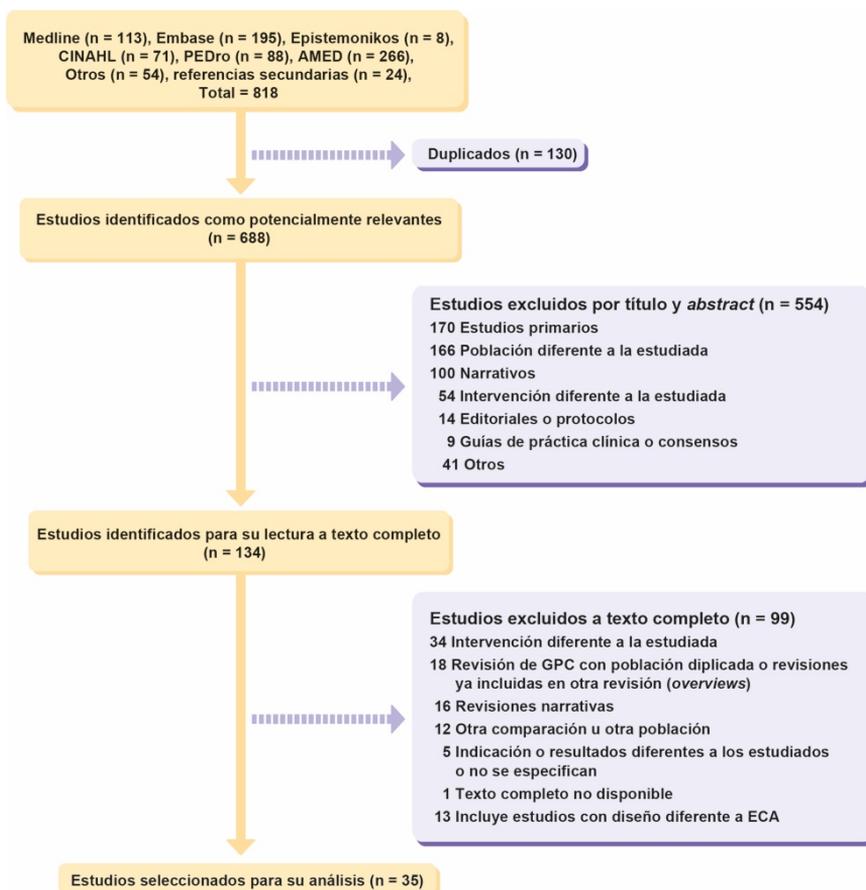
José Luis Castro Campos

Jefe Gabinete  
Investigación

## Organizaciones participantes en la revisión externa del informe preliminar.

Asociación Española de Fisioterapeutas
Asociación para Proteger al Enfermo de Terapias Pseudocientíficas
ARP, Sociedad para el avance del pensamiento crítico
COFENAT, Asociación Nacional de Profesionales y Autónomos de las Terapias Naturales
Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España
Federación Española de Asociaciones de Acupuntura y Manopuntura
Federación Nacional ALCER
Fundación Europea de Medicina Tradicional China
Fundación Salud y Naturaleza (Fundación Terapias Naturales)
Red de prevención del sectarismo y abuso de la debilidad (RedUNE)
Sociedad de Acupuntura Médica de España (SAME)
Sociedad Española de Salud y Medicina Integrativa
Societat Científica d'Acupuntura de Catalunya i Balears

## Anexo 3. Diagrama de flujo



## Anexo 4. Estudios excluidos a texto completo

Motivo de exclusión: texto completo no disponible.

1. Gong C, Liu W. Acupuncture in orthopedics. *Int J Clin Acupunct.* 2015;24:41–70.

Motivo de exclusión: indicación diferente a la estudiada o no especificada.

1. Tan JY, Molassiotis A, Wang T, Loma KPS. Adverse events of auricular therapy: a systematic review. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2014;2014:506758.
2. Xiang A, Cheng K, Shen X, Xu P, Liu S. The immediate analgesic effect of acupuncture for pain: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2017;2017:3837194.
3. You E, Kim D, Harris R, D'Alonzo K. Effects of auricular acupressure on pain management: a systematic review. *Pain Manag Nurs.* 2019;20:17-24.
4. Lee SH, Lim SM. Acupuncture for poststroke shoulder pain: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2016;2016:3549878.

Motivo de exclusión: otro comparador o población diferente a la estudiada.

1. Mo Z, Li D, Zhang R, Chang M, Yang B, Tang S. Comparisons of the effectiveness and safety of Tuina, acupuncture, traction, and Chinese herbs for lumbar disc herniation: a systematic review and network meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2019;2019:6821310.
2. Wan KF, Zhang LJ, Lu F, Lu YH, Yang CH. Can Ashi points stimulation have specific effects on shoulder pain? A systematic review of randomized controlled trials. *Chinese J Integr Med.* 2016;22:467-72.
3. Kizhakkeveetil A, Rose K, Kadar GE. Integrative therapies for low back pain that include complementary and alternative medicine care: a systematic review. *Glob Adv Heal Med.* 2014;3:49-64.
4. Zhang YJ, Cao HJ, Li XL, Yang XY, Lai BY, Yang GY, et al. Cupping therapy versus acupuncture for pain-related conditions: a systematic review of randomized controlled trials and trial sequential analysis. *Chin Med.* 2017;12:21.

5. Wong L, Wan D, Wang Y, Xue CCL, Wang LP, Liang FR, et al. Local and distant acupuncture points stimulation for chronic musculoskeletal pain: a systematic review on the comparative effects. *Eur J Pain*. 2015;19:1232–47.
6. Wang Y, Xie X, Zhu X, Chu M, Lu Y, Tian T, et al. Fire-needle moxibustion for the treatment of knee osteoarthritis: a meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2016;2016:1392627.
7. Moura CC, Chaves ECL, Cardoso ACLR, Nogueira DA, Azevedo C, Chianca TCM. Auricular acupuncture for chronic back pain in adults: a systematic review and metanalysis. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03461.
8. Tang S, Mo Z, Zhang R. Acupuncture for lumbar disc herniation: a systematic review and meta-analysis. *Acupunct Med*. 2018;36:62-70.
9. Li X, Wang R, Xing X, Shi X, Tian J, Zhan J, et al. Acupuncture for myofascial pain syndrome: a network meta-analysis of 33 randomized controlled trials. *Pain Physician*. 2017;20:e883-902.
10. Yang C, Lv TT, Yu TY, Wong S, Lu M, Li Y. Acupuncture at Tiaokou (ST38) for shoulder adhesive capsulitis: what strengths does it have? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2018;2018:4197659.
11. Gadau M, Yeung WF, Liu H, Zaslowski C, Tan YS, Wang FC, et al. Acupuncture and moxibustion for lateral elbow pain: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Complement Altern Med*. 2014;14:136.
12. Chang WD, Lai PT, Tsou YA. Analgesic effect of manual acupuncture and laser acupuncture for lateral epicondylalgia: a systematic review and meta-analysis. *Am J Chin Med*. 2014;42:1301-14.

Motivo de exclusión: estudios narrativos

1. Bennell KL, Hall M, Hinman RS. Osteoarthritis year in review 2015: rehabilitation and outcomes. *Osteoarthr Cartil*. 2016;24:58-70.
2. Gordon A, Glickman-Simon R. Moxibustion and Breech Presentation, Breathing Exercises and Asthma, Coenzyme Q10 and Heart Failure, Acupuncture and Chronic Low Back Pain, and Cinnamon and Diabetes. *Explor J Sci Heal*. 2014;10:198-202.
3. Dommerholt J, Grieve R, Layton M, Hooks T. An evidence-informed review of the current myofascial pain literature. *J Bodyw Mov Ther*. 2015;19:126–37.

4. Valdes VR. Dry needling in the management of pain and physical dysfunction. *Physical therapy scope of practice issues. Orthop Phys Ther Pract.* 2016;28:48–56.
5. Drysdale H, Milosevic I, Goldacre B. Reported outcomes of the Alexander technique lessons or acupuncture sessions for persons with chronic neck pain article. *Ann Intern Med.* 2016;164:375–6.
6. Feldman E. Low Back Pain: Evidence for Nonpharmacologic Therapies. *Integr Med Alert.* 2017;20:8–12.
7. Stéphan JM, Brignol TN. Dans les algies, la thérapie par ventouses n'est pas plus efficace que l'acupuncture. *Acupunt Moxibustion.* 2017;16:163–74.
8. Reddy KP, Drake DF, Klinger B. Acupuncture and Whole Health in the Veterans Administration. *Med Acupunct.* 2018;30:225–7.
9. Goddard G, Mauro G. Temporomandibular disorders, a review of current diagnosis and treatment. *Dent Cadmos.* 2018;86:364–75.
10. Lemmon R, Hampton A. Nonpharmacologic treatment of chronic pain: What works?. *J Fam Pract.* 2018;67:474.
11. Fahey R. Integrative medicine for chronic pain: acupuncture and massage. *Integr Med Alert.* 2018;21:9.
12. Giannitrapani K, Holliday J, Miake-Lye I, Hempel S, Taylor SL. Synthesizing the strength of the evidence of complementary and integrative health therapies for pain. *Pain Med.* 2019;20:1831-40.
13. Prabhakar A, Kaiser JM, Novitch MB, Cornett EM, Urman RD, Kaye AD. The role of complementary and alternative medicine treatments in fibromyalgia: a comprehensive review. *Curr Rheumatol Rep.* 2019;21:14.
14. Young C, Argáez C. Physiotherapy interventions for the management of fibromyalgia: clinical and cost-effectiveness [Internet]. Ottawa: CADTH; 2017 [citado el 02 de marzo de 2020]. URL: <https://www.cadth.ca/physiotherapy-interventions-management-fibromyalgia-clinical-and-cost-effectiveness-0>
15. Anonymous. Comparing dry needling to corticosteroid injection for greater trochanteric, pain syndrome. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2017;47:580–5.
16. Anonymous. Hip pain - dry needling versus cortisone injections. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2017;47:240.

Motivo de exclusión: revisión de guías de práctica clínica con población duplicada o revisiones ya incluidas en otra revisión (*overviews*).

1. Cho HW, Hwang EH, Lim B, Heo KH, Liu JP, Tsutani K, et al. How current clinical practice guidelines for low back pain reflect traditional medicine in East Asian countries: a systematic review of clinical practice guidelines and systematic reviews. *PLoS One*. 2014;9:e88027.
2. Yuan QL, Guo TM, Liu L, Sun F, Zhang YG. Traditional Chinese medicine for neck pain and low back pain: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10:e0117146.
3. Liu L, Skinner M, McDonoughe S, Mabire L, Baster GD. Acupuncture for low back pain: an overview of systematic reviews. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015;2015:328196.
4. Manyanga T, Froese M, Zarychanski R, Abou-Setta A, Friesen C, Tennenhouse M, et al. Pain management with acupuncture in osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Altern Med*. 2014;14:312.
5. Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG). Systematic guideline search and appraisal, as well as extraction of relevant recommendations, for a DMP "chronic back pain" [Internet]. Cologne: IQWiG; 2015 [citado 02 marzo 2020]. URL: <https://www.iqwig.de/en/projects-results/projects/health-care/v14-04-systematic-guideline-search-and-appraisal-as-well-as-extraction-of-relevant-recommendations-for-a-dmp-chronic-back-pain.6255.html>
6. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Physical Therapy Treatments for Chronic Non-Cancer Pain: A Review of Guidelines [Internet]. Ottawa: CADTH; 2017 [citado el 02 de marzo de 2020]. URL: <https://www.cadth.ca/physical-therapy-treatments-chronic-non-cancer-pain-review-guidelines>
7. Wenger HC, Cifu AS. Treatment of Low Back Pain. *JAMA*. 2017;318:743.
8. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017;166:514–30.
9. Collins NJ, Hart HF, Mills KAG. Osteoarthritis year in review 2018: rehabilitation and outcomes. *Osteoarthritis Cartilage*. 2019;27:378-91.
10. Lam M, Galvin R, Curry P. Effectiveness of acupuncture for nonspecific chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2013;38:2124–38.
11. Deare JC, Zheng Z, Xue CC, Liu JP, Shang J, Scott SW, et al. Acupuncture for treating fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 31 May;(5):CD007070.

12. Li J, Yang J, Wu S, Wang MR, Zhu JM. Effects of acupuncture on rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *African J Tradit Complement Altern Med* 2016;13(2)61-71.
13. Perrot S, Russell IJ. More ubiquitous effects from non-pharmacologic than from pharmacologic treatments for fibromyalgia syndrome: a meta-analysis examining six core symptoms. *Eur J Pain*. 2014;18:1067-80.
14. Moreno-Martin M, Santana-Pineda MM. ¿Es efectiva la acupuntura en el tratamiento de la cervicobraquialgia crónica? Análisis cualitativo de la bibliografía. *Rev Int Acupunt*. 2014;8:1-8.
15. Schiphof D, van den Driest JJ, Runhaar J. Osteoarthritis year in review 2017: rehabilitation and outcomes. *Osteoarthritis Cartilage*. 2018;26:326-40.
16. Nascimento PRCD, Costa LOP, Araujo AC, Poitras S, Bilodeau M. Effectiveness of interventions for non-specific low back pain in older adults - a systematic review and meta-analysis. *Physiother*. 2019;105:147-62.
17. Shim JW, Jung JY, Kim SS. Effects of electroacupuncture for knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2016;2016:3485875.
18. Chen N, Wang J, Mucelli A, Zhang X, Wang C. Electroacupuncture is beneficial for knee osteoarthritis: The evidence from meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Chinese Med*. 2017;45:965-85.

Motivo de exclusión: intervención o resultados diferentes a los estudiados.

1. Mendonça LM, Leite HR, Zwerver J, Henschke N, Branco G, Oliveira VC. How strong is the evidence that conservative treatment reduces pain and improves function in individuals with patellar tendinopathy? A systematic review of randomized controlled trials including GRADE recommendations. *Br J Sport Med*. 2020;54:87-93.
2. Boyles R, Fowler R, Ramsey D, Burrows. Effectiveness of trigger point dry needling for multiple body regions: a systematic review. *J Man Manip Ther*. 2015;23:276-92.
3. Ma SY, Wang Y, Xu JQ, Zheng L. Cupping therapy for treating ankylosing spondylitis: the evidence from systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract*. 2018;32:187-94.
4. Louwerens JKG, Sierevelt IN, van Noort A, van den Bekerom M. Evidence for minimally invasive therapies in the management of chronic calcific tendinopathy of the rotator cuff: a systematic review and meta-analysis. *J Shoulder Elb Surg*. 2014;23:1240-9.

5. Lauche R, Cramer H, Häuser W, Dobos G, Langhorst J. A systematic overview of reviews for complementary and alternative therapies in the treatment of the fibromyalgia syndrome. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2015;2015:610615.
6. Li JQ, Guo W, Sun ZG, Huang QA, Lee EY, Wang Y, Yao XD. Cupping therapy for treating knee osteoarthritis: the evidence from systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract.* 2017;28:152-60.
7. Cheng YW, Wang HH. The effectiveness of acupressure on relieving pain: a systematic review. *Pain Manag Nurs.* 2014;15:539-50.
8. Ong J, Claydon LS. The effect of dry needling for myofascial trigger points in the neck and shoulders: A systematic review and meta-analysis. *J Bodyw Mov Ther.* 2014;18:390-8.
9. MacPherson H, Vertosick E, Lewith G, Linde K, Sherman KJ, Witt CM, et al. Influence of control group on effect size in trials of acupuncture for chronic pain: a secondary analysis of an individual patient data meta-analysis. *PLoS One.* 2014;9:e93739.
10. Cao H, Li X, Yan X, Wang NS, Bensousan A, Liu J. Cupping therapy for acute and chronic pain management: A systematic review of randomized clinical trials. *J Tradit Chin Med Sci.* 2014;1:49-61.
11. Zheng HD, Zhao JM, Wu LY, Huang RJ, Zhu Y, Wang SS, et al. Clinical application and progression of warm acup-moxibustion as an analgesic therapy. *Chin J Tissue Eng Res.* 2015;19:6855-60.
12. Wei X, Wang S, Li J, Gao J, Yu J, Feng M, et al. Complementary and alternative medicine for the management of cervical radiculopathy: an overview of systematic reviews. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2015;2015:793649.
13. Takay Y, Yamamoto-Mitani N, Abe Y, Suzuki M. Literature review of pain management for people with chronic pain. *Japan J Nurs Sci.* 2015;12:167-83.
14. Haas M, De Abreu Lourenco R. Pharmacological management of chronic lower back pain: a review of cost effectiveness. *Pharmacoeconomics.* 2015;33:561-9.
15. Cagnie B, Castelein B, Pollie F, Steelant L, Verhoeyen H, Cools A. Evidence for the use of ischemic compression and dry needling in the management of trigger points of the upper trapezius in patients with neck pain: a systematic review. *Am J Phys Med Rehabil.* 2015;94:573-83.

16. Gross A, Langevin P, Burnie SJ, Bédard-Brochu MS, Empey B, Dugas E, et al. Manipulation and mobilization for neck pain contrasted against an inactive control or another active treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9):CD004249.
17. Liu L, Huang QM, Liu QG, Ye G, Bo CZ, Chen MJ, et al. Effectiveness of dry needling for myofascial trigger points associated with neck and shoulder pain: A systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015;96:944–55.
18. Glazov G, Yelland M, Emery J. Low-level laser therapy for chronic non-specific low back pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Acupunct Med.* 2016;34:328–41.
19. Jackson MD, Rowe K, Davenport TE. Trigger point dry needling for musculoskeletal pain and disability: A systematic review of comparative effectiveness research. *Orthop Phys Ther Pract.* 2016;28:178–87.
20. Rodríguez-Mansilla J, González-Sánchez B, de Toro García A, Valera-Donoso E, Garrido-Ardila EL, Jiménez-Palomares M, et al. Effectiveness of dry needling on reducing pain intensity in patients with myofascial pain syndrome: a meta-analysis. *J Tradit Chin Med.* 2016;36:1-13
21. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Dry Needling and Injection for Musculoskeletal and Joint Disorders: A Review of the Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines [Internet]. Ottawa: CADTH; 2016 [citado 03 mar 2020]. URL: <https://www.cadth.ca/dry-needling-and-injection-musculoskeletal-and-joint-disorders-review-clinical-effectiveness-cost>
22. Dong W, Goost H, Lin XB, Burger C, Paul C, Wang ZL, et al. Treatments for shoulder impingement syndrome. *Medicine (Baltimore).* 2015;94:e510.
23. Liu F, Zhou F, Zhao M, Fang T, Chen M, Yan X. Acupotomy Therapy for Chronic Nonspecific Neck Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evid Based Complement Altern Med.* 2017;2017:6197308.
24. Kim SY, Lee EJ, Jeon JH, Kim JH, Jung IC, Kim YI. Quality Assessment of Randomized Controlled Trials of Moxibustion Using STandards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Moxibustion (STRICTOM) and Risk of Bias (ROB). *J Acupunct Meridian Stud.* 2017;10:261–75.
25. Salvioli S, Guidi M, Marcotulli G. The effectiveness of conservative, non-pharmacological treatment of plantar heel pain: a systematic review with meta-analysis. *The Foot (Edinb).* 2017;33:57-67.

26. Eccleston C, Fisher E, Thomas KH, Hearn L, Derry S, Stannard C, et al. Interventions for the reduction of prescribed opioid use in chronic non-cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(11):CD010323.
27. Hall ML, Mackie AC, Ribeiro DC. Effects of dry needling trigger point therapy in the shoulder region on patients with upper extremity pain and dysfunction: a systematic review with meta-analysis. *Physiother.* 2018;104:167-77.
28. Liu L, Huang QM, Liu QG, Thitham N, Li LH, Ma YT, et al. Evidence for Dry Needling in the Management of Myofascial Trigger Points Associated With Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2018;99:144-52.
29. Xiang Y, He J, Li R. Appropriateness of sham or placebo acupuncture for randomized controlled trials of acupuncture for nonspecific low back pain: A systematic review and meta-analysis. *J Pain Res.* 2018;11:83-94.
30. Witt CM, Vertosick EA, Foster NE, Lewith G, Linde K, MacPherson H, et al. The Effect of Patient Characteristics on Acupuncture Treatment Outcomes. *Clin J Pain.* 2019;35:428-34.
31. Chen YJ, Chen CT, Liu JY, Shimizu G, Yang YQ. What is the appropriate acupuncture treatment schedule for chronic pain? Review and analysis of randomized controlled trials. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2019;2019:5281039.
32. Yang LH, Duan PB, Hou QM, Du SZ, Sun JF, Mei SJ, et al. Efficacy of auricular acupressure for chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2017;2017:6383649.
33. Taylor P, Pezzullo L, Grant SJ, Bensoussan A. Cost-effectiveness of acupuncture for chronic nonspecific low back pain. *Pain Pract.* 2014;14:599-606.
34. Kanga I, Severn M. Manual therapy for recent-onset or persistent neck pain: a review of clinical effectiveness and guidelines [Internet]. Ottawa: CADTH; 2017 [citado el 03 mar de 2020]. URL: <https://www.cadth.ca/manual-therapy-recent-onset-or-persistent-neck-pain-review-clinical-effectiveness-and-guidelines>.

Motivo de exclusión: incluye diseños de estudios diferentes a ensayos clínicos aleatorizados con control.

