

Eficacia y seguridad de la reflexología podal

Efficacy and safety of foot reflexology

Informe técnico
SESCS

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



MINISTERIO
DE SANIDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN
DE TECNOLOGÍAS Y PRÁCTICAS DE LA SALUD



Gobierno
de Canarias

Eficacia y seguridad de la reflexología podal

Efficacy and safety of foot reflexology

Informe técnico
SESCS

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



MINISTERIO
DE SANIDAD



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



Gobierno
de Canarias

TRUJILLO-MARTÍN, M.

Eficacia y seguridad de la reflexología podal / M. Trujillo-Martín, ... [*et al.*].
-Madrid: Ministerio de Sanidad. Santa Cruz de Tenerife: Servicio Canario de la Salud, - 143 p.; 24 cm. - (Colección: Informes, estudios e investigación / Ministerio de Sanidad)

NIPO: 133-21-037-3

Palabras clave:

1. Medicina alternativa y complementaria. 2. Reflexología. 3. Revisión sistemática. 4. Eficacia. 5. Seguridad

I. Canarias. Servicio Canario de la Salud II. España. Ministerio de Sanidad.

El Servicio de Evaluación de la Dirección del Servicio Canario de la Salud 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 colaboradores expertos.

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

Fecha de publicación: 2021

Edita: Ministerio de Sanidad. Servicio Canario de la Salud



MINISTERIO
DE SANIDAD



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



Gobierno
de Canarias

Este documento ha sido realizado por el Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud 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:

Trujillo Martín MM, del Pino Sedeño T, León Salas B, García García J, Benítez Brito N, Gaitán González A, Rodríguez Rodríguez L, Guerrero Fernández de Alba I, Serrano Aguilar P. Eficacia y seguridad de la reflexología podal. Madrid: Ministerio de Sanidad. Santa Cruz de Tenerife: Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2021. (Colección: Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad)



MINISTERIO
DE SANIDAD



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



Gobierno
de Canarias

Agradecimientos

Los autores del presente informe quieren expresar su agradecimiento a Carlos González Rodríguez y Thayli León Plasencia, técnicos de apoyo del Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud, por su apoyo en las tareas de documentación y edición.

Índice

RESUMEN DIRIGIDO A LA CIUDADANÍA	15
SUMMARY ADDRESSED TO CITIZENS	17
I. INTRODUCCIÓN	19
I.1. Descripción de la reflexología podal	20
I.2. Descripción de las indicaciones clínicas	21
I.3. Opciones terapéuticas habituales de referencia	22
II. ALCANCE Y OBJETIVO	23
III. METODOLOGÍA	25
III.1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda	26
III.2. Selección de estudios	27
III.3. Valoración de la calidad de los estudios	29
III.4. Extracción de datos y síntesis de la evidencia	29
III.5. Participación de los agentes de interés	31
IV. RESULTADOS	33
IV.1 Resultado de la búsqueda bibliográfica	33
IV.1.1 Características de los