1. Cox J, Varatharajan S, Côté P. Effectiveness of acupuncture therapies to manage musculoskeletal disorders of the extremities: a systematic review. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2016;6:409-35.
2. Yeganeh M, Baradaran HR, Qorbani M, Moradi Y, Dstgiri S. The effectiveness of acupuncture, acupressure and chiropractic interventions on treatment of chronic nonspecific low back pain in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract.* 2017;27:11-8.
3. Wong JJ, Shearer HM, Mior S, Jacobs C, Côté P, Randhawa K, et al. Are manual therapies, passive physical modalities, or acupuncture effective for the management of patients with whiplash-associated disorders or neck pain and associated disorders? An update of the Bone and Joint Decade Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders by the OPTIMA collaboration. *Spine J.* 2016;16:1598-1630.
4. Kwon CY, Lee B. Clinical effects of acupressure on neck pain syndrome (nakchim): a systematic review. *Integr Med Res.* 2018;7:219-30.
5. Haik MN, Alburquerque-Sendín F, Moreira RFC, Pires ED, Camargo PR. Effectiveness of physical therapy treatment of clearly defined subacromial pain: a systematic review of randomized controlled trials. *Br J Sports Med.* 2016;50:1124-34.
6. Liu S, Zhang CS, Cai Y, Guo X, Zhang AL, Xue CC, et al. Acupuncture for post-stroke shoulder-hand syndrome: a meta-analysis. *Front Neurol.* 2019;10:433.
7. Southerst D, Marchand AA, Côté P, Shearer HM, Wong JJ, Varatharajan SV, et al. The effectiveness of noninvasive interventions for musculoskeletal thoracic spine and chest wall pain: a systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *J Manipulative Physiol Ther.* 2015;38:521-31.
8. Choi TY, Lee MS, Kim JI, Zaslowski C. Moxibustion for the treatment of osteoarthritis: an updated systematic review and meta-analysis. *Maturitas.* 2017;100:33-48.
9. Li J, Li YX, Luo LJ, Ye J, Zhong DL, Xiao QW, et al. The effectiveness and safety of acupuncture for knee osteoarthritis. An overview of systematic reviews. *Medicine.* 2019;98:e16301.
10. Skelly AC, Chou R, Dettori JR, Turner JA, Friedly JL, Rundell SD, et al. Noninvasive nonpharmacological treatment for chronic pain: a systematic review. Comparative effectiveness review N° 209 [Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2018 [citado 03 mar 2020]. URL: <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/nonpharma-treatment-pain/research-2018>

11. Amorim CSM, Espirito Santo AS, Sommer M, Marques AP. Effect of physical therapy in bruxism treatment: a systematic review. *J Manipulative Physiol Ther.* 2018;41:389-404.
12. Choi GH, Wieland S, Lee H, Sim H, Lee MS, Shin BC. Acupuncture and related interventions for the treatment of symptoms associated with carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2018;12:CD011215.
13. Chou PC, Chu HY. Clinical efficacy of acupuncture on rheumatoid arthritis and associated mechanisms: a systematic review. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2018;2018:8596918.

## Anexo 5. Características de los estudios incluidos en el análisis

1 <sup>er</sup> autor (año), país	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Criterios de selección	Nº de estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado
McPherson et al. <sup>12</sup> (2017), Reino Unido	MEDLINE, <i>Cochrane Central Register of Controlled Trials</i> , <i>citation lists of systematic reviews</i> Junio 2013	Diseño de estudios: ECAs con adecuada ocultación de la secuencia de aleatorización Pacientes con dolor crónico (excluyendo fractura osteoporótica) de al menos 4 semanas de duración Intervención: acupuntura con agujas penetrantes (en puntos de acupuntura o en puntos gatillo) Control: no acupuntura o acupuntura simulada	<b>28</b> <b>Dolor crónico general</b> <u>Dolor crónico lumbar (10) y cervical (5):</u> I: 15 acupuntura C: 10 acupuntura simulada; 9 cuidados auxiliares; 6 cuidados habituales; 1 consejo no específico; 1 consejo basado en guías de práctica clínica <u>Dolor crónico en artrosis (9):</u> I: 9 acupuntura C: 6 acupuntura simulada; 3 cuidados auxiliares; 3 cuidados habituales; 2 consejo no específico <u>Dolor crónico en hombro (4):</u> I: 4 acupuntura C: 4 acupuntura simulada; 1 cuidados habituales	Herramienta Cochrane adaptada	Tamaño del efecto de la acupuntura frente a placebo acupuntura Tamaño del efecto de la acupuntura frente a no acupuntura Efecto de los distintos tipos de controles sobre el tamaño del efecto Características de la acupuntura y de los profesionales que la realizan sobre el tamaño del efecto
	Búsqueda específica para artrosis de rodilla: MEDLINE, MANTIS, PASCAL, <i>Inside Conferences</i> , PEDro, CAMbase, LILACS y clinicalTrial.gov Junio 2013	Diseño de estudios: ECAs Pacientes con artrosis de rodilla que informen de dolor y con edad media ≥55 años	<b>25</b> <b>Dolor crónico en artrosis de rodilla</b> I: acupuntura C: 15 acupuntura simulada; 13 cuidados habituales; 3 estimulación eléctrica; 1 ejercicio muscular; 1 hielo/crioterapia	Herramienta Cochrane adaptada	Mejoría del dolor

MANTIS: *Manual, Alternative and Natural Therapy Index System*; PASCAL: base de datos del *Institut de l'Information Scientifique et Technique*; PEDro: *Inside Conferences, Physiotherapy Evidence Database*, CAMbase: *Complementary and Alternative Medicine*; LILACS: *Latin American and Caribbean Health Sciences Literature*; ECA: ensayo clínico aleatorizado; I: intervención; C: comparador

1 <sup>er</sup> autor (año), país	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Criterios de selección	Nº de estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado
Skelly et al. <sup>13</sup> (2018), EEUU	MEDLINE, <i>Cochrane Central Register of Controlled Trials</i> , <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , clinicalTrials.gov Noviembre 2017	Diseño de estudios: ECAs o RS de ECAs de gran calidad publicados en inglés, se considerarían los diseños cruzados con asignación aleatoria de tratamiento inicial Pacientes con dolor crónico Intervención: acupuntura (entre otras) Control: placebo, lista de espera, tratamiento habitual, no tratamiento	<b>29</b> <b>Dolor crónico general</b> <u>Dolor crónico lumbar (8):</u> I: 8 acupuntura clásica y en 1 además electroacupuntura C: 4 simulada acupuntura; 3 cuidados habituales; 2 placebo-estimulación eléctrica; 1 autocuidados tras educación) <u>Dolor crónico cervical (9):</u> I: 9 acupuntura clásica y en 2 además electroacupuntura C: 5 acupuntura simulada; 1 estimulación eléctrica simulada; 1 láser simulado; 1 cuidados habituales; 2 tratamiento farmacológico <u>Dolor artrosis de rodilla (9):</u> I: 3 acupuntura clásica, 4 electroacupuntura, 1 láser-acupuntura y 1 acupuntura clásica y láser-acupuntura C: 3 cuidados habituales, 2 sin tratamiento o lista de espera; 2 láser simulado; 4 acupuntura simulada o acupuntura en localizaciones no indicadas. <u>Dolor crónico en fibromialgia (3):</u> I: 2 acupuntura clásica y 1 electroacupuntura C: acupuntura simulada	Herramienta Cochrane adaptada	Variables primarias: - función, discapacidad, interferencia por dolor - Dolor - Efectos adversos  Variables secundarias: - Estrés psicológico (depresión y ansiedad) - Calidad de vida - Uso de opioides - Calidad del sueño, perturbación del sueño - Uso de cuidados sanitarios

ECA: ensayo clínico aleatorizado; RS: revisión sistemática; I: intervención; C: comparador.

1 <sup>er</sup> autor (año), país	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Criterios de selección	Nº de estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado
Vickers <i>et al.</i> <sup>14</sup> (2017), Reino Unido	MEDLINE, Cochrane Collaboration Central Register of Controlled Trials y citation lists of systematic reviews Diciembre 2015	Los mismos que McPherson <i>et al.</i> <sup>12</sup>	<b>39 (29 previos y 10 de la actualización)</b> <b>Dolor crónico general</b> <u>Dolor crónico lumbar (11)</u> <u>Dolor crónico cervical (6)</u> <u>Dolor crónico hombro (3)</u> <u>Dolor crónico en artrosis (12)</u> <u>Resto dolor crónico en migraña y cefalea</u>	Los mismos que McPherson <i>et al.</i> <sup>12</sup>	Los mismos que McPherson <i>et al.</i> <sup>12</sup>
MacPherson <i>et al.</i> <sup>15</sup> (2017), Reino Unido	<i>Acupuncture trialists' Collaboration</i> Diciembre 2015	Los mismos que McPherson <i>et al.</i> <sup>12</sup>	<b>29 previos</b> <b>Dolor crónico general</b>	Los mismos que McPherson <i>et al.</i> <sup>12</sup>	Tamaño del efecto de la acupuntura frente a acupuntura simulada u otro tipo de control con el paso del tratamiento
Yuan <i>et al.</i> <sup>16</sup> (2016), China	MEDLINE, EMBASE, Cochrane Library, TCMLARS, CNKI y la base de datos Wan Fang No se especifica fecha de búsqueda	Diseño de estudios: ECAs paralelos o crossover Población: pacientes con dolor musculoesquelético (afectación muscular, ligamentosa, de tendones y huesos) Intervención: acupuntura clásica con inserción de agujas Comparador: acupuntura simulada o placebo con agujas	<b>63</b> <b>Dolor y disfunción agudos y crónicos musculoesqueléticos</b> ( <u>incluye dolor en cuello, hombro, hombro y cuello, zona lumbar, artrosis de rodilla y de cadera, articulación temporomandibular-dolor miofascial, fibromialgia y epicondilitis lateral</u> ) I: acupuntura clásica con agujas (de 1 a 24 sesiones, con duración de tratamiento entre 1 y 26 semanas, duración común de cada sesión de 20 – 30 minutos, número de puntos estimulados entre 1 y 19) C: acupuntura simulada (usando los mismos puntos que la acupuntura activa o bien posiciones laterales u otros puntos acupunturales diferentes o irrelevantes para la patología a tratar) o agujas placebo a diferente profundidad de penetración (sin penetración, superficiales o con la profundidad habitual)	Herramienta Cochrane y sistema GRADE	Efectividad sobre la capacidad funcional y el dolor

TCMLARS: Traditional Chinese Medical literature Analysis and Retrieval System; CNKI: China National Knowledge Infrastructure; ECA: ensayo clínico aleatorizado; I: intervención; C: comparador

1 <sup>er</sup> autor (año), país	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Criterios de selección	Nº de estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado
Lorenc <i>et al.</i> <sup>17</sup> (2018), Reino Unido	AMED, MEDLINE, embase, CINAHL, PsycINFO, <i>Cochrane Library</i> , Epistemonikos, SIGLE, UKCRN, <i>Health Service reasearch projects in progress</i> , Prospero, listas de referencia de <i>overviews</i> e informes de profesionales y organizaciones de pacientes Febrero 2016	Diseño de estudios: Rs y meta-análisis Población: adultos ≥ 18 años, con dolor musculoesquelético, artrosis, artritis o fibromialgia Intervención: acupuntura (entre otras) Comparador: no se establece	<b>21</b> <b>Dolor crónico general</b> <u>Dolor crónico musculoesquelético (5):</u> I: 4 acupuntura clásica y 1 acupresión C: placebo* <u>Dolor crónico lumbar (15):</u> I: 12 acupuntura clásica, 2 acupresión y 1 moxibustión C: placebo y cuidado habitual* <u>Dolor crónico cervical (7):</u> I: 5 acupuntura clásica y 2 acupresión C: placebo* <u>Dolor artrosis de rodilla (11):</u> I: 10 acupuntura clásica y 1 moxibustión C: placebo* <u>Dolor crónico en fibromialgia (10):</u> I: 9 acupuntura clásica y 1 moxibustión C: placebo* <u>Dolor crónico en artritis reumatoide (6):</u> I: 4 acupuntura clásica y 2 moxibustión C: placebo* <u>Dolor crónico en síndrome miofascial (6):</u> I: 6 acupuntura clásica C: placebo* <u>Dolor crónico en hombro (2):</u> I: 2 acupuntura clásica C: placebo*	AMSTAR	Efectividad sobre la capacidad funcional, dolor, bienestar físico, disfunción, rango de movimiento, calidad de vida Seguridad: presencia de efectos adversos Coste-efectividad

AMED: *The Allied and Complementary Medicine Database*; CINAHL: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*; PsycINFO: *Psychology and Behavioral Sciences Collection*; ECA: ensayo clínico aleatorizado; RS: revisión sistemática; I: intervención; C: comparador

\*: la revisión de revisiones no ofrece más información al respecto

1 <sup>er</sup> autor (año), país	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Criterios de selección	Nº de estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado
<b>Muñoz-Ortego et al.<sup>18</sup> (2016), España</b>	Pubmed/MEDLINE, <i>The Cochrane Library</i> y el CRD-HTA Agosto 2015	Diseño de estudios: revisiones sistemáticas o metanálisis de buena o muy buena calidad según SIGN Población: pacientes con dolor (entre otras patologías) Intervención: acupuntura Comparador: placebo, acupuntura simulada o tratamiento habitual	<b>5*</b> <b>Dolor crónico de especialidad médica reumatología</b> (incluye lumbalgia, artrosis y fibromialgia): 3 I: acupuntura C: placebo, acupuntura simulada o tratamiento habitual	SIGN	Eficacia de la acupuntura frente a placebo, acupuntura simulada o tratamiento habitual en relación al dolor y a la discapacidad funcional
<b>Vieira et al.<sup>19</sup> (2018), Portugal</b>	Pubmed/MEDLINE, PsycINFO, EBMR, <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , CINAHL Plus, NRC, <i>Science Direct</i> y PROSPERO Noviembre 2017	Diseño de estudios: meta-análisis de alta calidad según herramienta AMSTAR Población: pacientes con dolor (entre otras patologías) Intervención: auriculoterapia Comparador: placebo, acupuntura simulada o tratamiento habitual	<b>3</b> <b>Dolor crónico musculoesquelético</b> (incluye lumbalgia crónica, migraña tensional crónica, artrosis de rodilla, artritis reumatoide, dolor lumbar no específico y dolor pélvico posterior): I: agujas en aurícula, estimulación eléctrica de agujas o transcutánea sin agujas, estimulación por laser, acupresión, electroacupuntura y acupuntura con semillas C: placebo†	AMSTAR	Efectividad sobre la capacidad funcional y el dolor Seguridad: presencia de efectos adversos

CRD-HTA: *Centre for Reviews and Dissemination – Health Technology Assessment*; PsycINFO: *Psychology and Behavioral Sciences Collection*; EBMR: *Evidence-based Medicine Reviews*; CINAHL: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*; NRC: *Nursing Reference Centre*; ECA: ensayo clínico aleatorizado; I: intervención; C: comparador

\*: la revisión de revisiones incluye otras indicaciones que no son objeto de estudio de la presente revisión

†: la revisión de revisiones no ofrece más información al respecto

1 <sup>er</sup> autor (año), país	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Criterios de selección	Nº de estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado
<b>Xiang et al.<sup>20</sup> (2018), China</b>	<i>Cochrane Central Register of Controlled Trials</i> , Pubmed, MEDLINE y Embase Diciembre 2016	Diseño de estudios: ECAs Población: pacientes con dolor crónico de más de 12 semanas Intervención: acupuntura clásica con inserción de agujas Comparador: acupuntura simulada o placebo	<b>14</b> <b>Dolor y disfunción en lumbalgia aguda (4 estudios) y crónica (10 estudios) no específica</b> I: acupuntura clásica con agujas C: acupuntura simulada (usando los mismos puntos que la acupuntura activa o bien posiciones laterales u otros puntos acupunturales diferentes o irrelevantes para la patología a tratar) o agujas placebo a diferente profundidad de penetración (sin penetración, superficiales o con la profundidad habitual) u otros tipo de placebo (TENS)	Herramienta Cochrane y sistema GRADE	Efectividad sobre la capacidad funcional y el dolor
<b>Poitras et al.<sup>21</sup> (2017), Canadá</b>	Pubmed, <i>Cochrane Library</i> , CRD, agencias de evaluación de tecnologías sanitarias Junio 2017	Diseño de estudios: informes de síntesis, revisiones sistemáticas, metanálisis y evaluaciones económicas Población: adultos con dolor de espalda o cervicalgia Intervención: intervenciones fisioterapéuticas entre las que se encuentran la punción seca y la acupuntura Comparador: tratamiento farmacológico, placebo o ausencia de tratamiento	<b>1</b> <b>Dolor crónico cervical</b> I: punción seca C: acupuntura simulada	AMSTAR	Beneficios y riesgos clínicos (dolor, capacidad funcional, entre otros)

CRD: Centre for Reviews and Dissemination; ECA: ensayo clínico aleatorizado; I: intervención; C: comparador; TENS: estimulación eléctrica transcutánea nerviosa

1 <sup>er</sup> autor (año), país	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Criterios de selección	Nº de estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado
<b>Seo et al.<sup>22</sup> (2017), Corea</b>	Cochrane Central, MEDLINE, EMBASE, AMED y CNKI Julio 2016	Diseño de estudios: ECAs Población: adultos con trastornos mecánicos cervicales, síndrome miofascial, espondilosis cervical, irradiación de dolor a nivel cervical y mialgia en esa zona Intervención: acupuntura y electroacupuntura Comparador: tratamiento farmacológico, fisioterapia o cualquier otro cuidado habitual	<b>16</b> <b>Dolor crónico cervical</b> I: 9 acupuntura; 7 electroacupuntura C: 3 farmacoterapia (AINEs), 9 terapia física (manipulación, tracción cervical, manipulación + tracción), 2 otros cuidados habituales (consultas), 1 vitamina B12, 1 electroterapia de frecuencia media	Herramienta Cochrane y recomendaciones GRADE	Efectividad sobre el dolor y la capacidad funcional
<b>Nunes et al.<sup>23</sup> (2015), Portugal</b>	Pubmed, CINAHL, PEDro, <i>Cochrane Library</i> , AMED, EMBASE <i>SPORTDiscus</i> y <i>WebSic</i> Noviembre 2013	Diseño de estudios: ECAs Población: adultos con dolor en el músculo trapecio durante más de 3 meses Intervención: acupuntura y punción seca (entre otras terapias físicas) Comparador: acupuntura simulada o punción seca simulada	<b>5</b> <b>Dolor crónico cervical</b> I: 3 acupuntura, 2 punción seca C: 3 acupuntura simulada, 2 punción seca simulada	Herramienta Cochrane adaptada y recomendaciones GRADE	Efectividad sobre el dolor a corto, medio y largo plazo

AMED: *The Allied and Complementary Medicine Database*; CNKI: *China National Knowledge Infrastructure*; CINAHL: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*; PEDro: *Physiotherapy Evidence Database*; ECA: ensayo clínico aleatorizado; I: intervención; C: comparador

1 <sup>er</sup> autor (año), país	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Criterios de selección	Nº de estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado
<b>Wang et al.<sup>24</sup> (2017), China</b>	Pubmed, <i>Cochrane Library</i> , Embase, <i>Web of Science</i> y <i>China Biology Medicine</i> Enero 2016	Diseño de estudios: ECAs Población: adultos con síndrome miofascial diagnosticado según los criterios definidos por Simons <i>et al.</i> * Intervención: acupuntura y electroacupuntura Comparador: tratamiento farmacológico, fisioterapia o cualquier otro cuidado habitual	<b>16</b> <b>Dolor crónico cervical</b> I: 16 acupuntura manual (incluye punción seca) C: 13 acupuntura simulada, 1 láser simulado, 2 sin intervención	Herramienta Cochrane (RoB)	Efectividad sobre la intensidad del dolor y el umbral de dolor a la presión, aparición de eventos adversos y rango de movilidad
<b>Vier et al.<sup>25</sup> (2019), Brasil</b>	MEDLINE, CINAHL, LILACS, PEDro, <i>Cochrane Central Registry</i> , SCOPUS, WOS y ProWuest Abril 2018	Diseño de estudios: ECAs Población: pacientes con dolor orofacial de origen miofascial sin patología reumática, neurológica, vascular, metabólica o neoplásica y que no hubiesen sido sometidos a procedimientos quirúrgicos en dicha zona Intervención: punción seca Comparador: punción seca simulada o tratamiento activo (fármacos)	<b>7</b> <b>Dolor crónico temporomandibular (síndrome miofascial)</b> I: 7 punción seca C: 4 punción seca simulada; 3 tratamiento activo (fármaco); 1 láser simulado	Herramienta Cochrane adaptada y recomendaciones GRADE	Efectividad sobre el dolor a corto, medio y largo plazo, sobre el umbral del dolor a la presión y la apertura mandibular sin dolor

CINAHL: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*; LILACS: *Latin American and Caribbean Health Sciences Literature*; PEDro: *Physiotherapy Evidence Database*; WOS: *Web of Science*; ECA: ensayo clínico aleatorizado; I: intervención; C: comparador; RoB: risk of bias (riesgo de sesgo)

\*: Simons DG, Travell JG, Simons LS. *Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual, vol. 1-upper half of body*. Baltimore, MA: Williams & Wilkins; 1999:11-89.

1 <sup>er</sup> autor (año), país	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Criterios de selección	Nº de estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado
<b>Wu et al.<sup>26</sup> (2017), China</b>	PubMed, EMBASE, <i>Cochrane Central Register of Controlled Trials</i> y <i>clinical Trails.gov</i> Marzo 2016	Diseño de estudios: ECAs Población: pacientes con afectación temporomandibular (pero no limitado a esta patología) mayores de 18 años Intervención: acupuntura Comparador: no descrito	<b>9 estudios en 8 publicaciones</b> <b>Dolor crónico temporomandibular</b> I: 8 acupuntura y 1 punción seca C: 4 acupuntura simulada, 2 láser simulado, 2 tratamiento con férulas, 1 punción seca simulada	No descrito	Efectividad sobre el dolor y la movilidad (apertura máxima mandibular)
<b>Fernandes et al.<sup>27</sup> (2017), Brasil</b>	Pubmed, Scopus, WOS y <i>Cochrane Library</i> Mayo 2015	Diseño de estudios: ECAs Población: pacientes con dolor orofacial de origen miofascial Intervención: acupuntura y láser-acupuntura Comparador: acupuntura simulada, láser-acupuntura simulada, tratamiento habitual (férulas, fármacos...)	<b>4</b> <b>Dolor crónico temporomandibular (síndrome miofascial)</b> I: 2 acupuntura clásica, 1 acupuntura en puntos gatillo y 1 láser-acupuntura C: 2 acupuntura simulada, 1 láser-acupuntura simulada, 1 tratamiento activo (férulas), 1 sin tratamiento	Jadad	Efectividad sobre el dolor
<b>Tang et al.<sup>28</sup> (2015), China</b>	EMBASE, Pubmed, <i>Cochrane Library</i> , CNKI, <i>VIP database</i> , <i>Wangan database</i> y <i>Sinomed</i> 2015	Diseño de estudios: ECAs Población: adultos con epicondilitis lateral (codo del tenista, epicondialgia lateral, epicondilitis externa humeral y epicondilitis humeral lateral) Intervención: acupuntura (electroacupuntura, acupuntura con calor, y con manipulación manual) Comparador: acupuntura simulada, otro placebo, ausencia de tratamiento/lista de espera/control o tratamiento activo (AINEs o inyecciones locales de corticosteroides)	<b>4</b> <b>Dolor crónico en codo (epicondilitis lateral)</b> I: 2 acupuntura, 1 electroacupuntura + moxibustión, 1 electroacupuntura + terapia de bloqueo C: 2 acupuntura simulada, 2 terapia de bloqueo	Herramienta <i>Cochrane</i> y recomendaciones GRADE	Efectividad balance funcional y función muscular

WOS: *Web of Science*; CNKI: *China National Knowledge Infrastructure*; VIP database: *Chinese Scientific Journal database*; Sinomed: *Chinese Biomedical Literature database*; ECA: ensayo clínico aleatorizado; I: intervención; C: comparador

1 <sup>er</sup> autor (año), país	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Criterios de selección	Nº de estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado
<b>Sim et al.<sup>29</sup> (2011), Corea</b>	Medline, Embase, <i>Cochrane Library</i> , CINAHL, DBPIA, <i>Korea Institute of Science and Technology Information</i> , <i>The National Library of Korea</i> , <i>Korean traditional knowledge portal</i> , OASIS, KoreaMed, <i>China Academic Journal</i> . Diciembre 2009	Diseño de estudios: ECA (incluyeron disertaciones y abstracts) Población: Pacientes diagnosticados con síndrome del túnel carpiano mediante criterios clínicos relevantes Intervención: Acupuntura Comparador: No intervención, acupuntura simulada o tratamiento habitual	<b>6</b> <b>Dolor crónico en síndrome del túnel carpiano</b> I: 5 acupuntura, 1 acupuntura con láser C: 2 acupuntura simulada, 3 tratamiento farmacológico (esteroides), 1 masaje Tui Na	Herramienta Cochrane	Dolor, severidad de los síntomas, ratio de respuesta
<b>Wu et al.<sup>30</sup> (2019), China</b>	Medline, Embase, <i>Cochrane Central Register of Controlled Trials</i> , CINAHL PLUS, CINAHL Complete, PsycINFO, <i>Wanfang digital database</i> , <i>Chinese Biomedical Literature Database</i> , <i>Taiwan Periodical Literature Databases</i> . Julio 2019	Diseño de estudios: ECA Población: Pacientes diagnosticados con síndrome del túnel carpiano primario Intervención: Acupuntura y terapias relacionadas Comparador: intervenciones no quirúrgicas	<b>10</b> <b>Dolor crónico en síndrome del túnel carpiano</b> I: 4 electroacupuntura, 5 acupuntura, 1 estimulación eléctrica transcutánea del nervio, 2 moxibustión C: 2 acupuntura simulada, 3 entablillados, 2 tratamiento farmacológico (prednisona o ibuprofeno), 1 hierbas medicinales chinas, 1 moxibustión	Herramienta Cochrane	Dolor: VAS Función: FSS Severidad de los síntomas: SSS, CTSAQ-S
<b>Li et al.<sup>31</sup> (2016), China</b>	Medline, EMBASE, <i>the Web of Science and the Cochrane Library</i>	Diseño de estudios: ECA Población: Pacientes con artrosis de rodilla Intervención: Moxibustión sola, o en combinación con otro tratamiento de medicina convencional Comparador: moxibustión simulada, tratamiento farmacológico o habitual	<b>4</b> <b>Dolor por artrosis de rodilla</b> I: 4 moxibustión C: 2 moxibustión simulada, 1 cuidados habituales, 1 tratamiento farmacológico	Herramienta Cochrane	Efectividad del resultado mediante escala WOMAC y calidad de vida mediante SF-36 Metaanálisis: media ponderada de la varianza inversa de los efectos individuales

CINAHL: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*; DBPIA: base de datos coreana; PsycINFO: *Psychology and Behavioral Sciences Collection*; ECA: ensayo clínico aleatorizado; I: intervención; C: comparador; VAS: escala visual analógica del dolor; FSS: Escala de estado funcional; SSS: Escala de severidad de síntomas; CTSAQ-S: Escala del cuestionario de autoevaluación de síntomas del Síndrome del túnel carpiano

1 <sup>er</sup> autor (año), país	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Criterios de selección	Nº de estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado
<b>Lin et al.<sup>32</sup> (2016), China</b>	PubMed, EMBASE, <i>Cochrane Central Register of Controlled Trials</i>	Diseño de estudios: ECA Población: Dolor de rodilla > 3 meses y diagnóstico de artrosis de rodilla. Intervención: Acupuntura, terapia de estimulación del periostio Comparador: Acupuntura simulada, tratamiento habitual o nada	<b>10</b> <b>Dolor por artrosis de rodilla</b> I: 6 acupuntura, 4 electroacupuntura, 1 terapia de estimulación del periostio C: 6 acupuntura simulada, 1 terapia de estimulación del periostio simulada, 2 tratamiento habitual, 1 no tratamiento	Herramienta Cochrane	Efectividad del resultado mediante escala WOMAC (subescalas para dolor y funcionalidad) Metanálisis: Diferencias medias ponderadas con 95% IC
<b>Zhang et al.<sup>33</sup> (2017), China</b>	Medline, EMBASE, CENTRAL, CINAHL, CBM, CNKI, <i>VIP Information, Wanfang Data, Furthermore, ClinicalTrials.gov</i>	Diseño de estudios: ECA Población: pacientes con más de tres meses de dolor de rodilla Intervención: Acupuntura Comparador: No acupuntura o tratamiento convencional	<b>17</b> <b>Dolor por artrosis de rodilla</b> I: 14 acupuntura, 3 electroacupuntura, 1 electroacupuntura auricular C: 2 tratamiento habitual, 1 educación, 1 entrenamiento autógeno, 5 tratamiento farmacológico, 4 sin tratamiento, 2 ejercicios, 3 lista de espera, 1 TENS	Herramienta Cochrane y formulario STRICTA	Intensidad del dolor: VAS, WOMAC y NRS Calidad de vida: SF-36 Eventos adversos Metanálisis: para variables dicotómicas RR + 95% IC, y para variables continuas diferencia media + 95% IC
<b>Li et al.<sup>34</sup> (2018), China</b>	Pubmed, <i>Cochrane Library</i> , EMBASE, CNKI	Diseño de estudios: ECA Población: Pacientes diagnosticados con artrosis de rodilla Intervención: Acupuntura Comparador: Acupuntura simulada, placebo o educación de hábitos	<b>16</b> <b>Dolor por artrosis de rodilla</b> I: 7 electroacupuntura, 5 acupuntura, 3 agujas de fuego, 1 aguja caliente C: 2 educación, 9 acupuntura simulada, 2 lista de espera, 4 aguja caliente	Herramienta Cochrane	Dolor, rigidez y capacidad funcional a través de WOMAC. Metaanálisis: Diferencia media, con 95% IC de los parámetros dolor, rigidez y funcionalidad

CINAHL: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*; CNKI: *China National Knowledge Infrastructure*; ECA: ensayo clínico aleatorizado; I: intervención; C: comparador; IC: intervalo de confianza; NRS: escala numérica del dolor; VAS: escala visual analógica del dolor

1 <sup>er</sup> autor (año), país	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Criterios de selección	Nº de estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado
<b>Gong et al.<sup>35</sup> (2019), China</b>	Medline, <i>Cochrane Library</i> , Scopus, CINAHL, CNKI.	Diseño de estudios: ECAs Población: Pacientes diagnosticados con artrosis de rodilla de o mayores de 50 años Intervención: Acuterapia Comparador: Acuterapia simulada y/o tratamiento convencional	<b>17</b> <b>Dolor por artrosis de rodilla</b> I: 1 presión, 9 acupuntura, 3 acupuntura con electroestimulación, 1 acupuntura + AINE, 2 moxibustión, 2 estimulación con láser C: 1 acupresión simulada, 8 acupuntura simulada 1 moxibustión simulada, 2 láser simulado, 7 tratamiento habitual, 4 consejo y educación	Escala de Oxford	Cuestionario WOMAC. Metanálisis: Diferencia media estandarizada con 95% IC de rigidez de rodilla, dolor y funcionalidad entre acupuntura/tratamiento habitual y acupuntura/acupuntura simulada
<b>Sun et al.<sup>36</sup> (2019), China</b>	EMBASE, EBSCO, PubMed, <i>Cochrane Central Register of Controlled Trials</i> , CNKI, WanFang, <i>VIP Information</i>	Diseño de estudios: ECAs Población: pacientes diagnosticados de artrosis de rodilla Intervención: Acupuntura Comparador: Acupuntura simulada o no intervención	<b>8</b> <b>Dolor por artrosis de rodilla</b> I: 3 acupuntura, 5 electroacupuntura C: 5 no acupuntura, 6 acupuntura simulada	Herramienta Cochrane	Dolor y funcionalidad a través de WOMAC
<b>Manheimer et al.<sup>37</sup> (2018), EEUU, China</b>	Cochrane CENTRAL, MEDLINE y Embase Marzo 2018	Diseño de estudios: ECAs Población: adultos con artrosis de cadera Intervención: acupuntura clásica con inserción de agujas Comparador: acupuntura simulada, otras intervenciones simuladas y otras intervenciones (físicas o farmacológicas)	<b>6</b> <b>Dolor crónico en artrosis de cadera</b> I: 4 acupuntura clásica con inserción de agujas y 2 de acupuntura clásica asociada a otra técnica C: 2 acupuntura simulada; 1 tratamiento farmacológico, 1 consejo médico y ejercicio físico, 1 cuidados habituales de atención primaria, 1 educación del paciente	Herramienta de la Colaboración Cochrane	Efectividad sobre la capacidad funcional y el dolor a corto plazo (8 – 12 semanas) y a largo plazo (>12 semanas – 6 meses)

CINAHL: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*; CNKI: *China National Knowledge Infrastructure*; ECA: ensayo clínico aleatorizado; I: intervención; C: comparador; >: mayor de

1 <sup>er</sup> autor (año), país	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Criterios de selección	Nº de estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado
<b>Al-Boloushi et al.<sup>38</sup> (2018), España</b>	Medline, <i>Web of Science</i> , Cochrane y PEDro	Diseño de estudios: ECA Población: pacientes > 18 años diagnosticados con fascitis plantar Intervención: cualquier tratamiento invasivo no quirúrgico Comparador: no especificado	<b>4</b> <b>Dolor crónico en fascitis plantar</b> I: 1 electroacupuntura, 1 acupuntura PC7 (punto específico para dolor de talón), 2 punción seca C: 2 tratamiento convencional, acupuntura en LI4 (punto con propiedades analgésicas), 1 infiltración de corticosteroides, 1 punción seca simulada	Lista de la escala PEDro	Dolor: VAS Función: FFI, ROMPE
<b>Thiagarajah et al.<sup>39</sup> (2017), Singapur</b>	Pubmed, <i>Cochrane Library</i>	Diseño de estudios: ECA Población: pacientes diagnosticados con fascitis plantar Intervención: acupuntura o electroacupuntura Comparador: acupuntura simulada y/o tratamiento convencional	<b>4</b> <b>Dolor crónico en fascitis plantar</b> I: 1 electroacupuntura + estiramiento de la fascia plantar, 1 electroacupuntura + tratamiento conservativo, 1 acupuntura, 1 acupuntura + tratamiento conservativo C: 1 estiramiento fascia, 2 tratamiento conservativo, 1 acupuntura simulada	Lista Delphi	VAS
<b>Nishishinya et al.<sup>40</sup> (2019), España</b>	MEDLINE/PubMed, <i>The Cochrane Library</i> y Embase mayo 2017	Diseño de estudios: revisión de revisiones sistemáticas y revisiones sistemáticas de ECAs y estudios cuasialeatorizados Población: adultos con cualquier dolencia de columna (localización axial) asociada o no a enfermedad reumática Intervención: acupuntura Comparador: acupuntura simulada, otras intervenciones simuladas y otras intervenciones (físicas o farmacológicas)	<b>7</b> <b>Dolor crónico en enfermedad reumatoidea</b> <u>Dolor crónico lumbar: 5</u> I: 5 acupuntura C: 3 no tratamiento, 3 listas de espera, 2 intervenciones simuladas <u>Dolor crónico cervical: 2</u> I: 2 acupuntura C: 2 tracción cervical, 2 lista de espera, 1 intervenciones simuladas	SIGN para evaluación de calidad y escala de Oxford para nivel de evidencia	Efectividad sobre la capacidad funcional y el dolor

PEDro: *Physiotherapy Evidence Database*; ECA: ensayo clínico aleatorizado; intervención; C: comparador; SIGN; *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*; VAS: escala visual analógica del dolor; FFI: *fracture freshnes index*; ROMPE: Rango de movimiento del tobillo y extensión plantar;

1 <sup>er</sup> autor (año), país	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Criterios de selección	Nº de estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado
<b>Seca et al.<sup>41</sup> (2018), Portugal</b>	Medline, Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL, AMED, China Academic Journal, Century Journal Project, China Doctor/Master Dissertation Full Text Database, China Proceedings Conference Full Text, Proquest, RCAAP, Open Grey Diciembre 2016	Diseño de estudios: ECA. Población: Pacientes diagnosticados con artritis reumatoide Intervención: Acupuntura con aguja o láser, sola o con moxibustión o estimulación eléctrica Comparador: Placebo, acupuntura simulada, tratamiento convencional	<b>13</b> <b>Dolor crónico en enfermedad reumatoidea</b> I: 10 acupuntura, 3 electroacupuntura, 1 moxibustión C: 1 placebo, 3 medicina occidental/tratamiento habitual, 2 acupuntura simulada, 3 entrenamiento autógeno, 1 moxibustión	Herramientas de Joanna Briggs Institute <i>Meta-Analysis of Statistics Assessment and Review</i>	Dolor Efectividad en mejora de la función física Efectividad en la mejora de la calidad de vida
<b>Phang et al.<sup>42</sup> (2018), Singapur</b>	Pubmed y Embase. Mayo 2017	Diseño de estudios: ECA Población: Pacientes diagnosticados con enfermedad reumática Intervención: Terapias de medicina alternativa y complementaria Comparador: No especificado	<b>3</b> <b>Dolor crónico en enfermedad reumatoidea</b> I: 2 acupuntura, 1 aguja seca C: 3 acupuntura simulada	Sistema de puntuación Jadad	Dolor: VAS Función: ACR20
<b>Ramos et al.<sup>43</sup> (2018), Chile</b>	Epistemonikos	Diseño de estudios: Revisiones sistemáticas para seleccionar sus ECAs Población: Pacientes diagnosticados de artritis reumatoide Intervención: Acupuntura Comparador: Acupuntura simulada	<b>2</b> <b>Dolor crónico en enfermedad reumatoidea</b> I: 2 Acupuntura C: 2 Acupuntura simulada	GRADE	Dolor: VAS Efectividad: DAS28, ACR20 Funcionalidad: HAQ

CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature; AMED: Allied and Complementary Medicine Database; RCAAP: Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal; ECA: ensayo clínico aleatorizado; I: intervención; C: comparador; VAS: escala visual analógica del dolor; ACR20: American College of Rheumatology 20; DAS28: Disease Activity score 28; ACR20: American College of Rheumatology criteria 20; HAQ: Cuestionario de evaluación de la salud

1 <sup>er</sup> autor (año), país	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Criterios de selección	Nº de estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado
<b>Zhang et al.<sup>44</sup> (2019), China</b>	Pubmed, <i>Cochrane Library</i> , Embase, <i>Chinese Biology Medicine</i> , CNKI y <i>Chinese Science and Technology Periodical Database</i> Mayo 2018	Diseño de estudios: ECAs Población: pacientes con fibromialgia Intervención: acupuntura y electroacupuntura Comparador: acupuntura y electroacupuntura simuladas o tratamiento farmacológico convencional	<b>12</b> <b>Dolor crónico en fibromialgia</b> I: 10 acupuntura manual, 2 electroacupuntura C: 8 acupuntura simulada, 2 electroacupuntura simulada, 2 tratamiento farmacológico	Herramienta Cochrane (RoB) y sistema GRADE	Efectividad sobre la intensidad del dolor medido con diferentes escalas (EVA y MPQ)
<b>Kim et al.<sup>45</sup> (2019), Corea</b>	EMBASE, Pubmed, <i>Cochrane Central Registry of Controlled Trials</i> ; PsycINFO, CNKI, Chongqing VIP, OASIS, KoreaMed y RISS Agosto 2018	Diseño de estudios: ECAs Población: pacientes con fibromialgia > 17 años diagnosticados según los criterios de la ACR Intervención: acupuntura (acupuntura manual, electroacupuntura y/o auriculopuntura y combinaciones de acupuntura con otros tratamientos incluidos en el comparador) Comparador: acupuntura simulada (simulación de acupuntura, dispositivos placebo de agujas que no penetran, inserción de agujas en lugares no relacionados con fibromialgia o que no son puntos de acupuntura y combinación de estos métodos de simulación)	<b>10</b> <b>Dolor crónico en fibromialgia</b> I: 8 acupuntura manual, 2 electroacupuntura C: 8 acupuntura simulada, 2 electroacupuntura simulada. Clasifican la intervención placebo en 3 grupos independientemente de que se trate de acupuntura o electroacupuntura: - Acupuntura simulada en puntos apropiados: crea un efecto placebo en puntos no relacionados con fibromialgia - Acupuntura en puntos inapropiados: se aplica sobre localizaciones que no son acupuntos o bien que están localizados a cierta distancia de los puntos relacionados con la fibromialgia - Acupuntura simulada en puntos inapropiados: se aplica simulación sobre localizaciones que no son acupuntos o bien sobre acupuntos no relacionados con fibromialgia	Herramienta Cochrane y recomendaciones GRADE	Efectividad sobre la intensidad del dolor medido con diferentes escalas (todas unidas)

CNKI: China National Knowledge Infrastructure; PsycINFO: Psychology and Behavioral Sciences Collection; OASIS: Oriental medicine Advanced Searching Integrated System; RISS: Research Information Sharing Service; ECA: ensayo clínico aleatorizado; >.: mayor de; ACR: American College of Rheumatology; I: intervención; C: comparador; RoB: risk of bias (riesgo de sesgo); EVA: escala visual análoga; MPQ: escala de medición del dolor McGill Pain Questionnaire

1 <sup>er</sup> autor (año), país	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Criterios de selección	Nº de estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado
<b>Perry et al.<sup>46</sup> (2017), Reino Unido</b>	MEDLINE, EMBASE, AMED, WOS y <i>Cochrane Library</i> Diciembre 2015	Diseño de estudios: RS de ECAs Población: pacientes diagnosticados de fibromialgia mediante algún criterio diagnóstico estándar Intervención: acupuntura entre otras intervenciones Comparador: tratamiento placebo, ausencia de tratamiento, tratamiento habitual o listas de espera	<b>7</b> <b>Dolor crónico en fibromialgia</b> I: acupuntura y electroacupuntura C: acupuntura simulada, electroacupuntura simulada, tratamiento activo (fármacos)	AMSTAR y ROBIS	Efectividad sobre el dolor

AMED: *The Allied and Complementary Medicine Database*; WOS: *web of Science*; ECA: ensayo clínico aleatorizado; RS: revisión sistemática; I: intervención; C: comparador

## Anexo 6. Solapamiento de ECAs incluidos en las revisiones

LUMBALGIA																			
Referencia	Carlsson 2001	Cherkin 2001	Leibing 2002	Molsberger 2002	Kerr 2003	Itoh 2004	Brinkhaus 2006	Thomas 2006	Witt 2006	Inoue 2006	Itoh 2006	Haake 2007	Kennedy 2008	Cherkin 2009	Miyazaki 2009	Hunter 2012	Cho 2013	Weiss 2013	Hasegawa 2013
Yuan 2016 <sup>16</sup>																			
MacPherson 2017 <sup>12</sup>																			
McPherson 2017 <sup>15</sup>																			
Vickers 2017 <sup>14</sup>																			
Skelly 2018 <sup>13</sup>																			
Xiang 2018 <sup>20</sup>																			

**CERVICALGIA/DOLOR DE HOMBRO**

<b>Referencia</b>	Birch 1998	Kleinhenz 1999	Giles 1999	Imrich 2001	Zhu 2002	Nabeta 2002	Giles 2003	Zhang 2003	He 2004	White 2004	Guerra de Hoyos 2004	Salter 2006	Vas 2006	Witt 2006	Dyson- Hudson 2007	Ga 2007	Itoh 2007	Vas 2008	Franca 2008	Wang 2008
<b>Nunes 2015<sup>23</sup></b>																				
<b>Yuan 2016<sup>16</sup></b>																				
<b>MacPherson 2017<sup>12</sup></b>																				
<b>McPherson 2017<sup>15</sup></b>																				
<b>Vickers 2017<sup>14</sup></b>																				
<b>Seo 2017<sup>22</sup></b>																				
<b>Wang 2017<sup>24</sup></b>																				
<b>Skelly 2018<sup>13</sup></b>																				

CERVICALGIA/DOLOR DE HOMBRO																	
Referencia	Lathia 2009	Chou 2009	Fu 2009	Yu 2009	Molsberger 2010	Sahin 2010	Ma 2010	Tsai 2010	Tough 2010	Sun 2010	Hu 2011	Tao 2011	Chou 2011	Liang 2011	Zhang 2013	McPherson 2013	Chen 2013
Nunes 2015 <sup>23</sup>																	
Yuan 2016 <sup>16</sup>																	
MacPherson 2017 <sup>12</sup>																	
McPherson 2017 <sup>15</sup>																	
Vickers 2017 <sup>14</sup>																	
Seo 2017 <sup>22</sup>																	
Wang 2017 <sup>24</sup>																	
Skelly 2018 <sup>13</sup>																	

**CERVICALGIA/DOLOR DE HOMBRO**

<b>Referencia</b>	Cho 2014	Santos 2014	Mejuto-Vázquez 2014	MacPherson 2015	Chen 2015	Hu 2015	Xu 2015	Aranha 2015	Mueller 2015	Lu 2016	Ho 2017
<b>Nunes 2015<sup>23</sup></b>											
<b>Yuan 2016<sup>16</sup></b>											
<b>MacPherson 2017<sup>12</sup></b>											
<b>McPherson 2017<sup>15</sup></b>											
<b>Vickers 2017<sup>14</sup></b>											
<b>Wang 2017<sup>24</sup></b>											
<b>Seo 2017<sup>22</sup></b>											
<b>Skelly 2018<sup>13</sup></b>											

**DOLOR TEMPOROMANDIBULAR (DOLOR MIOFASCIAL)**

Referencia	Johansson 1991	List 1992	McMillan 1997	Birch 1998	Goddard 2002	Schmid-Schwap 2006	Shen 2007	Smith 2007	Shen 2009	Simma 2009	Chou 2009
<b>Yuan 2016<sup>16</sup></b>											
<b>Wang 2017<sup>24</sup></b>											
<b>Fernandes 2017<sup>27</sup></b>											
<b>Wu 2017<sup>26</sup></b>											
<b>Vier 2019<sup>25</sup></b>											

**DOLOR TEMPOROMANDIBULAR (DOLOR MIOFASCIAL)**

Referencia	Tsai 2010	Fernandez 2010	Sun 2010	Katsoulis 2010	Chou 2011	Diracoglu 2012	Itoh 2012	Silva 2012	Tekin 2013	Couto 2013	Uemoto 2013	Couto 2014	González-Perez 2015
<b>Yuan 2016<sup>16</sup></b>													
<b>Wang 2017<sup>24</sup></b>													
<b>Fernandes 2017<sup>27</sup></b>													
<b>Wu 2017<sup>26</sup></b>													
<b>Vier 2019<sup>25</sup></b>													

**EPICONDILITIS LATERAL**

Referencia	Molsberger 1994	Fink 2002	Irnich 2003	Jiang 2005	Goldman 2008	Li 2014
<b>Tang 2015<sup>28</sup></b>						
<b>Yuan 2016<sup>16</sup></b>						

**SINDROME DEL TUNEL CAPIANO**

Referencia	Aigner 1999	Hu 2000	Weinstein 2003	Shi 2006	Cai 2007	Yang 2009	Zhang 2009	Kummerddee 2010	Yang 2011	Yao 2012	Ding 2013	Koca 2014	Hadianfard 2015	Cai 2016	Chung 2016	Maeda 2017
<b>Wu 2019<sup>30</sup></b>																
<b>Sim 2011<sup>29</sup></b>																

**ARTROSIS RODILLA**

<b>Referencia</b>	Molsberger 1994	Takeda 1994	Petrou 1988	Berman 1999	Yurtkuran 1999	Sangdee 2002	Ng 2003	Berman 2004	Vas 2004	Tukmachi 2004	Witt 2005	Scharf 2006	Witt 2006	Manheimer 2006	Scharf 2007	Bao 2007	Williamson 2007	Weiner 2007
<b>Yuan 2016<sup>16</sup></b>																		
<b>Li 2016<sup>31</sup></b>																		
<b>Lin 2016<sup>32</sup></b>																		
<b>MacPherson 2017<sup>12</sup></b>																		
<b>MacPherson 2017<sup>14</sup></b>																		
<b>Vickers 2017<sup>13</sup></b>																		
<b>Zhang 2017<sup>33</sup></b>																		
<b>Skelly 2018<sup>12</sup></b>																		
<b>Li 2018<sup>34</sup></b>																		
<b>Gong 2019<sup>35</sup></b>																		
<b>Sun 2019<sup>36</sup></b>																		

**ARTROSIS RODILLA**

Referencia	Yurtkuran 2007	Foster 2007	Itoh 2008a	Itoh 2008b	Jubb 2008	Wu 2008	Bernateck 2008	Ahsin 2009	Lansdown 2009	Zhao 2009	Suarez-Almanzor 2010	Lu 2010	Ren 2011	Miller 2011	Dong 2011	Fu 2011	Mavrommatis 2012	White 2012	Gao 2012
Yuan 2016 <sup>16</sup>																			
Li 2016 <sup>31</sup>																			
Lin 2016 <sup>32</sup>																			
MacPherson 2017 <sup>12</sup>																			
MacPherson 2017 <sup>14</sup>																			
Vickers 2017 <sup>13</sup>																			
Zhang 2017 <sup>33</sup>																			
Skelly 2018 <sup>12</sup>																			
Li 2018 <sup>34</sup>																			
Gong 2019 <sup>35</sup>																			
Sun 2019 <sup>36</sup>																			

**ARTROSIS RODILLA**

<b>Referencia</b>	Chen 2013	Saleki 2013	Zhang 2013	Hong 2013	Fu 2013	Hinman 2014	Zhao 2014	Kim 2014	Lu 2014	Chen 2015	Ren 2015	Yuan 2015	Deng 2015	Write 2016	Fan 2016	Zhou 2017	Li 2017	Wang 2017
<b>Yuan 2016<sup>16</sup></b>																		
<b>Li 2016<sup>31</sup></b>																		
<b>Lin 2016<sup>32</sup></b>																		
<b>MacPherson 2017<sup>12</sup></b>																		
<b>MacPherson 2017<sup>14</sup></b>																		
<b>Vickers 2017<sup>13</sup></b>																		
<b>Zhang 2017<sup>33</sup></b>																		
<b>Skelly 2018<sup>12</sup></b>																		
<b>Li 2018<sup>34</sup></b>																		
<b>Gong 2019<sup>35</sup></b>																		
<b>Sun 2019<sup>36</sup></b>																		

**ARTROSIS CADERA**

Referencia	Gaw 1975	Fink 2001	Haslam 2001	Stener-Victorin 2004	Witt 2006	Sheng 2010	White 2012
Yuan 2016 <sup>16</sup>							
Manheimer 2018 <sup>37</sup>							

**FASCITIS PLANTAR**

Referencia	Ebrahim 2007	Zhang 2011	Karagounis 2011	Cotchett 2011	Kummerddee 2012	Eftekharsadat 2016
Al-Boloushi 2018 <sup>38</sup>						
Thiagarajah 2017 <sup>39</sup>						

**ENFERMEDADES REUMATOIDEAS**

Referencia	David 1999	Zhou 2000	Tam 2007	Zanette 2008	Nejrup 2008	Bernateck 2008	Sun 2009	Ouyang 2010	Wan 2012	Zhu 2014	Wang 2014	Wang 2014b	Bing-bin 2015	Xie 2015
Yuan 2016 <sup>16</sup>														
Seca 2018 <sup>41</sup>														
Phang 2018 <sup>42</sup>														
Ramos 2018 <sup>43</sup>														

**FIBROMIALGIA**

Referencia	Deluze 1992	Sprott 1998	Assefi 2005	Harris 2005	Guo 2005	Martin 2006	Harris 2008	Harris 2009	Gong 2010	Harte 2013	Stival 2014	Vas 2016	Urgulu 2017	Karatay 2018
Yuan 2016 <sup>16</sup>														
Skelly 2018 <sup>13</sup>														
Zhang 2019 <sup>44</sup>														
Kim 2019 <sup>45</sup>														

## Anexo 7. Ensayos clínicos aleatorizados incluidos en los informes de síntesis, revisiones sistemáticas y metanálisis analizadas en el presente informe

### Lumbalgia crónica

- Carlsson CP, Sjölund BH. Acupuncture for chronic low back pain: a randomized placebo-controlled study with long-term follow-up. *Clin J Pain*. 2001;17:296-305.
- Cherkin DC, Eisenberg D, Sherman KJ, Barlow W, Kaptchuk TJ, Street J, et al. Randomized trial comparing traditional Chinese medical acupuncture, therapeutic massage, and self-care education for chronic low back pain. *Arch Intern Med*. 2001;161:1081-8.
- Leibing E, Leonhardt U, Köster G. Acupuncture treatment of chronic low-back pain – a randomized, blinded, placebo-controlled trial with 9-month follow-up. *Pain*. 2002;96:189-96.
- Molsberger AF, Mau J, Pawelec BD. Does acupuncture improve the orthopedic management of chronic low back pain – a randomized, blinded, controlled trial with 3 months follow up. *Pain*. 2002;99:579-87.
- Kerr DP, Walsh DM, Baxter D. Acupuncture in the management of chronic low back pain: a blinded randomized controlled trial. *Clin J Pain*. 2003;19:364-70.
- Itoh K, Katsumi Y, Kitakoji H. Trigger point acupuncture treatment of chronic low back pain in elderly patients – a blinded RCT. *Acupunct Med*. 2004;22:170-7.
- Brinkhaus B, Witt CM, Jena S, Linde K, Streng A, Wagenpfeil S, et al. Acupuncture in patients with chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2006;166:450-7.
- Thomas KJ, MacPherson H, Thorpe L, Brazier J, Fitter M, Campbell MJ, et al. Randomised controlled trial of a short course of traditional acupuncture compared with usual care for persistent non-specific low back pain. *BMJ*. 2006;333:623.
- Witt CM, Jena S, Brinkhaus B, Liecker B, Wegscheider K, Willich SN. Acupuncture for patients with chronic neck pain. *Pain*. 2006;125:98-106.

- Inoue M. Relief of low back pain immediately after acupuncture treatment – a randomized, placebo controlled trial. *Acupunct Med.* 2006;24:103-8.
- Itoh K, Katsumi Y, Hirota S, Kitakoji H. Effects of trigger point acupuncture on chronic low back pain in elderly patients. A sham-controlled randomised trial. *Acupunct Med.* 2006;25:5-12.
- Haake M, Muller HH, Schade-Brittinger C, Basler HD, Schafer H, Maier C, et al. German Acupuncture Trials (GERAC) for chronic low back pain: randomized, multicenter, blinded, parallel-group trial with 3 groups. *Arch Intern Med.* 2007;167:1892-8.
- Kennedy S, Baxter GD, Kerr DP, Bradbury I, Park J, McDonough SM. Acupuncture for acute non-specific low back pain: a pilot randomized non-penetrating sham controlled trial. *Complement Ther Med.* 2008;16:139-46.
- Cherkin DC, Sherman KJ, Avins AL, Erro JH, Ichikawa L, Barlow WE, et al. A randomized trial comparing acupuncture, simulated acupuncture and usual care for chronic low back pain. *Arch Intern Med.* 2009;169:858-66.
- Miyazaki S, Hagihara A, Kanda R. Applicability of press needles to a double-blind trial: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Clin J Pain.* 2009;25:438-44.
- Hunter RF, McDonough SM, Bradbury I, Liddle SD, Walsh DM, Dhamija S, et al. Exercise and auricular acupuncture for chronic low-back pain: a feasibility randomized-controlled trial. *Clin J Pain.* 2012;28:259-67.
- Cho YJ, Song YK, Cha YY. Acupuncture for chronic low back pain: a multicenter, randomized, patient-assessor blind, sham-controlled clinical trial. *Spine.* 2013;38:549-57.
- Weiss J, Quante S, Xue F, Mucbe R, Reuss-Borst M. Effectiveness and acceptance of acupuncture in patients with chronic low back pain: results of a prospective, randomized, controlled trial. *J Altern Complement Med.* 2013;19:935-41.
- Hasegawa TM, Baptista AS, de Souza MC, Yoshizumi AM, Natour J. Acupuncture for acute non-specific low back pain: a randomized, controlled, double-blind, placebo trial. *Acupunct Med.* 2013;32:109-15.

## Cervicalgia/dolor de hombro crónico

- Birch S, Jamison RN. Controlled trial of japanese acupuncture for chronic myofascial neck pain: assessment of specific and nonspecific effects of treatment. *Clin J Pain*. 1998;14:248-55.
- Kleinhenz J, Streitberger K, Windeler J, Gussbacher A, Mavridis G, Martin E. Randomised clinical trial comparing the effects of acupuncture and a newly designed placebo needle in rotator cuff tendinitis. *Pain*. 1999;83:235-41.
- Giles LG, Muller R. Chronic spinal pain syndromes: a clinical pilot trial comparing acupuncture, a nonsteroidal anti-inflammatory drug, and spinal manipulation. *J Manipulative Physiol Ther*. 1999;22:376-81.
- Irnich D, Behrens N, Molzen H, König A, Gleditsch J, Krauss M, et al. Randomised trial of acupuncture compared with conventional massage and “sham” laser acupuncture for treatment of chronic neck pain. *BMJ*. 2001;322:1574-8.
- Zhu X, Polus B. A controlled trial on acupuncture for chronic neck pain. *Am J Chin Med*. 2002;30:13-28.
- Nabeta T, Kawakita K. Relief of chronic neck and shoulder pain by manual acupuncture to tender points –a sham- controlled randomized trial. *Complement Ther Med*. 2002;10:217-22.
- Giles LG, Muller R. Chronic spinal pain: a randomized clinical trial comparing medication, acupuncture and spinal manipulation. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2003; 28:1490-502.
- Zhang H, Jin R. A randomized controlled trial of electroacupuncture and traction for treatment of nerve-root type cervical spondylosis. *Chin Acupunct Mox*. 2003;23:637-9.
- He D, Veiersted KB, Hostmark AT, Medbo 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;109:299-307.
- White P, Bishop FL, Prescott P, Scott C, Little P, Lewith G. Practice, practitioner or placebo? A multifactorial, mixed methods randomized controlled trial of acupuncture. *Pain*. 2012;153:455-62.
- Guerra JA, Andrés MC, Bassas E, Vígara M, Molina T, Verdugo FA, et al. Randomised trial of long term effect of acupuncture for shoulder pain. *Pain*. 2004;112:289-98.
- Salter GC, Roman M, Bland MJ, MacPherson H. Acupuncture for chronic neck pain: a pilot for randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2006;7:99.

- Vas J, Perea-Milla E, Mendez C, Sánchez C, Leon JM, Brioso M, et al. Efficacy and safety of acupuncture for chronic uncomplicated neck pain: a randomized controlled study. *Pain*. 2006;126:245-55.
- Witt CM, Jena S, Brinkhaus B, Liecker B, Wegscheider K, Willich SN. Acupuncture for patients with chronic neck pain. *Pain*. 2006;125:98-106.
- Dyson-Hudson TA. Acupuncture for chronic shoulder pain in persons with spinal cord injury: a small-scale clinical trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2007;88:1276-83.
- Ga H, Choi JH, Park CH, Yoon HJ. Dry needling of trigger points with and without paraspinal needling in myofascial pain syndromes in elderly patients. *J Altern Complement Med*. 2007;13:617-23.
- Itoh K, Katsumi Y, Hirota S, Kitakoji H. Randomised trial of trigger point acupuncture compared with other acupuncture for treatment of chronic neck pain. *Complement Ther Med*. 2007;15:172-9.
- Vas J, Ortega C, Olvo V, Pérez-Fernández F, Hernández L, Medina I, et al. Single-point acupuncture and physiotherapy for the treatment of painful shoulder: a multicentre randomized controlled trial. *Rheumatology (Oxford)*. 2008;47:887-93.
- França DL, Senna-Fernandes V, Martins Cortez C, Jackson MN, Bernardo-Filho M, Guimaraes MA. Tension neck syndrome treated by acupuncture combined with physiotherapy: a comparative clinical trial (pilot study). *Complement Ther Med*. 2008;16:268-77.
- Wang QF, Li F, Li L. A randomized controlled study of non-pharmacological therapies in the treatment of cervical spondylotic radiculopathy. *J Clin Acupunct Mox*. 2008;24:1-4.
- Lathia A, Jung SM, Chen LX. Efficacy of acupuncture as a treatment for chronic shoulder pain. *J Altern Complement Med*. 2009;15:613-8.
- Chou LW, Hsieh YL, Kao MJ, Hong CZ. Remote influences of acupuncture on the pain intensity and the amplitude changes of endplate noise in the myofascial trigger point of the upper trapezius muscle. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90:905-12.
- Fu WB, Liang ZH, Zhu XP, Yu P, Zhang JF. Analysis on the effect of acupuncture in treating cervical spondylosis with different syndrome types. *Chin J Integr Med*. 2009;15:426-30.
- Yu F, Zhang H, Huang G. Analgesic effect of electro-acupuncture combined with traction and manipulation on cervical spondylotic radiculopathy. *Chin J Rehabilitation*. 2009;24:337.

- Molsberger AF, Schneider T, Gotthardt H, Drabik A. Geman randomized acupuncture trial for chronic shoulder pain (GRASP). A pragmatic, controlled, patient-blinded, multi-centre trial in an outpatient care environment. *Pain*. 2010;151:146-54.
- Sahin N, Ozcan E, Sezen K, Karatas O, Issever H. Efficacy of acupuncture in patients with chronic neck pain. A randomised, sham controlled trial. *Acupunct Electrother Res*. 2010;35:17-27.
- Ma C, Wu S, Li G, Xiao X, Mai M, Yan T. comparison of miniscalpel-needle release, acupuncture needling and stretching exercise to trigger point in myofascial pain syndrome. *Clin J Pain*. 2010;26:251-7.
- Tsai CT, Hsieh LF, Kuan TS, Kao MJ, Chou LW, Hong CZ. Remote effects of dry needling on the irritability of the myofascial trigger point in the upper trapezius muscle. *Am J Phys Med Rehabil*. 2010;89:133-40.
- Tough EA, White AR, Richards SH, Campbell JL. Myofascial trigger point needling for whiplash associated pain –a feasibility study. *Man Ther*. 2010;15:529-35.
- Sun MY, Hsieh CL, Cheng YY, Hung HC, Li TC, Yen SM, et al. The therapeutic effects of acupuncture on patients with chronic neck myofascial pain syndrome: a single-blind randomized controlled trial. *Am J Chin Med*. 2010;38:849-59.
- Hu Z. Treatment of 82 cases of cervical spondylotic radiculopathy with abdominal needle therapy and traction. *Guangming J Chin Med*. 2011;26:2273-5.
- Tao G, Chen N. Clinical observation on 36 cases of cervical spondylopathy treated by combination of acupuncture and medicine. *Guiding J Trad Chin Med Pharm*. 2011;17:86-7.
- Chou LW, Hsieh YL, Chen HS, Hong CZ, Kao MJ, Han TI. Remote therapeutic effectiveness of acupuncture in treating myofascial trigger point of the upper trapezius muscle. *Am J Phys Med Rehabil*. 2011;90:1036-49.
- Liang Z, Zhu X, Yang X, Fu W, Lu A. Assessment of a traditional acupuncture therapy for chronic neck pain: a pilot randomized controlled study. *Complement Ther Med*. 2011;19:S26-32.
- Zhang SP, Chiu TT, Chiu SN. Long-term efficacy of electroacupuncture for chronic neck pain: a randomized controlled trial. *Hong Kong Med J*. 2013;19:S36-9.

- MacPherson H, Maschino AC, Lewith G, Foster NE, Witt CM, Vickers AJ. Characteristics of acupuncture treatment associated with outcome: an individual patient meta-analysis of 17.922 patients with chronic pain in randomized controlled trials. *PLoS One*. 2013;8:e77438.
- Chen L C, Mao JJ, Fernandes S, Galantino ML, Guo W, Lariccia P, et al. Integrating acupuncture with exercise-based physical therapy for knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. *J Clin Rheumatol*. 2013;19:308-16.
- Cho JH, Nam DH, Kim KT, Lee JH. Acupuncture with non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) versus acupuncture or NSAIDs alone for the treatment of chronic neck pain: an assessor-blinded randomized controlled pilot study. *Acupunct Med*. 2014;32:17-23.
- Santos RBDC, Carneiro MIS, Oliveira DMD, Maciel ABDR, Monte-Silva KKD, Araújo MDGR. Impact of dry needling and ischemic pressure in the myofascial syndrome: controlled clinical trial. *Fisioter Mov*. 2014;27:515-22.
- Mejuto-Vázquez MJ. Short-term changes in neck pain, widespread pressure pain sensitivity and cervical range of motion after the application of trigger point dry needling in patients with acute mechanical neck pain: a randomized clinical trial. *J Orthop Sport Phys*. 2014;44:252-60.
- MacPherson H, Tilbrook H, Richmond S, Woodman J, Ballard K, Atkin K, et al. Alexander technique lessons or acupuncture sessions for persons with chronic neck pain: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2015;163:653-62.
- Chen X, Spaeth RB, Freeman SG, Scarborough DM, Hashmi JA, Wey HY, et al. The modulation effect of longitudinal acupuncture on resting state functional connectivity in knee osteoarthritis patients. *Mol Pain*. 2015;11:67.
- Hu Y, Zhang WC, Gao ZC, Zhang HX, Yu WH. Clinical efficacy of physical factors combined with electroacupuncture for cervical spondylosis base don SF-MPQ. *J Clin Acupunct Mox*. 2015;31:36-9.
- Xu M, Cui S, Lai X, Tang C, Wang S, Zheng S, et al. Clinical effect of abdominal acupuncture combined with medium frequency pulsation electrotherapy in neck type of cervical spondylosis patients. *J Emerg Trad Chin Med*. 2015;24:702-4.
- Aranha MFM, Müller CEE, Gaviao MBD. Pain intensity and cervical range of motion in women with myofascial pain treated with acupuncture and electroacupuncture: a double-blinded, randomized clinical trial. *Braz J Phys Ther*. 2015;19:34-43.

- Muller CEE, Aranha MFM, Gaviao MBD. Two-dimensional ultrasound and ultrasound elastography imaging of trigger points in women with myofascial pain syndrome treated by acupuncture and electroacupuncture: a double-blinded, randomized clinical controlled pilot study. *Ultrasonic Imaging*. 2015;37:152-67.
- Lu Z, Jiao S. Clinical analysis of electro-acupuncture in the treatment of cervical disorders. *J Prac Trad Chin Med*. 2016;32:250-2.
- Ho LF, Lin ZX, Leung AWN. Efficacy of abdominal acupuncture for neck pain: a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2017;12:e0181360.

## Síndrome temporomandibular

- Johansson A, Wenneber G, Wagersten C, Haraldson T. Acupuncture in treatment of facial muscular pain. *Acta Odontol Scand*. 1991;49:153-8.
- List T, Helkimo M. Acupuncture and occlusal splint therapy in the treatment of craniomandibular disorders: II. A 1-year follow-up study. *Acta Odontol Scand*. 1992;50:375-85.
- McMillan AS, Nolan A, Kelly PJ. The efficacy of dry needling and procaine in the treatment of myofascial pain in the jaw muscles. *J Orofac Pain*. 1991;11:307-14.
- Birch S, Jamison RN. Controlled trial of Japanese acupuncture for chronic myofascial neck pain: assessment of specific and nonspecific effects of treatment. *Clin J Pain*. 1998;14:248-55.
- Goddard G, Karibe H, McNell C, Villafuerte E. Acupuncture and sham acupuncture reduce muscle pain in myofascial pain patients. *J Orofac Pain*. 2002;16:71-6.
- Schmid-Schwab M, Simma-Kletschka I, Stockner A. Oral acupuncture in the therapy of craniomandibular dysfunction syndrome -a randomized controlled trial. *Wien Klin Wochenschr*. 2006;118:36-42.
- Shen YF, Goddard G. The short-term effects of acupuncture on myofascial pain patients after clenching. *Pain Pract*. 2007;7:256-64.
- Smith P, Mossrop D, Davies S, Sloan P, Al-Ani Z. The efficacy of acupuncture in the treatment of temporomandibular joint myofascial pain: a randomized controlled trial. *J Dent*. 2007;35:259-67.
- Shen YF, Younger J, Goddard G, Mackey S. Randomized clinical trial of acupuncture for myofascial pain of the jaw muscles. *J Orofac Pain*. 2009;23:353-9.

- Simma J, Gleditsch JM, Simma L, Piehslinger E. Immediate effects of microsystem acupuncture in patients with oromyofacial pain and craniomandibular disorders (CMD): a double-blind, placebo-controlled trial. *Br Dent J.* 2009;207:E26.
- Chou LW, Hsieh YL, Kao MJ, Hong CZ. Remote influences of acupuncture on the pain intensity and the amplitude changes of endplate noise in the myofascial trigger point of the upper trapezius muscle. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009;90:905-12.
- Tsai CT. Remote effects of dry needling on the irritability of the myofascial trigger point in the upper trapezius muscle. *Am J Phys Med Rehabil.* 2010;89:133-40.
- Fernandez-Carnero J, La Touche R, Ortega-Santiago R. Short-term effects of dry needling of active myofascial trigger points in the masseter muscle in patients with temporomandibular disorders. *J Orofac Pain.* 2010;24:106-12.
- Sun M. The therapeutic effects of acupuncture on patients with chronic neck myofascial pain syndrome: a single-blind randomized controlled trial. *Am J Chin Med.* 2010;38:849-59.
- Katsoulis J, Ausfeld-Hafter B, Windecker-Gétaz I, Katsoulis K, Blagojevic N, Mericske-Stern R. Laser acupuncture for myofascial pain of the masticatory muscles. A controlled pilot study. *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* 2010;120:213-25.
- Chou LW. Remote therapeutic effectiveness of acupuncture in treating myofascial trigger point of the upper trapezius muscle. *Am J Phys Med Rehabil.* 2011;90:1036-49.
- Diracoglou D, Vural M, Karan A, Aksoy C. Effectiveness of dry needling for the treatment of temporomandibular myofascial pain: a double-blind, randomized, placebo controlled study. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2012;25:285-90.
- Itoh K, Asai S, Ohyabu H, Imai K, Kitakoji H. Effects of trigger point acupuncture treatment on temporomandibular disorders: a preliminary randomized clinical trial. *J Acupunct Meridian Stud.* 2012;5:57-62.
- Silva ROFD, Conti PCR, Araújo CDRP, Silva RDS. Evaluation of dry needling and 0.5 % lidocaine injection therapies in myofascial pain trigger points in masticatory muscles. *Dental Press j Orthod.* 2012;17:113-8.
- Tekin L, Akarsu S, Durmus O. The effect of dry needling in the treatment of myofascial pain syndrome: a randomized double-blinded placebo-controlled trial. *Clin Rheumatol.* 2013;32:309-15.

- Couto C, de Souza IC, Torres IL, Fregni F, Caumo W. Paraspinal stimulation combined with trigger point needling and needle rotation for the treatment of myofascial pain: a randomized sham-controlled clinical trial. *Clin J Pain*. 2013;30:214-23.
- Uemoto L, Garcia MAC, Gouvêa CVD, Vilella OV, Alfaya TA. Laser therapy and needling in myofascial trigger point deactivation. *J Oral Sci*. 2013;55:175-81.
- González-Pérez L, Infante-Cossio P, Granados-Nunes M, Urresti-López F, López-Martos R, Ruiz-Canela-Méndez P. Deep dry needling of trigger points located in the lateral pterygoid muscle: efficacy and safety of treatment for management of myofascial pain and temporomandibular dysfunction. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal*. 2015;20:e326-33.

## Epicondylitis lateral

- Molsbeger A, Hille E. The analgesic effect of acupuncture in chronic tennis elbow pain. *Br J Rheumatol*. 1994;33:1162-5.
- Fink M, Wolkenstein E, Karst M, Gehrke A. Acupuncture in chronic epicondylitis: a randomized controlled trial. *Rheumatology (Oxford)*. 2002;41:205-9.
- Irnich D, Karg H, Behrens N. Controlled trial on point specificity of acupuncture in the treatment of lateral epicondylitis (Tennis Elbow). *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*. 2003;13:215-9.
- Jiang ZY, Li CD, Guo HJ, Li JC, Gao L. Controlled observation on electroacupuncture combined with cake-separated moxibustion for treatment of tennis elbow. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2005;25:763-4.
- Goldman RH, Stason WB, Park SK, Kim R, Schnyer R, Davis RB, et al. Acupuncture for treatment of persistent arm pain due to repetitive use: a randomized controlled clinical trial. *Clin J Pain*. 2008;24:211-8.
- Li X, Zhou K, Zhang E, Qi Z, Sun W, Xu L, et al. Therapeutic effect of electroacupuncture, massage and blocking therapy on external humeral epicondylitis. *J Tradit Chin Med*. 2014;34:261-6.

## Síndrome del túnel carpiano

- Aigner N, Zoch G, Petje G. Laser acupuncture in preoperative pain control in carpal tunnel syndrome: a prospective, randomized study. *Deutsche Zeitschrift Fur Akupunktur*. 1999;2:70-5.
- Hu NW, Liu JY, Wang FM. Clinical observation of acupuncture treatment for carpal tunnel syndrome. *Acta Chin Med Pharmacol*. 2000;57.
- Weinstein A, Pan J, Richardson P. A controlled pilot trial of acupuncture for carpal tunnel syndrome. *Clin Acupunct Orient Med*. 2003;4:48.
- Shi YS, Fang W, Zhao XY. Control study on effect of pricking collateral blood therapy combined with massage on mild carpal tunnel syndrome. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi*. 2006;26:497-9.
- Cai DF. Acupuncture treatment and reasing manipulation of carpal tunnel syndrome. *Tradit Chin Med Inform*. 2007;24:56.
- Yang CP, Hsieh CL, Wang NH, Li TC, Hwang KL, Yu SC, et al. Acupuncture in patients with carpal tunnel syndrome: a randomized controlled trial. *Clin J Pain*. 2009;25:327-33.
- Zhang CY, Wang YX. Observation on therapeutic effects of acupuncture combined with TDP irradiation and Chinese herbal steaming and washing therapy for treatment of carpal tunnel syndrome in early stage. *Chin Acupunct Mox*. 2009;29:708-10.
- Kumnerdee W, Kaewtong A. Efficacy of acupuncture versus night splinting for carpal tunnel syndrome: a randomized clinical trial. *J Med Assoc Thai*. 2010;93:1463-9.
- Yang CP, Wang NH, Li TC. A randomized clinical trial of acupuncture versus oral steroids for carpal tunnel syndrome: a long term follow up. *J pain*. 2011;12:272-9.
- Yao E, Gerritz PK, Henricson E, Abresch T, Kim J, Han J. Randomized controlled trial comparing acupuncture with placebo acupuncture for the treatment of carpal tunnel syndrome. *PM R*. 2012;4:367-73.
- Ding Q, Shen F. Effects of acupuncture and moxibustion of Yangchi point on carpal tunnel syndrome. *Int J Trad Chin Med*. 2013;35:117-9.
- Koca I, Boyaci A, Tutoglu A, Ucar M, Kocaturk O. Assessment of the effectiveness of interferential current therapy and TENS in the management of carpal tunnel syndrome: a randomized controlled study. *Rheumatol Int*. 2014;34:1639-45.
- Hadianfard M, Bazrafshan E, Momeninejad H, Jahani N. Efficacies of acupuncture and anti-inflammatory treatment for carpal tunnel syndrome. *J Acupunct Meridian Stud*. 2015;8:229-35.

- Cai YM, Zheng JF. Grain-sized moxibustion combined with acupuncture for mild and moderate carpal tunnel syndrome. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2016;36:387-8.
- Chung VCH, Ho RST, Liu S, Chong MKC, Leung LWN, Yip BHK. Electroacupuncture and splinting versus splinting alone to treat carpal tunnel syndrome: a randomized controlled trial. *CMAJ*. 2016;188:867-75.
- Maeda Y, Kim H, Kettner N, Kim J, Cina S, Malatesta C. Rewiring the primary somatosensory cortex in carpal tunnel syndrome with acupuncture. *Brain*. 2017;140:914-27.

## Artrosis de rodilla

- Molsberger A, Böwing G, Jensen KU, Lorek M. Acupuncture treatment for the relief of gonarthrosis pain - a controlled clinical trial. *Schmerz*. 1994;8:37-42.
- Takeda W, Wessel J. Acupuncture for the treatment of pain of osteoarthritis knees. *Arthritis Care Res*. 1994;7:118-22.
- Petrou P, Winkler V, Genti G, Balint G. Double blind trial to evaluate the effect of acupuncture treatment on knee osteoarthritis. *Scand J Acupunc Electrother*. 1988;3:112-5.
- Berman BM, Singh BB, Lao L, Langenberg P, Li H, Hadhazy V. A randomized trial of acupuncture as an adjunctive therapy in osteoarthritis of the knee. *Rheumatology*. 1999;38:346-54.
- Yurtkuran M, Kocabil T. TENS, electroacupuncture and ice massage: comparison of treatment for osteoarthritis of the knee. *Am J Acupunct*. 1999;27:133-40.
- Sangdee C, Teekachunhatean S, Sananpanich K, Sugandhavesa N, Chiewchantanakit S, Pojchamarnwiputh S, et al. Electroacupuncture versus diclofenac in symptomatic treatment of osteoarthritis of the knee: a randomized controlled trial. *BMC Complement Altern Med*. 2002;2:3.
- Ng MML, Leung MCP, Poon DMY. 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;9:641-9.
- Berman BM, Lao L, Langenberg P, Lee WL, Gilpin AM, Hochberg MC, et al. Effectiveness of acupuncture as adjunctive therapy in osteoarthritis of the knee: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2004;141:901-10.

- Vas J, Méndez C, Perea-Milla E, Vega E, Panadero MD, León JM, et al. Acupuncture as a complementary therapy to the pharmacological treatment of osteoarthritis of the knee: randomized controlled trial. *BMJ*. 2004;329:1216.
- Tukmachi E, Jubb R, Dempsey E, Jones P. The effect of acupuncture on the symptoms of knee osteoarthritis -an open randomized controlled study. *Acupunct Med*. 2004;22:14-22.
- Witt C, Brinkhaus B, Jena S, Linde K, Streng A, Wagenpfeil S, et al. Acupuncture in patients with osteoarthritis of the knee: a randomized trial. *Lancet*. 2005;366:136-43.
- Scharf HP, Mansmann U, Streitberger K, Witte S, Krämer J, Maier C, et al. Acupuncture and knee osteoarthritis: a three-armed randomized trial. *Ann Intern Med*. 2006;145:12-20.
- Witt CM, Jena S, Brinkhaus B, Liecker B, Wegscheider K, Willech SN. Acupuncture in patients with osteoarthritis of the knee or hip: a randomized, controlled trial with a additional nonrandomized arm. *Arthritis Rheum*. 2006;54:3485-93.
- Manheimer E, Lim B, Lao L, Berman B. Acupuncture for knee osteoarthritis -a randomized trial using a novel sham. *Acupunct Med*. 2006;24:s7-14.
- Scharf HP, Mansmann U, Stretberger K, Witte S, Krämer J, Maier C. Acupuncture and knee osteoarthritis: a three-armed randomized trial. *Ann of Inter Med*. 2007;145:12-20.
- Bao F, Wu Z. Observation on therapeutic effect of knee osteoarthritis treated by electroacupuncture. *Int J Clin Acupunct*. 2007;16:191-5.
- Williamson L, Wyatt MR, Yein K, Melton JT. Severe knee osteoarthritis: a randomized controlled trial of acupuncture, physiotherapy (supervised exercise) and standard management for patients awaiting knee replacement. *Rheumatology (Oxford)*. 2007;46:1445-9.
- Weiner DK, Rudy TE, Morone N, Glick R, Kwok CK. Efficacy of periosteal stimulation therapy for the treatment of osteoarthritis-associated chronic knee pain: an initial controlled clinical trial. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55:1541-7.
- Yurtkuran M, Alp A, Konur S, Özcakir S, Bingol U. Laser acupuncture in knee osteoarthritis: a double-blind, randomized controlled study. *Photomed Laser Surg*. 2007;25:14-20.
- Foster NE, Thomas E, Barlas P, Hill JC, Young J, Mason E, et al. Acupuncture as an adjunct to exercise based physiotherapy for osteoarthritis of the knee: randomized controlled trial. *BMJ*. 2007;335:436.

- Itoh K, Hirota S, Datsumi Y, Ochi H, Kitakoji H. Trigger point acupuncture for treatment of knee osteoarthritis a preliminary RCT for a pragmatic trial. *Acupunct Med.* 2008;26:17-26.
- Itoh K, Hirota S, Karsumi Y, Ochi H, Kitakoji H. A pilot study on using acupuncture and transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) to treat knee osteoarthritis (OA). *Chin Med.* 2008;3:2.
- Jubb RW, Tukmachi ES, Jones PW, Dempsey E, Waterhouse L, Brailsford S. A blinded randomized trial of acupuncture (manual and electroacupuncture) compared with a non-penetrating sham for the symptoms of osteoarthritis of the knee. *Acupunct Med.* 2008;26:69-78.
- Wu ZH, Bao F. Observation on therapeutic effects of electroacupuncture for the treatment of knee osteoarthritis. *Zhongguo Gu Shang.* 2008;21:170-2.
- Bernateck M, Becker M, Schwake C, Hoy L, Passie T, Parlesak A, et al. Adjuvant auricular electroacupuncture and autogenic training in rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Auricular acupuncture and autogenic training in rheumatoid arthritis. Forsch Komplementmed.* 2008;15:187-93.
- Ahsin S, Saleem S, Bhatti AM, Iles RK, Aslam M. Clinical and endocrinological changes after electro-acupuncture treatment in patients with osteoarthritis of the knee. *Pain* 2009;147:60-6.
- Lansdown H, Howard K, Brealey S, MacPherson H. Acupuncture for pain and osteoarthritis of the knee: a pilot study for an open parallel-arm randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2009;10:130.
- Zhao L, Shen X, Cheng K. Validating a nonacupoint sham control for laser treatment of knee osteoarthritis. *Photomed Laser Surg.* 2010;28:351-6.
- Suarez-Almanzor ME, Looney C, Liu Y, Cos V, Pietz K, Marcus DM, et al. A randomized controlled trial of acupuncture for osteoarthritis of the knee: effects of patient-provider communication. *Arthritis Care Res.* 2010;62:1229-36.
- Lu TW, Wei IP, Liu YH, Hsu WC, Wang TM, Chang CF, et al. Immediate effects of acupuncture on gait patterns in patients with knee osteoarthritis. *Chin Med J.* 2010;123:165-72.
- Ren X, Shen J, Shen X. Moxibustion therapy for knee osteoarthritis: a randomized control trial. *Chinese Acupunct Moxibust.* 2011;31:1057-61.
- Miller E, Maimon Y, Rosenblatt Y, Mendler A, Hasner A, Barad A, et al. Delayed effect of acupuncture treatment in OA of the knee: a blinded, randomized, controlled trial. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2011;2011:792975.

- Dong BQ, Han Y, Cr L. Clinical study on treatment of knee osteoarthritis with long round needle acupuncture release: a blind, multicenter randomized control study. *China J of Trad Chin Med and Pharm.* 2011;26:1883-5.
- Fu MY, Zhang ZL. Knee osteoarthritis treated with acupuncture at the points selected according to syndrome differentiation: a randomized controlled trial. *Zhongguo Zhen Jiu.* 2011;31:1062-6.
- Mavrommantis CI, Argyra E, Vadalouka A, Vasilakos DG. Acupuncture as an adjunctive therapy to pharmacological treatment in patients with chronic pain due to osteoarthritis of the knee: a 3-armed, randomized, placebo-controlled trial. *Pain.* 2012;153:1720-6.
- Gao J, Ouyang BS, Zhang Y, Li J, Yang HZ, Ji LL, et al. Comparison of the clinical therapeutic effects between electroacupuncture and warming needle moxibustion for knee osteoarthritis of kidney deficiency and marrow insufficiency pattern/syndrome. *Zhongguo Zhen Jiu.* 2012;32:395-8.
- Chen LX, Mao JJ, Fernandes S, Galantino ML, Guo W, Lariccia P, et al. Integrating acupuncture with exercise-based physical therapy for knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. *J Clin Rheumatol.* 2013;19:308-16.
- Saleki M, Ahadi T, Razi M, Raeisi GR, Forough B, Ali MH. Comparison of the effects of acupuncture and isometric exercises on symptom of knee osteoarthritis. *Int J Prev Med.* 2013;4:S73-7.
- Zhang GB, Wang WL, Zhang Q. Comparative study between fire needling and warm needling therapies for knee osteoarthritis. *Shanghai J Acupunct Moxibust.* 2013;32:299-300.
- Horng HC, Kuo CP, Cheng CH, Yeh CC, Wang TC, Liaw WJ, et al. The effects of collateral meridian therapy for knee osteoarthritis pain management: a pilot study. *J Manipulative Physiol Ther.* 2013;36:51-6.
- Fu DQ, Li JE. Efficacy observation of electroacupuncture and embedding needle on treatment of knee osteoarthritis in the elderly. *Chin Acupunct Moxibust.* 2013;33:20-3.
- Hinman RS, McCrory P, Pirotta M, Relf I, Forbes A, Crossley KM, et al. Acupuncture for chronic knee pain: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2014;312:1313-22.
- Zhao L, Cheng K, Wang L, Wu F, Deng H, Tan M, et al. Effectiveness of moxibustion treatment as adjunctive therapy in osteoarthritis of the knee: a randomized, double-blinded, placebo-controlled clinical trial. *Arthritis Res Ther.* 2014;16:R133.

- Kim TH, Kim KH, Kang JW, Lee M, Kang KW, Kim JE, et al. Moxibustion treatment for knee osteoarthritis: a multi-centre, non-blinded, randomized controlled trial on the effectiveness and safety of the moxibustion treatment versus usual care in knee osteoarthritis patients. *PLoS One*. 2014;9:e101973.
- Lu JJ, Ou YBS. Comparison of clinical effects between acusector and warm needling moxibustion in treating knee osteoarthritis of blood stasis obstruction pattern. *Western Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2014;4:119-21.
- Chen R, Chen M, Su T. Heat-sensitive moxibustion in patients with osteoarthritis of the knee: a randomized active control trial. *Acupunct Med*. 2015;33:262-9.
- Ren X, Yao C, Wu F, Li Z, Xing J, Zhan H. Effectiveness of moxibustion treatment in quality of life in patients with knee osteoarthritis: a randomized, double-blinded, placebo-controlled trial. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015;2015:569523.
- White A, Tough L, Eyre V, Vickery J, Asprey A, Quinn C, et al. Western medical acupuncture in a group setting for knee osteoarthritis: Results of a pilot randomized controlled trial. *Pilot Feasibility Stud*. 2016;2:10.
- Fan CL, Zhang Q, Xu HJ, Mo W. Clinical efficacy observation of 54 cases of knee osteoarthritis of yang deficiency and cold stagnation pattern/syndrome treated with fire needling therapy. *World J Integrat Tradit West Med*. 2016:524-6.
- Zhou YL, He TF, Bing XH. Comparative study of the efficacy of fire needling versus electroacupuncture in treating knee osteoarthritis of kidney and marrow deficiency type. *Shanghai J Acupunct Moxibust*. 2017;36:513-8.
- Li LW, Harris RE, Tsodikov A, Struble L, Muyphey L. Self-acupressure for older adults with symptomatic knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Arthritis Care Res*. 2018;70:221-9.
- Wang X, Wang X, Hou M, Wang H, Ji F. Warm-needling moxibustion for knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2017;37:457-62.

## Artrosis de cadera

- Gaw AC, Chang L, Shaw LC. Efficacy of acupuncture on osteoarthritic pain: a controlled, double-blind study. *N Engl J Med.* 1975;293:375-8.
- FinK MG, Kunsebeck H, Wiperman B, Gehrke A. Non-specific effects of traditional Chinese acupuncture in osteoarthritis of the hip. *Complement Ther Med.* 2001;9:82-9.
- Haslam R. A comparison of acupuncture with advice and exercises on the symptomatic treatment of osteoarthritis of the hip - randomized controlled trial. *Acupunct Med.* 2001;19:19-26.
- Stener-Victorin E, Kruse-Smidje C, Jung K. Comparison between electro-acupuncture and hydrotherapy, both in combination with patient education and patient education alone, on the symptomatic treatment of osteoarthritis of the hip. *Clin J Pain.* 2004;20:179-85.
- Witt CM, Jena S, Brinkhaus B, Liecker B, Wegscheider K, Willech SN. Acupuncture in patients with osteoarthritis of the knee or hip: a randomized, controlled trial with an additional non randomized arm. *Arthritis Rheum.* 2006;54:3485-93.
- Sheng XP, Fan TY. Comparative observation on hip osteoarthritis treated with electroacupuncture and medication. *Zhongguo Zhen Jiu.* 2010;30:982-4.
- White P, Bishop FL, Prescott P, Scott C, Little P, Lewith G. Practice, practitioner or placebo? A multifactorial, mixed-methods randomized controlled trial of acupuncture. *Pain.* 2012;153:455-62.

## Fascitis plantar

- Ebrahim AH, Ahmed GM, Elsayed E, Sarhan R. Effect of electro acupuncture TENS, stretching exercises and prefabricated insole in patients with plantar fasciitis. *Sci J Al-Azhar Med Fac.* 2007;28:1-10.
- Zhang SP, Yip TP, Li QS. Acupuncture treatment for plantar fasciitis: a randomized controlled trial with six months follow up. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2011;2011:154108.
- Karagounis P, Tsironi M, Prionas G, Tsiganos G, Baltopoulos P. Treatment of plantar fasciitis in recreational athletes: two different therapeutic protocols. *Foot Ankle Spec.* 2011;4:226-34.
- Cotchett MP, Landorf KB, Munteanu SE, Raspovic A. Effectiveness of trigger point dry needling for plantar heel pain: study protocol for a randomized controlled trial. *J Foot Ankle Res.* 2011;4:5.

- Kumnerddee W, Pattapong N. Efficacy of electro-acupuncture in chronic plantar fasciitis: a randomized controlled trial. *Am J Chin Med.* 2012;40:1167-76.
- Eftekharsadat B, Babaei-Ghazani A, Zeinolabedinzadeh V. Dry needling in patients with chronic heel pain due to plantar fasciitis: a single-blinded randomized clinical trial. *Med J Islam Repub Iran.* 2016;30:401.

## Enfermedad reumatoidea

- David J, Townsend S, Sathanathan R, Kriss S, Doré CJ. The effect of acupuncture on patients with rheumatoid arthritis: a randomized, placebo-controlled cross over study. *Rheumatology (Oxford).* 1999;38:864-9.
- Zhou J, Zhu Q. Effects of acupuncture on the rheumatoid arthritis. *Chin J Rheumatol. (Chin).* 2000;4:169-71.
- Tam LS, Leung PC, Li TK, Zhang L, Li EK. Acupuncture in the treatment of rheumatoid arthritis: a double-blind controlled pilot study. *BMC Complement Altern Med.* 2007;7:35.
- Zanette SA, Born IG, Brenol JC, Xavier RM. A pilot study of acupuncture as adjunctive treatment of rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2008;27:627-35.
- Nejrup K, de Fine Olivarius N, Jacobsen JL, Siersma V. Randomised controlled trial of extraarticular gold bead implantation for treatment of knee osteoarthritis: a pilot study. *Clin Rheumatol.* 2008;27:1363.
- Bernateck M, Becker M, Schwake C, Hoy L, Passie T, Parlesak A, et al. Adjuvant auricular electroacupuncture and autogenic training in rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Auricular acupuncture and autogenic training in rheumatoid arthritis. Forsch Komplementmed.* 2008;15:187-93.
- Sun YT, Wei M, Jiang XL, Liu ZX, Yang JC. Clinical study of rheumatoid arthritis with midnight-noon ebb-flow acupoint selection. *China J Tradit Chin Med Pharm.* 2009;24:227-9.
- Ouyang B, Gao J, Che J, Zhang Y, Li J, Hu T, et al. Influence of electroacupuncture on arthritic pain and quality of life in active rheumatoid arthritis patients. *J Tradit Chin Med (Chin).* 2010;51:1097-100.
- Wan J, Xiong Z, sun J. Clinical efficacy observation on hand finger joint pain by acupuncture Eight Xie points combined with Western medicines. In: *Proceedings on the 10th national integrated Chinese and Western medicine on rheumatoid arthritis.* Wuhan: 2012.

- Zhu Y. Clinical efficacy observation and quality of life evaluation on rheumatoid arthritis. Patients treated with acupuncture. *Chin J Tradit Chin Med*. 2014;26:249-50.
- Wang S, Mao X, Zhou X, Zhao J, Hong Q. Observations on the efficacies of acupuncture plus moxibustion versus acupuncture plus TDP lamp in treating rheumatoid arthritis. *Shanghai J Acupunct Moxibust*. 2014;33:1144-6.
- Wang S, Zhao J, Yao J, Yang Y, Mao X, Hong Q, et al. Clinical research on acupuncture combined with moxibustion on the treatment of rheumatoid arthritis. *Jilin J Tradit Chin Med (Chin)*. 2014;14:34-8.
- Lin BB. Clinical observation of warm needling moxibustion for rheumatoid arthritis. *J Acupunct Tuina Sci*. 2015;13:121-4.
- Xie L, Luo J, Chen B. Clinical efficacy of modified mild moxibustion therapy in the treatment of 70 cases of rheumatoid arthritis. *Hainan Med J (Chin)*. 2015;26:1272-6.

## Fibromialgia

- Deluze C, Bosia L, Zirbs A, Chantraine A, Vischer TL. Electroacupuncture in fibromyalgia: results of a controlled trial. *BMJ*. 1992;305:1249-52.
- Sprott H. Efficiency of acupuncture in patients with fibromyalgia. *Clin Bull Myofascial Ther*. 1998;3:37-43.
- Assefi NP, Sherman KJ, Jacobsen C, Goldber J, Smith WR, Buchwald D. A randomized clinical trial of acupuncture compared with sham acupuncture in fibromyalgia. *Ann Intern Med*. 2005;143:10-19.
- Harris RE, Tian X, Williams DA, Tian TX, Cupps TR, Petzke F, et al. Treatment of fibromyalgia with formula acupuncture: investigation of needle placement, needle stimulation and treatment frequency. *J Altern Complement Med*. 2005;11:663-71.
- Guo Y, Sun YZ. Clinical study on treatment of fibromyalgia syndrome with penetration needling at the back. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2005;25:98-100.
- Martin DP, Sletten CD, Williams BA, Berger IH. Improvement in fibromyalgia symptoms with acupuncture: results of a randomized controlled trial. *Mayo Clin Proc*. 2006;81:749-57.
- Harris RE, Sundgren PC, Pang Y, Hsu M, Petrou M, Kim SH, et al. Dynamic levels of glutamate within the insula are associated with improvements in multiple pain domains in fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 2008;58:903-7.

- Harris RE, Zubieta JK, Scott DJ, Napadow V, Gracely RH, Clauw DJ. Traditional Chinese acupuncture and placebo (sham) acupuncture are differentiated by their effects on mu-opioid receptors (MORs). *Neuroimage*. 2009;47:1077-85.
- Gong WZ, Yu-Qi W. Observations on the therapeutic effect of acupuncture on fibromyalgia syndrome. *Shanghai J Acupunct Moxibust*. 2010;29:725-7.
- Harte SE, Clauw DJ, Napadow V, Harris RE. Pressure pain sensitivity and insular combined glutamate and glutamine (Glx) are associated with subsequent clinical response to Sham but not traditional acupuncture in patients who have chronic pain. *Med Acupunct*. 2013;25:154-60.
- Stival RS, Cavalheiro PR, Stasiak CE, Galdino DT, Hoekstra BE, Schafranski MD. Acupuncture in fibromyalgia: a randomized, controlled study addressing the immediate pain response. *Rev Bras Reumatol*. 2014;54:431-6.
- Vas J, Santos-Rey K, Navarro-Pablo R, Modesto M, Aguilar I, Campos MA, et al. Acupuncture for fibromyalgia in primary care: a randomized controlled trial. *Acupunct Med*. 2016;34:257-66.
- Ugurlu FG, Sezer N, Aktekin L, Fidan F, Tok F, Akkus S. The effects of acupuncture versus sham acupuncture in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled clinical trial. *Acta Reumatol Port*. 2017;42:32-7.
- Karatay S, Okur SC, Uzkeser H, Yildirim K, Akcay F. Effects of acupuncture treatment on fibromyalgia symptoms, serotonin and substance P levels: a randomized sham and placebo-controlled clinical trial. *Pain Med*. 2018;19:615-28.

## Anexo 8. Solapamiento de revisiones sistemáticas y metanálisis incluidos en las *overviews* (revisión de revisiones)

DOLOR CRÓNICO																		
Referencia	White 1999	Manheimer 2005	Furlan 2005	Trink 2006	White 2007	Mayhew 2007	Martín-Sánchez 2009	Tough 2009	Ernst 2010	Asher 2010	Manheimer 2010	Cao 2010	Langhorst 2010	Rubinstein 2010	Furlan 2010	Lu 2011	Cao 2012	Vickers 2012
Nishishinya 2019 <sup>10</sup>																		
Vieira 2018 <sup>19</sup>																		
Lorenc 2018 <sup>17</sup>																		
Postras 2017 <sup>21</sup>																		
Perry 2017 <sup>16</sup>																		
Muñoz-Ortego 2016 <sup>18</sup>																		

**DOLOR CRÓNICO**

Referencia	Cao 2013	Lam 2013	Turner 2013	Corbett 2013	Xu 2013	Deare 2013	Yeh 2014	Yang 2014	Manyanga 2014	Wei 2015	Yuan 2015	Liu 2015a	Liu 2015b	Zeng 2015	Zhao 2015	Law 2015	Cagnie 2015
<b>Nishishinya 2019<sup>49</sup></b>																	
<b>Vieira 2018<sup>19</sup></b>																	
<b>Lorenc 2018<sup>17</sup></b>																	
<b>Poitras 2017<sup>21</sup></b>																	
<b>Perry 2017<sup>46</sup></b>																	
<b>Muñoz-Ortego 2016<sup>18</sup></b>																	

## Anexo 9. Revisiones sistemáticas incluidas en las revisiones sobre dolor como indicación general analizadas en el presente informe

- Asher GN, Jonas DE, Coeytaux RR, Reilly AC, Loh YL, Motsinger-Reif AA, et al. Auriculotherapy for pain management: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Altern Complement Med.* 2010;16:1097-108.
- Cagni B, Castelein B, Pollie F, Steelant L, Verhoeyen H, Cools A. Evidence for the use of ischemic compression and dry needling in the management of trigger points of the upper trapezius in patients with neck pain: a systematic review. *Am J Phys Med Rehabil.* 2015;94:573-83.
- Cao H, Liu J, Lewith GT. Traditional Chinese medicine for treatment of fibromyalgia: a systematic review of randomized controlled trials. *J Altern Complement Med.* 2010;16:397-409.
- Cao H, Li X, Han M, Liu J. Acupoint stimulation for fibromyalgia: a systematic review of randomized controlled trials. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2013;2013:362831.
- Cao L, Zhang XL, Gao YS, Jiang Y. Needle acupuncture for osteoarthritis of the knee. A systematic review and updated meta-analysis. *Saudi Med J.* 2012;33:526-32.
- Corbett MS, Rice SJ, Madurasinghe V, Slack R, Fayter DA, Harden M, et al. Acupuncture and other physical treatments for the relief of pain due to osteoarthritis of the knee: network meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage.* 2013;21:1290-8.
- Daya S. The efficacy of acupuncture in the treatment of fibromyalgia syndrome. *AACP J.* 2007;autumn:35-46.
- Deare JC, Zheng Z, Xue CC, Liu JP, Shang J, Scott SW, et al. Acupuncture for treating fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 31 May;(5):CD007070.
- Ernst E, Lee MS. Acupuncture for rheumatic conditions: an overview of systematic reviews. *Rheumatology (Oxford).* 2010;49:1957-61.
- Furlan AD, Yazdi F, Tsertsvadze A, Gross A, van Tulder M, Santaguida L, et al. Complementary and alternative therapies for back pain II. *Evid Rep Technol Assess.* 2010;194:1-764.

- Furlan AD, van Tulder M, Cherkin D, Tsukayama H, Lao L, Koes B, et al. Acupuncture and dry-needling for low back pain: an updated systematic review within the framework of the Cochrane collaboration. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2005;30:944-63.
- Lam M, Galvin R, Curry P. Effectiveness of acupuncture for nonspecific chronic low back pain. A systematic review and meta-analysis. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2013;38:2124-38.
- Langhorst J, Klose P, Musial F, Irnich D, Häuser W. Efficacy of acupuncture in fibromyalgia syndrome—a systematic review with a meta-analysis of controlled clinical trials. *Rheumatology*. 2010;49:778-88.
- Law D, McDonough S, Bleakley C, Baxter GD, Tumilty S. Laser acupuncture for treating musculoskeletal pain: a systematic review with meta-analysis. *J Acupunct Meridian Stud*. 2015;8:2-16.
- Liu L, Skinner M, McDonough S, Mabire L, Baxter GD. Acupuncture for low back pain: an overview of systematic reviews. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015;2015:328196.
- Liu L, Huang QM, Liu QG, Ye G, Bo CZ, Chen MJ, et al. Effectiveness of dry needling for myofascial trigger points associated with neck and shoulder pain: a systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015;96:944-55.
- Lu SC, Zheng Z, Xue CC. Does acupuncture improve quality of life for patients with pain associated with the spine? A systematic review. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2011;2011,673017.
- Manyanga T, Froese M, Zarychanski R, Abou-Setta A, Friesen C, Tennenhouse M, et al. Pain management with acupuncture in osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Altern Med*. 2014;14:312.
- Manheimer E, White A, Berman B, Forys K, Ernst E. Meta-analysis: acupuncture for low back pain. *Ann Intern Med*. 2005;142:651-63.
- Manheimer E, Cheng K, Linde K, Lao L, Yoo J, Wieland S, et al. Acupuncture for peripheral joint osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(1):CD001977.
- Martín-Sánchez E, Torralba E, Díaz-Domínguez E, Barriga A, Martín JL. Efficacy of acupuncture for the treatment of fibromyalgia: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Open Rheumatol J*. 2009;3:25-9.
- Mayhew E, Ernst E. Acupuncture for fibromyalgia—a systematic review of randomized clinical trials. *Rheumatology (Oxford)*. 2007;46:801-4.

- Rubinstein SM, Van Middelkoop M, Kuijpers T, Ostelo R, Verhagen AP, de Boer MR, et al. A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain. *Eur Spine J.* 2010;19:1213-28.
- Tough EA, White AR, Cummings TM, Richards SH, Campbell JL. Acupuncture and dry needling in the management of myofascial trigger point pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Pain.* 2009;13:3-10.
- Trinh KV, Graham N, Gross AR, Goldsmith CH, Wang E, Cameron ID, et al. Acupuncture for neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(3):CD004870.
- Turner K, Igo S. Efficacy of acupuncture in the treatment of osteoarthritis of the knee joint. *AACP J.* 2013;spring:21-39.
- Vickers AJ, Cronin AM, Maschino AC, Lewith G, MacPehrson H, Foster NE, et al. Acupuncture for chronic pain: individual patient data meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2012;172:1444-53.
- Wei X, Wang S, Li J, Gao J, Yu J, Feng M, et al. Complementary and alternative medicine for the management of cervical radiculopathy: an overview of systematic reviews. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2015;2015:793649.
- White AR, Ernst E. A systematic review of randomized controlled trials of acupuncture for neck pain. *Rheumatology (Oxford).* 1999;38:143-7.
- White A, Foster NE, Cummings M, Barlas P. Acupuncture treatment for chronic knee pain: a systematic review. *Rheumatology (Oxford).* 2007;46:384-90.
- Xu M, Yan S, Yin X, Li X, Gao S, Han R, et al. Acupuncture for chronic low back pain in long-term follow-up: a meta-analysis of 13 randomized controlled trials. *Am J Chin Med.* 2013;41:1-19.
- Yang B, Yi G, Hong W, Wang Z, Liu Y, Xue Z, et al. Efficacy of acupuncture on fibromyalgia syndrome: a meta-analysis. *J Tradit Chin Med.* 2014;34:381-91.
- Yuan QL, Guo TM, Liu L, Sun F, Zhang YG. Traditional Chinese medicine for neck pain and low back pain: a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE.* 2015;10:e0117146.
- Yeh CH, Chiang YC, Hoffman SL, Liang Z, Klem ML, Tam WWS, et al. Efficacy of auricular therapy for pain management: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2014;2014:934670.

- Zhao HJ, Tan JY, Wang T, Jin L. Auricular therapy for chronic pain management in adults: a synthesis of evidence. *Complement Ther Clin Pract.* 2015;21:68-78.
- Zeng Y, Chung JWY. Acupuncture for chronic nonspecific low back pain: an overview of systematic reviews. *Eur J Integrat Med.* 2015;7:94-107.

## Anexo 10. Valoración de la calidad de la evidencia

Referencia	MacPherson 2017 <sup>12</sup>	Skelly 2018 <sup>13</sup>	Vickers 2017 <sup>14</sup>	MacPherson 2017 <sup>15</sup>	Yuan 2016 <sup>16</sup>
¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí	No	No	Sí
¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	Sí	Sí	No	No	No
Si se realizó un metanálisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Si se realizó un metanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del metanálisis u otra síntesis de evidencia?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Si se realizó síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>VALORACIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD</b>	<b>Alta</b>	<b>Alta</b>	<b>Baja</b>	<b>Baja</b>	<b>Alta</b>

Referencia	Lorenc 2018 <sup>17</sup>	Muñoz-Ortego 2016 <sup>18</sup>	Vieira 2018 <sup>19</sup>	Xiang 2018 <sup>20</sup>	Poitras 2017 <sup>21</sup>
¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	No	No	No	No	Sí
¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí	Sí	Sí	Sí	No
¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí	Sí	Sí	Sí	No
¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	Sí	Sí	No	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	No	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No	No	No	No	No
Si se realizó un metanálisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	No procede	No procede	No procede	Sí	No procede
Si se realizó un metanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del metanálisis u otra síntesis de evidencia?	No procede	No procede	No procede	Sí	No procede
¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	No	Sí	Sí	Sí	No
¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	No	Si	Si	Si	No
Si se realizó síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	No procede	No procede	No procede	Sí	No procede
¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>VALORACIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD</b>	<b>Moderada</b>	<b>Moderada</b>	<b>Moderada</b>	<b>Moderada</b>	<b>Baja</b>

Referencia	Seo 2017 <sup>22</sup>	Nunes 2015 <sup>23</sup>	Wang 2017 <sup>24</sup>	Vier 2019 <sup>25</sup>	Wu 2017 <sup>26</sup>
¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	No	No	No	Sí	No
¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí	Sí	Sí	Sí, parcial	Sí parcial
¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí	No	Sí	Sí	No
¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	Sí	Sí	Sí	Sí, parcial	Sí parcial
¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí parcial
¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	No
¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No	No	No	No	No
Si se realizó un metanálisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Si se realizó un metanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del metanálisis u otra síntesis de evidencia?	Sí	No	Sí	Sí	No
¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	No
¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí	No	Si	Si	No
Si se realizó síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	No	No	Sí	No	Sí
¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>VALORACIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD</b>	<b>Moderada</b>	<b>Moderada</b>	<b>Moderada</b>	<b>Moderada</b>	<b>Críticamente baja</b>

Referencia	Fernandes 2017 <sup>27</sup>	Tang 2015 <sup>28</sup>	Sim 2011 <sup>29</sup>	Wu 2019 <sup>30</sup>	Li 2016 <sup>31</sup>
¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	No	No	No	Sí	No
¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí parcial	Sí, parcial	Sí parcial	Sí parcial	No
¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí	Sí	No	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	No	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	Sí	Sí, parcial	No	Sí	No
¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No	No	No	No	No
Si se realizó un metanálisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	No procede	Sí	Sí	No procede	Sí
Si se realizó un metanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del metanálisis u otra síntesis de evidencia?	No procede	Sí	No	No procede	No
¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	No
¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Si se realizó síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	NP	No	No	No procede	No
¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>VALORACIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD</b>	<b>Moderada</b>	<b>Moderada</b>	<b>Moderada</b>	<b>Moderada</b>	<b>Críticamente baja</b>

Referencia	Lin 2016 <sup>32</sup>	Zhang 2017 <sup>33</sup>	Li 2018 <sup>34</sup>	Gong 2019 <sup>35</sup>	Sun 2019 <sup>36</sup>	Manheimer 2018 <sup>37</sup>
¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	No	Sí	No	No	No	Sí
¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	No	No	No	No	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí parcial	Sí parcial	No	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial
¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No	No	No	No	No	Sí
¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No	No	No	No	No	Sí
Si se realizó un metanálisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	Sí	Sí	Sí	Sí	No procede	Sí
Si se realizó un metanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del metanálisis u otra síntesis de evidencia?	No	Sí	Sí	Sí	No procede	Sí
¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Si se realizó síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	No procede	Sí
¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>VALORACIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD</b>	<b>Baja</b>	<b>Moderada</b>	<b>Baja</b>	<b>Moderada</b>	<b>Moderada</b>	<b>Moderada</b>

Referencia	Al-Boloushi 2018 <sup>38</sup>	Thiagarajah 2017 <sup>39</sup>	Nishishinya 2019 <sup>40</sup>	Seca 2018 <sup>41</sup>	Phang 2018 <sup>42</sup>
¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Sí parcial	No	No	Sí	No
¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí parcial	Sí parcial	Sí	Sí parcial	Sí parcial
¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí	No	Sí	No	Sí
¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí	No	Sí	No	Sí
¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No	No	No	No	No
¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí parcial
¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No	No	No	No	No
Si se realizó un metanálisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	No procede	No procede	No procede	No procede	No procede
Si se realizó un metanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del metanálisis u otra síntesis de evidencia?	No procede	No procede	No procede	No procede	No procede
¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí	No	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	No	No	Sí	Sí	Sí
Si se realizó síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	No procede	No procede	No procede	No procede	No procede
¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	No	Sí	Sí	Sí
<b>VALORACIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD</b>	<b>Moderada</b>	<b>Baja</b>	<b>Moderada</b>	<b>Moderada</b>	<b>Moderada</b>

Referencia	Ramos 2018 <sup>43</sup>	Zhang 2019 <sup>44</sup>	Kim 2019 <sup>45</sup>	Perry 2017 <sup>46</sup>
¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí	Sí	Sí
¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	No	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	No	Sí	Sí, parcial	Sí
¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	No	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	No	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No	Sí, parcial	Sí, parcial	Sí
¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	No	Sí	Sí	Sí, parcial
¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	No	Sí	Sí	Sí
¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No	No	No	No
Si se realizó un metanálisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	Sí	Sí	Sí	No procede
Si se realizó un metanálisis, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del metanálisis u otra síntesis de evidencia?	No	Sí	Sí	No procede
¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí	No
¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	No	Sí	Sí	No
Si se realizó síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	No	Sí	Sí	No procede
¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>VALORACIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD</b>	<b>Críticamente baja</b>	<b>Alta</b>	<b>Moderada</b>	<b>Moderada</b>

## Anexo 11. Resumen de resultados sobre seguridad de la acupuntura

Referencia	Eventos adversos (%)
<b>DOLOR CRÓNICO GENERAL</b>	
Vieira <i>et al.</i> <sup>19</sup>	Dolor de oído, cansancio, sangrado local leve, mareos y náuseas y cefalea (no se especifica % pero sí que es en muy pocos casos)
<b>LUMBALGIA CRÓNICA</b>	
Lorenc <i>et al.</i> <sup>17</sup>	Identifica evidencia de seguridad de la acupuntura (no más datos)
Xiang <i>et al.</i> <sup>20</sup>	Pequeños hematomas y sangrado (algunos estudios especifican que los eventos adversos no estaban relacionados con la intervención)
Nishishinya <i>et al.</i> <sup>40</sup>	Identifica evidencia de seguridad de la acupuntura (no más datos)
<b>CERVICALGIA Y DOLOR DE HOMBRO CRÓNICOS</b>	
Skelly <i>et al.</i> <sup>13</sup>	Entumecimiento/molestias (2,7 %), desmayos (1,1 %), hematomas (1,1 %)
Lorenc <i>et al.</i> <sup>17</sup>	Identifica evidencia de seguridad de la acupuntura (no más datos)
Poitras <i>et al.</i> <sup>21</sup>	Especifica que no detectó ningún efecto adverso en los estudios incluidos
Nishishinya <i>et al.</i> <sup>40</sup>	Identifica evidencia de seguridad de la acupuntura (no más datos)
<b>DOLOR CRÓNICO EN SÍNDROME MIOFASCIAL (REGIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y CERVICAL)</b>	
Lorenc <i>et al.</i> <sup>17</sup>	No identifica datos al respecto para esta indicación
Wang <i>et al.</i> <sup>24</sup>	Se identifican molestias leves en pacientes de un estudio (88 % de los pacientes con punción seca experimentan ligeras molestias en la región superior del músculo trapecio) y en otro estudio tan sólo un paciente desarrolla un hematoma tras la tercera sesión de acupuntura
<b>DOLOR CRÓNICO EN EPICONDILITIS LATERAL</b>	
Tang <i>et al.</i> <sup>28</sup>	Dos estudios identifican el dolor como principal motivo de abandono de los pacientes (no especifican si a causa de la acupuntura o de la asociación de otras técnicas)
<b>DOLOR CRÓNICO EN SÍNDROME DEL TÚNEL CARIANO</b>	
Wu <i>et al.</i> <sup>30</sup>	En siete estudios identifican eventos adversos no graves

Referencia	Eventos adversos (%)
<b>DOLOR CRÓNICO EN ARTROSIS DE RODILLA Y CADERA</b>	
Skelly <i>et al.</i> <sup>13</sup>	Empeoramiento de los síntomas (7 – 14 %), hematomas, hinchazón y dolor en el lugar de la intervención
Loirenc <i>et al.</i> <sup>17</sup>	Identifica 45 % de aparición de eventos adversos leves con el uso de acupuntura (no más datos)
Li <i>et al.</i> <sup>31</sup>	En aplicación de moxibustión identifican quemaduras y enrojecimiento de la piel
Zhang <i>et al.</i> <sup>33</sup>	No identifican diferencias significativas en la ratio de eventos adversos al comparar acupuntura con otras
Manheimer <i>et al.</i> <sup>37</sup>	Identifica eventos adversos menores relacionados con la acupuntura (hematomas, dolor en lugar de inserción)
<b>DOLOR CRÓNICO EN FIBROMIALGIA</b>	
Skelly <i>et al.</i> <sup>13</sup>	Molestias (61 – 70 %), síntomas vasovagales y empeoramiento de los síntomas de la fibromialgia (4 %)
Loirenc <i>et al.</i> <sup>17</sup>	Identifica evidencia de seguridad de la acupuntura (no más datos)
Zhang <i>et al.</i> <sup>44</sup>	No identificaron ningún evento adverso grave debido a la aplicación de acupuntura y electroacupuntura
Kim <i>et al.</i> <sup>45</sup>	Todos los eventos adversos identificados fueron leves (edema local, hematomas, enrojecimiento en el lugar de inserción)

## Anexo 12. Resumen de resultados sobre eficacia de la acupuntura

DOLOR CRÓNICO GENERAL					
Referencia	Comparador	N	Resultados		
			Tamaño del efecto		
			Efecto fijo (IC 95 %); heterogeneidad (p)	Efecto aleatorio (IC 95 %)	Efecto global (p)
McPherson <i>et al.</i> <sup>12</sup>	Acupuntura simulada	8	0,37 (0,27 – 0,46); $p < 0,001$	0,52 (0,14 – 0,9)	0,001
	Otro control (no acupuntura)	7	0,55 (0,51 – 0,58); $p < 0,001$	0,51 (0,36 – 0,67)	0,001
Yuan <i>et al.</i> <sup>16</sup>	Acupuntura simulada	59	Dolor		
			Tamaño del efecto: efecto fijo (IC 95 %); $p$	Heterogeneidad $I^2$ ; $p$	Sesgo publicación Coeficiente del test de Egger; $p$
			-0,61 (-0,76 – -0,47); $p < 0,001$	80,4 %; $p < 0,001$	ND
		31	Disfunción		
	-0,77 (-1,05 – -0,49); $p < 0,001$		94,7 %; $p < 0,001$	ND	
Muñoz-Ortego <i>et al.</i> <sup>18</sup>	Acupuntura simulada, tratamiento habitual o control sin acupuntura	5 RS	Dolor		
			Mejora significativa del dolor en artrosis, lumbalgia y cervicalgia		
			Capacidad funcional		
			Mejora clínicamente relevante de la capacidad funcional en artrosis y en fibromialgia		

N: número de estudios; IC: intervalo de confianza; RS: revisión sistemática; <: menor que.; ND: no descrito

DOLOR CRÓNICO GENERAL				
Referencia	Comparador	N	Seguimiento	Resultados
Vieira <i>et al.</i> <sup>19</sup>	Auriculoterapia simulada, otros grupos placebo	3	0 – > 3 semanas*	Alivio del dolor
			3 – < 6 semanas*	
			> 6 semanas*	
			Periodos más largos*	

\*: sólo uno de los 3 estudios incluidos en la revisión global especificó los periodos de duración del efecto  
N: número de estudios; >: mayor que; <: menor que

LUMBALGIA CRÓNICA				
Referencia	Comparador	Seguimiento	N	Resultados
Skelly <i>et al.</i> <sup>13</sup>	Capacidad funcional: acupuntura simulada o cuidados habituales Dolor: acupuntura simulada, cuidados habituales, control u otro placebo no-acupuntura	Corto plazo (1 – 6 meses)	4	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,22 (-0,35 – -0,08); I <sup>2</sup> = 44 %
			5	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,55 (-0,86 – -0,24); I <sup>2</sup> = 30 % (utiliza escala de 0 a 10)
		Medio plazo (≥6 – <12 meses)	3	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,08 (-0,36 – 0,20); I <sup>2</sup> = 75 %
			5	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,25 (-0,67 – 0,16); I <sup>2</sup> = 33 %
		Largo plazo (≥12 meses)	1	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -3,4 (-7,8 – 1,0) (utiliza el índice <i>Oswestry Disability</i> que va de 0 a 100)
			1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,83 (-1,51 – -0,15)

≥: mayor o igual que; <: menor que; IC: intervalo de confianza  
N: número de estudios

LUMBALGIA CRÓNICA								
Referencia	Comparador	Seguimiento	N	Resultados				
Yuan <i>et al.</i> <sup>16</sup>	Acupuntura simulada	≤ 1 semana	8	<b>Dolor</b>				
				<b>Tamaño del efecto: efecto fijo (IC 95 %); p</b>	<b>Tamaño del efecto: efecto fijo (IC 95 %); p</b>	<b>Tamaño del efecto: efecto fijo (IC 95 %); p</b>		
				-0,47 (-0,76 – -0,19); p = 0,001	73 %; p = 0,001	-2,54; p = 0,001		
			5	<b>Disfunción</b>				
-0,15 (-0,46 – 0,16); p = 0,34	83 %; p < 0,001	-4,18; p = 0,01						
Xian <i>et al.</i> <sup>20</sup>	Acupuntura simulada, otros placebos	Inmediatamente tras la aplicación	6	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b>				
				-0,35 (-0,55 – -0,14); 29 %				
		2	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b>					
			0,78 (-0,32 – 1,89); 0 %					
		≥ 3 meses	4	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b>				
				-0,41 (-0,84 – 0,01); 74 %				
2	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b>							
	0,24 (-1 – 1,48); 0 %							

N: número de estudios; ≤: menor o igual que; ≥: mayor o igual que; IC: intervalo de confianza

LUMBALGIA CRÓNICA				
Referencia	Comparador	Seguimiento	N	Resultados
<b>Nishishinya et al.</b> <sup>40</sup>	Acupuntura simulada	No descrito	2	Mejora el dolor pero no la capacidad funcional
	Otras terapias simuladas	Inmediato-corto	3	Mejora el dolor pero no la capacidad funcional
	No tratamiento y cuidados habituales*	Corto	4	Mejora el dolor y la capacidad funcional
	Otras intervenciones activas (TENS, tratamiento farmacológico, fisioterapia)	No descrito	3	No hay resultados concluyentes

\* la acupuntura asociada a terapias convencionales mejora el dolor y la funcionalidad a corto plazo, frente a terapias convencionales solas  
TENS: estimulación eléctrica transcutánea nerviosa; N: número de estudios

CERVICALGIA CRÓNICA					
Referencia	Comparador	Seguimiento	N	Resultados	
Skelly <i>et al.</i> <sup>12</sup>	Capacidad funcional: placebo-acupuntura, placebo-láser o cuidados habituales Dolor: placebo-acupuntura u otro placebo no-acupuntura	Corto plazo (1 – 6 meses)	5	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,40 (-0,64 – -0,17); I <sup>2</sup> = 67,7 %	
			4 (excluye estudio con valor atípico)	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,2 (-0,59 – 0,05); I <sup>2</sup> = 2 % (utiliza escala de 0 a 10)	
		Medio plazo (≥6 – <12 meses)	3	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,19 (-0,35 – 0,02); I <sup>2</sup> = 0 %	
			3	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> 0,45 (-0,34 – 1,25); I <sup>2</sup> = 59 %	
		Largo plazo (≥12 meses)	1	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,23 (-0,61 – 0,16)	
			1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -1,8 (-1,34 – 0,64)	
		Tratamiento farmacológico (AINEs)	Corto plazo (1 – 6 meses)	1	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,4 (-4,6 – 3,8); I <sup>2</sup> = 44 %
				2	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> Sin datos numéricos
	AINEs: antiinflamatorios no esteroideos; ≥: mayor o igual que; <: menor que; ≥: mayor o igual que; N: número de estudios; IC: intervalo de confianza				

CERVICALGIA CRÓNICA					
Referencia	Comparador	Seguimiento	N	Resultado	
Yuan <i>et al.</i> <sup>16</sup>	Acupuntura simulada	≤ 1 semana	6	Tamaño del efecto: efecto fijo (IC 95 %); <i>p</i>	Heterogeneidad
				-0,42 (-0,62 – -0,22); <i>p</i> < 0,001	0 %
			5	-0,33 (-0,54 – -0,13); <i>p</i> = 0,0002	0 %
Poitras <i>et al.</i> <sup>21</sup>	Acupuntura simulada	1 semana	1	Disminución de intensidad del dolor en ambos grupos de punción seca frente a acupuntura	Disfunción
				Disminución de intensidad del dolor en ambos grupos de punción seca frente a acupuntura	Disfunción
				Descenso del índice de discapacidad funcional	Disfunción

≤: menor o igual que; N: número de estudios; IC: intervalo de confianza

CERVICALGIA CRÓNICA				
Referencia	Comparador	Seguimiento	N	Resultados
Seo <i>et al.</i> <sup>22</sup>	Acupuntura vs. tratamiento farmacológico	ND	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,23 (-0,95 – 0,48); $p = 0,52$
	Acupuntura vs. fisioterapia	ND	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> 0,73 (0,00 – 1,46); $p = 0,05$
	Acupuntura vs control activo total	ND	2	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> 0,24 (-0,27 – 0,75); $p = 0,36$ ; $I^2 = 71\%$
				<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> 0,51 (-0,01 – 1,02); $p = 0,05$ ; $I^2 = 52\%$
	Electroacupuntura vs control activo	ND	4	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,51 (-0,73 – -0,28); $p < 0,00001$ ; $I^2 = 0\%$
	Acupuntura + control vs control	ND	4	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,07 (-0,26 – 0,12); $p = 0,47$ ; $I^2 = 59\%$
			4	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -1,78 (-2,08 – -1,48); $p < 0,00001$ ; $I^2 = 77\%$
			8	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,57 (-0,73 – -0,40); $p < 0,00001$ ; $I^2 = 94\%$
			2	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> 0,72 (0,2 – 1,24); $p = 0,007$ ; $I^2 = 0\%$
	Electroacupuntura + control activo vs. control activo	ND	3	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -1,29 (-1,57 – -1,02); $p < 0,00001$ ; $I^2 = 52\%$

vs: *versus* (en comparación con); ND: no descrito; N: número de estudios; IC: intervalo de confianza

CERVICALGIA CRÓNICA				
Referencia	Comparador	Seguimiento	N	Resultados
Nunes <i>et al.</i> <sup>23</sup>	Acupuntura simulada/punción seca simulada	Corto plazo (< 12 semanas)	5	Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad -24,88 (-40,201 – -9,565); $p < 0,001$ ; $I^2 = 89\%$
Nishishinya <i>et al.</i> <sup>40</sup>	Acupuntura simulada, lista de espera, intervenciones simuladas	Inmediato-corto plazo	5	Mejora dolor y capacidad funcional No se identifican beneficios en radiculopatía cervical

<: menor que; N: número de estudios; IC: intervalo de confianza

DOLOR DE HOMBRO CRÓNICO				
Referencia	Comparador	N´	Resultados	
McPherson <i>et al.</i> <sup>12</sup>	Acupuntura simulada	3	Tamaño del efecto	
			Efecto fijo (IC 95 %); heterogeneidad (p)	Efecto aleatorio (IC 95 %) Efecto global (p)
	Otro control (no acupuntura)	0	0,62 (0,46 – 0,77); $p = 0,4$	0,62 (0,46 – 0,77) 0,001
Yuan <i>et al.</i> <sup>16</sup>	Acupuntura simulada	5	Dolor	
			Tamaño del efecto: efecto fijo (IC 95 %); p	Heterogeneidad $I^2$ ; p Sesgo publicación Coeficiente del test de Egger; p
		2	-0,63 (-0,91 – -0,36); $p < 0,001$	34,9 %; $p = 0,19$ -1,5; $p = 0,23$
			Disfunción	
			-1,5 (-5,46 – 2,46); $p = 0,46$	96,1 %; $p < 0,001$ ND

N: número de estudios; IC: intervalo de confianza; ND: no descrito

**DOLOR CRÓNICO EN SÍNDROME MIOFASCIAL (REGIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y CERVICAL)**

Referencia	Comparador	Seguimiento	N	Resultados		
Yuan <i>et al.</i> <sup>16</sup>	Acupuntura simulada	≤ 1 semana	13	<b>Dolor</b>		
				<b>Tamaño del efecto: efecto fijo (IC 95 %); p</b>	<b>Heterogeneidad I<sup>2</sup>; p</b>	<b>Sesgo publicación Coeficiente del test de Egger; p</b>
			-1 (-1,43 – -0,57); p < 0,001	74,6 %; p < 0,001	-1,5; p = -0,23	
			0	<b>Disfunción</b>		
				ND		
Vier <i>et al.</i> <sup>25</sup>	Punción seca simulada	Corto plazo (< 3 meses)	2	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b>		
				0,30 (-0,83 – 1,43); p = 0,6; I <sup>2</sup> = 24 %		
			3	<b>Umbral del dolor a la presión. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b>		
		-0,56 (-0,81 – -0,31); p < 0,0001; I <sup>2</sup> = 55 %				
			2	<b>Apertura mandibular sin dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b>		
				-0,12 (-3,04 – 2,8); p = 0,93; I <sup>2</sup> = 40 %		
	Tratamiento activo (fármacos)	Corto plazo (< 3 meses)	2	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b>		
				-0,74 (-1,25 – -0,22); p = 0,005; I <sup>2</sup> = 24 %		
			2	<b>Umbral del dolor a la presión. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b>		
				0,08 (-0,12 – 0,27); p = 0,43; I <sup>2</sup> = 0 %		
Fernandes <i>et al.</i> <sup>27</sup>	Acupuntura simulada, láser-acupuntura simulada, no tratamiento, uso de férulas	Corto plazo (< 3 meses) 1 sesión	4	Resultados estadísticamente significativos a favor de la acupuntura en el tratamiento del dolor		

≤: menor o igual que; <: menor que; N: número de estudios; IC: intervalo de confianza; ND: no descrito

**DOLOR CRÓNICO EN SÍNDROME MIOFASCIAL (REGIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y CERVICAL)**

Referencia	Comparador	Seguimiento	N	Resultados	
Wang et al. <sup>24</sup>	Acupuntura simulada	ND, el estudio hace diferenciaciones en función al número de sesiones y a estimulación de acupuntos o puntos gatillo	1 sesión	5	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -1,05 (-1,84 – -0,27); $p = 0,0009$ ; $I^2 = 76 \%$
				1	<b>Rango de movilidad. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> 0,9 (0,43 —1,37); $p = 0,0002$
			3 sesiones	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> 0,05 (-0,5 – 0,6); $p = 0,86$
				1	<b>Rango de movilidad. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> 0,46 (0,02 —0,9); $p = 0,04$
			6 sesiones	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -1,58 (-2,32 – -0,85); $p < 0,0001$
				1	<b>Rango de movilidad. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> 1,77 (1,09 —2,45); $p < 0,00001$
			Puntos gatillo	5	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,90 (-1,48 – -0,32); $p = 0,002$ ; $I^2 = 75 \%$
				3	<b>Rango de movilidad. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> 1,00 (0,32 —1,67); $p = 0,004$ ; $I^2 = 80 \%$
			Puntos acupunturales	4	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -1,17 (-2,39 – 0,04); $p = 0,06$ ; $I^2 = 82 \%$

ND: no descrito; N: número de estudios; IC: intervalo de confianza

**DOLOR CRÓNICO EN SÍNDROME MIOFASCIAL (REGIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y CERVICAL)**

Referencia	Comparador	Seguimiento	N	Resultados
Wu et al. <sup>26</sup>	Acupuntura vs control según tipo de control	Acupuntura simulada	5	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -1,54 (-2,63 – -0,45); $p = 0,006$ ; $I^2 = 58\%$
			2	<b>Apertura mandibular. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> 3,23 (-5,65 —12,12); $p = 0,48$ ; $I^2 = 95\%$
		Láser simulado	2	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -1,29 (-2,32 – -0,27); $p = 0,01$ ; $I^2 = 0\%$
			1	<b>Apertura mandibular. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> 4,00 (-0,53 —8,53); $p = 0,08$
		Tratamiento con férula	2	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,09 (-0,68 – 0,50); $p = 0,76$ ; $I^2 = 0\%$
		Todos los anteriores	9	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,98 (-1,62 – -0,34); $p = 0,0003$ ; $I^2 = 54\%$
			3	<b>Apertura mandibular. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> 3,44 (-2,71 – 9,58); $p = 0,27$ ; $I^2 = 91\%$
	Acupuntura vs control según penetración de agujas	Placebo con agujas no penetrantes	5	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -1,56 (-2,7 – -0,41); $p = 0,008$ ; $I^2 = 58\%$
		Placebo con agujas penetrantes	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -1,29 (-3,40 – 0,82); $p = 0,023$
		Todos los anteriores	6	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -1,49 (-2,45 – -0,53); $p = 0,002$ ; $I^2 = 47\%$

vs: versus (en comparación con); N: número de estudios; IC: intervalo de confianza

DOLOR CRÓNICO EN EPICONDILITIS					
Referencia	Comparador	Seguimiento	N	Resultados	
Yuan et al. <sup>16</sup>	Acupuntura simulada	≤ 1 semana	2	<b>Dolor</b>	
				<b>Tamaño del efecto: efecto fijo (IC 95 %); p</b>	<b>Heterogeneidad I<sup>2</sup>; p</b>
			-0,18 (-1,33 – 0,97); p = 0,76	90 %	ND
			2	<b>Disfunción</b>	
-1,63 (-5,37 – 2,11); p = 0,39	98 %	ND			
Tang et al. <sup>28</sup>	Acupuntura simulada*	ND	2	<b>Balance funcional. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b>	
				-0,56 (-0,98 – -0,15); p = 0,008; I <sup>2</sup> = 11 %	
				<b>Función muscular. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b>	
				0,44 (0,03 – 0,85); p = 0,04; I <sup>2</sup> = 0 %	

\*: no se incluyen los estudios en los que se compara acupuntura añadida a otra terapia sin comparar dicha terapia sola con la técnica de investigación  
 ≤: menor o igual que; ND: no descrito; N: número de estudios; IC: intervalo de confianza

**DOLOR CRÓNICO EN EL SÍNDROME DEL TUNEL CARIANO**

Referencia	Comparador	Intervención	Seguimiento	N	Resultados
Sim <i>et al.</i> <sup>29</sup>	Acupuntura simulada	Acupuntura manual y láser	3 – 6 semanas	2	No hay diferencias significativas
	Esteroides orales	Acupuntura	4 semanas	1	No hay diferencias significativas salvo en latencia motora distal
	Inyecciones de esteroides	Acupuntura	10 – 20 días	2	<b>Eficacia: Riesgo relativos (IC 95 %); heterogeneidad</b> 1,28 (1,08 – 1,52); I <sup>2</sup> = 10 %
Wu <i>et al.</i> <sup>30</sup>	Entablillado	Electroacupuntura + entablillado	17 semanas	1	<b>Dolor: Diferencia de medias (IC 95 %) (NRS score):</b> -0,7 (-1,34 – -0,06)
					<b>Capacidad funcional: Diferencia de medias (IC 95 %) (DASH score):</b> -6,22 (-10,7 – -1,71)
					<b>Severidad de los síntomas: Diferencia de medias (IC 95 %) (SSS):</b> -0,2 (-0,36 – -0,03)
	Ibuprofeno	Acupuntura	4 semanas	1	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %) (FSS):</b> -1,84 (-2,66 – -1,02)
					<b>Severidad de los síntomas: Diferencia de medias (IC 95 %) (SSS):</b> -5,8 (-7,95 – -3,65)
Prednisolona	Acupuntura	13 meses	1	<b>Severidad de los síntomas: Diferencia de medias (IC 95 %) (SSS):</b> -6,5 (-10,1 – -2,86)	
Acupuntura simulada, entablillados, hierbas medicinales chinas	Electroacupuntura, acupuntura, estimulación eléctrica transcutánea del nervio moxibustión	3 – 18 semanas	7	No hay diferencias significativas	

N: número de estudios; IC: intervalo de confianza; NRS score: escala numérica del dolor; DASH score: puntuación de la incapacidad en el brazo, hombro y mano; SSS: escala de severidad de los síntomas; FSS: escala del estatus funcional

DOLOR CRÓNICO EN ARTROSIS DE RODILLA Y CADERA					
Referencia	Comparador	N	Resultados		
McPherson <i>et al.</i> <sup>12</sup>	Acupuntura simulada	5	Tamaño del efecto		
			Efecto fijo (IC 95 %); heterogeneidad (p)	Efecto aleatorio (IC 95 %)	Efecto global (p)
			0,26 (0,17 – 0,34); p < 0,001	0,37 (0,03 – 0,72)	0,001
	Otro control (no acupuntura)	6	0,57 (0,5 – 0,64); p < 001	0,57 (0,29 – 0,85)	0,001
	Revisión exclusiva de artrosis de rodilla	25	Seguimiento	Dolor	
				DM (IC 95 %)	Diferencias en escalas WOMAC/VAS (0-100)
	Acupuntura simulada	8	No se especifica	0,34 (0,03 – 0,66)	5,57 (0,42 – 10,86)
	Cuidados habituales	17	No se especifica	1,01 (0,61 – 1,43)	16,7 (10,07 – 23,61)
Ejercicios musculares	9	No se especifica	0,49 (0 – 0,98)	8,08 (0,02 – 16,21)	
Ejercicio aeróbico	1	No se especifica	1,09 (0,23 – 1,96 )	17,94 (3,82 – 32,27)	
Skelly <i>et al.</i> <sup>13</sup>	Capacidad funcional: acupuntura simulada o cuidados habituales Dolor: acupuntura simulada, cuidados habituales, control u otro placebo no-acupuntura	5/6	Corto plazo (1 – 6 meses)	Capacidad funcional. DM (IC 95 %); heterogeneidad	Dolor. DM (IC 95 %); heterogeneidad
				-0,18 (-0,55 – 0,20); I <sup>2</sup> = 82 %	-0,27 (-0,56 – 0,02); I <sup>2</sup> = 75 %
		4/4	Medio plazo (≥ 6 – <12 meses)	-0,15 (-0,30 – 0,01); I <sup>2</sup> = 0 %	-0,16 (-0,31 – 0,02); I <sup>2</sup> = 0 %
	Ejercicio físico	1	Corto plazo (1 – 6 meses)	Datos insuficientes	

N: número de estudios; IC: intervalo de confianza; DM: diferencia de medias

DOLOR CRÓNICO EN ARTROSIS DE RODILLA Y CADERA						
Referencia	Comparador	N	Seguimiento	Resultados		
				Tamaño del efecto: efecto fijo (IC 95 %); <i>p</i>	Heterogeneidad <i>I</i> <sup>2</sup> ; <i>p</i>	Sesgo publicación Coeficiente del test de Egger; <i>p</i>
Yuan <i>et al.</i> <sup>16</sup>	Acupuntura simulada	14	No se especifica	Dolor		
				-0,77 (-1,12 – -0,41); <i>p</i> < 0,001	89,9 %; <i>p</i> < 0,001	-3,71; <i>p</i> = 0,02
Li <i>et al.</i> <sup>31</sup>	Moxibustión simulada y tratamiento habitual	4-6 semanas	2	Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad 13,45 (-26,99 – 53,89); <i>I</i> <sup>2</sup> = 89 %		
				Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad 17,63 (-23,15 – 58,41); <i>I</i> <sup>2</sup> = 95 %		
Lin <i>et al.</i> <sup>32</sup>	Acupuntura simulada, tratamiento habitual, ningún tratamiento	Corto plazo	11	Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad -1,24 (-1,92 – -0,56); <i>I</i> <sup>2</sup> = 98 %		
			10	Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad 4,61 (2,24 – 6,97); <i>I</i> <sup>2</sup> = 99 %		
		Largo plazo	5	Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad -0,55 (-1,39 – 0,29); <i>I</i> <sup>2</sup> = 99 %		
			5	Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad 2,73 (0,51 – 4,94); <i>I</i> <sup>2</sup> = 99 %		

N: número de estudios; IC: intervalo de confianza

**DOLOR CRÓNICO EN ARTROSIS DE RODILLA Y CADERA**

Referencia	Comparador	Seguimiento	N	Resultados
Zhang <i>et al.</i> <sup>33</sup>	Sin tratamiento	4 semanas	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -0,78 (-1,71 – 0,15)
		8 semanas	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -2,05 (-2,55 – -1,55)
		1 año	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> 2,10 (0,89 – 3,31)
		12 semanas	3	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -1,12 (-1,98 – -0,26); I <sup>2</sup> = 62 %
	Tratamiento farmacológico	4 semanas	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -3,21 (-4,81 – -1,61)
		8 semanas	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -4,12 (-5,77 – -2,47)
		12 semanas	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -3,95 (-5,43 – -2,47)
	Ejercicio	4 semanas	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> 8,03 (2,46 – 13,60)
		8 semanas	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -5,60 (-14,14 – 2,94)
		12 semanas	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -6,60 (-14,38 – 1,18)
	Educación	4 semanas	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -1,38 (-2,07 – -0,69)
		12 semanas	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -2,09 (-3,01 – -1,17)
		26 semanas	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -2,10 (-3,01 – -1,19)

N: número de estudios; IC: intervalo de confianza

**DOLOR CRÓNICO EN ARTROSIS DE RODILLA Y CADERA**

Referencia	Comparador	Intervención	N	Resultados
Li et al. <sup>34</sup>	Acupuntura simulada	Acupuntura	5	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,68, (-1,06, -0,31); I <sup>2</sup> = 96%
			3	<b>Rigidez. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> 0,15 (-0,17 - 0,46); I <sup>2</sup> = 0%
			5	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -1,74, (-3,82 - 0,33); I <sup>2</sup> = 97 %
		Electroacupuntura	4	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -2,25 (-3,42 - -1,08); I <sup>2</sup> = 97 %
			2	<b>Rigidez. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -1,09 (-0,23 - 1,96); I <sup>2</sup> = 69 %
			4	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -5,92 (-9,43 - -2,41); I <sup>2</sup> = 97 %
		Aguja caliente	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -0,59 (-3,10 - 1,90)
			1	<b>Rigidez. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -3,18 (-6,79 - 0,35)
			1	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -3,20 (-11,06 - 3,60)
	Educación	Acupuntura	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %):</b> -1,80 (-4,00 - 0,29)
			1	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -4,50 (-10,00 - 1,00)
		Electroacupuntura	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -3,00 (-5,20 - -0,92)
			1	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -8,30 (-14,00 - -2,60)
		Acupuntura simulada	2	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -0,85 (-2,70 - 1,10)
			2	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -2,70 (-7,70 - 2,70)

N: número de estudios; IC: intervalo de confianza

**DOLOR CRÓNICO EN ARTROSIS DE RODILLA Y CADERA**

Referencia	Comparador	Intervención	N	Resultados
<b>Li et al.<sup>34</sup> (continuación)</b>	Educación	Aguja caliente	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -1,40 (-4,30, 1,50)
				<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -5,90 (-14,00 - 2,10)
	Lista de espera	Acupuntura	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -2,70 (-5,40, 0,14)
				<b>Rigidez. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> 1,20 (-4,60 - 7,03)
				<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -11,00, (-19,00 - 3,00)
		Electroacupuntura	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -3,90 (-6,80 - -0,89)
				<b>Rigidez. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> 0,19 (-4,51 - 4,82)
				<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -15,00 (-24,00 - -6,30)
		Aguja caliente	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -2,30 (-5,40 - 1,00)
				<b>Rigidez. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -1,77 (-5,73 - 1,99)
	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -13,00 (-23,00 - -2,80)			
	Acupuntura simulada	1	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -4,70 (-7,60 - -1,80)	
<b>Rigidez. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> 0,19 (-4,51 - 4,82)				
<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %)</b> -9,30 (-18,00 - -0,61)				

N: número de estudios; IC: intervalo de confianza

**DOLOR CRÓNICO EN ARTROSIS DE RODILLA Y CADERA**

Referencia	Comparador	Seguimiento	N	Resultados
Gong et al. <sup>35</sup>	Tratamiento habitual: medicación, ejercicio, educación, etc	2 – 12 meses	11	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,73 (-0,98, -0,47); I <sup>2</sup> = 88 %
			6	<b>Rigidez. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,66 (-0,85 – -0,47); I <sup>2</sup> = 65 %
			11	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -1,56 (-2,17 – -0,95); I <sup>2</sup> = 98%
	Acuterapia simulada	2 – 12 meses	11	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,07 (-0,43 – 0,28); I <sup>2</sup> = 92 %
			8	<b>Rigidez. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,15 (-0,45 – 0,16); I <sup>2</sup> = 83 %
			11	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,21 (-0,50 – 0,08); I <sup>2</sup> = 88%
	Acuterapia simulada en los mismos puntos de acupuntura	2 – 12 meses	7	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> 0,05 (-0,58 – 0,68); I <sup>2</sup> = 95 %
			5	<b>Rigidez. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,17 (-0,76 – 0,42); I <sup>2</sup> = 89 %
			7	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,16 (-0,65 – 0,33); I <sup>2</sup> = 92%
	Acuterapia simulada en diferentes puntos de acupuntura	2 – 12 meses	4	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,25 (-0,48 – -0,02); I <sup>2</sup> = 49 %
			3	<b>Rigidez. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> 0,18 (-0,25 – 0,62); I <sup>2</sup> = 83 %
			4	<b>Capacidad funcional. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,30 (-0,49 – -0,11); I <sup>2</sup> = 33%

N: número de estudios; IC: intervalo de confianza

DOLOR CRÓNICO EN ARTROSIS DE RODILLA Y CADERA						
Referencia	Comparador	N	Seguimiento	Resultados		
				Tamaño del efecto: efecto fijo (IC 95 %); <i>p</i>	Heterogeneidad I <sup>2</sup> ; <i>p</i>	Sesgo publicación Coeficiente del test de Egger; <i>p</i>
Manheimer <i>et al.</i> <sup>37</sup>	Acupuntura simulada	2	5 – 9 semanas	<b>Dolor</b>		
				-0,13 (-0,49 – 0,22); <i>p</i> = 0,46	0 %; <i>p</i> = 0,78	ND
				<b>Disfunción</b>		
				-0,15 (-0,51 – 0,21); <i>p</i> = 0,41	0 %; <i>p</i> = 0,89	ND
	Tratamiento farmacológico (AINEs)	1	4 semanas	<b>Dolor</b>		
				Porcentaje medio de diferencia 5,67 % (10,11 % – 1,23 %)		
				<b>Disfunción</b>		
	Porcentaje medio de diferencia 12,34 % (5,87 % – 18,81 %)					
	Consejo médico y ejercicio físico	1	6 semanas	No identificaron resultados sobre dolor y función relacionados con este comparador. La información disponible hacía referencia a un índice de medición de gravedad de síntomas en general que incluía preguntas sobre dolor, rigidez, capacidad funcional y calidad de vida		
	Acupuntura + cuidados habituales vs. cuidados habituales	1	13 semanas	<b>Dolor</b>		
				Porcentaje medio de diferencia 22,9 % (-29,2 % – 16,6 %)		
				<b>Disfunción</b>		
Porcentaje medio de diferencia 19 % (-24,41 % – -13,59 %)						
Acupuntura + educación del paciente vs educación del paciente	1	9 semanas	Imposibilidad de extracción de datos para este grupo de comparación			

AINEs: antiinflamatorios no esteroideos; vs: *versus* (en comparación con); N: número de estudios; IC: intervalo de confianza; ND: no descrito

DOLOR CRÓNICO EN ENFERMEDAD REUMATOIDEA						
Referencia	Comparador	Seguimiento	N	Resultados		
Yuan <i>et al.</i> <sup>16</sup>	Acupuntura simulada	≤ 1 semana	2	<b>Dolor</b>		
				<b>Tamaño del efecto: efecto fijo (IC 95 %); p</b>	<b>Heterogeneidad I<sup>2</sup>; p</b>	<b>Sesgo publicación Coeficiente del test de Egger; p</b>
			-0,14 (-0,60 – 0,33); p = 0,57	0 %; p = 0,32	ND	
			0	<b>Disfunción</b>		
				ND		
Seca <i>et al.</i> <sup>41</sup>	Acupuntura/ electroacupuntura vs placebo, tratamiento habitual, acupuntura simulada	No especificado	6	<b>Dolor</b>		
				Disminución significativa en EVA		
				<b>Capacidad funcional</b>		
				Mejora significativa medida con DAS28 y ACR20		
				<b>Síntomas:</b> Sin diferencias significativas con acupuntura simulada		
Phang <i>et al.</i> <sup>42</sup>	Acupuntura y aguja seca vs acupuntura simulada	5 – 10 semanas	3	No hay diferencias significativas		
Ramos <i>et al.</i> <sup>43</sup>	Acupuntura vs acupuntura simulada	5 – 10 semanas	2	Impacto nulo o mínimo en el tratamiento de artritis reumatoide		

vs: *versus* (en comparación con); ≤: menor o igual que; N: número de estudios; IC: intervalo de confianza; ND: no descrito; EVA: escala visual analógica para dolor; DAS28: *disease activity score* para 28 articulaciones; ACR20: criterios de mejora de la *American College of Rheumatology*

DOLOR CRÓNICO EN FIBROMIALGIA					
Referencia	Comparador	Seguimiento	N	Resultados	
Zhang <i>et al.</i> <sup>44</sup>	Acupuntura simulada	Corto plazo (< 3 meses)	7	<b>Dolor con EVA. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -1,14 (-2,18 – -0,09); $p = 0,03$ ; $I^2 = 82\%$	
			2	<b>Dolor con MPQ. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -1,23 (-4,74 – 2,27); $p = 0,49$ ; $I^2 = 0\%$	
		Largo plazo (> 3 meses)	2	<b>Dolor con EVA. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -2,06 (-3,49 – -0,63); $p = 0,005$ ; $I^2 = 68\%$	
		Electroacupuntura simulada	Corto plazo (< 3 meses)	1	<b>Dolor con EVA. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,94 (-1,17 – -0,72); $p < 0,0001$
	Largo plazo (> 3 meses)		1	<b>Dolor con EVA. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,60 (-1,78 – 0,58); $p = 0,32$	
	Acupuntura y electroacupuntura simuladas	Corto plazo (< 3 meses)	8	<b>Dolor con EVA. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -1,04 (-1,7 – -0,38); $p = 0,002$ ; $I^2 = 78\%$	
		Corto plazo (< 3 meses)	3	<b>Dolor con EVA. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -1,58 (-2,72 – -0,44); $p = 0,006$ ; $I^2 = 67\%$	
	Tratamiento farmacológico	Corto plazo (< 3 meses)	2	<b>Dolor con EVA. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -1,81 (-2,43 – -1,18); $p < 0,00001$ ; $I^2 = 0\%$	
		Largo plazo (> 3 meses)	1	<b>Dolor con EVA. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -2,11 (-2,97 – -1,25); $p < 0,00001$	

<: menor que; >: mayor que; N: número de estudios; EVA: escala visual para medición del dolor; IC: intervalo de confianza

DOLOR CRÓNICO EN FIBROMIALGIA				
Referencia	Comparador	Seguimiento	N	Resultados
Kim et al. <sup>45</sup>	Acupuntura simulada en puntos apropiados	Corto plazo (< 3 meses)	4	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,54 (-1,19 – 0,10); $p = 0,10$ ; $I^2 = 75 \%$
	Acupuntura en puntos inapropiados		4	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,63 (-1,23 – -0,04); $p = 0,04$ ; $I^2 = 68 \%$
	Acupuntura simulada en puntos inapropiados		3	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,370 (-0,67 – -0,08); $p = 0,01$ ; $I^2 = 5 \%$
	Acupuntura simulada (todos los anteriores)		8	<b>Dolor. Diferencia de medias (IC 95 %); heterogeneidad</b> -0,49 (-0,79 – -0,79); $p = 0,001$ ; $I^2 = 59 \%$
Perri et al. <sup>16</sup>	Acupuntura simulada, electroacupuntura simulada, fármacos, lista de espera y tratamiento habitual	ND	7	Hay alguna evidencia de la eficacia de la acupuntura en el tratamiento de fibromialgia

<: menor que; ND: no descrito; N: número de estudios; IC: intervalo de confianza



Nombre de archivo: SE833-2020\_Acupuntura\_1702.docx  
Carpeta: /Users/estrella/Library/Containers/com.microsoft.Word/Data/Documents  
Plantilla: /Users/estrella/Google Drive  
(estrella.chacon@gmail.com)/Trabajos/AETSA/Maquetas 2021/Acupuntura/Acupuntura  
2021\_0209.dotx  
Título: Aquí se escribe el título del libro  
Asunto:  
Autor: Usuario de Microsoft Office  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 17/2/22 13:52  
Cambio número: 2  
Guardado el: 17/2/22 13:52  
Guardado por: Usuario de Microsoft Office  
Tiempo de edición: 1 minuto  
Impreso el: 17/2/22 13:52  
Ultima impresión completa  
Número de páginas: 170  
Número de palabras: 46.932 (aprox.)  
Número de caracteres:258.132 (aprox.)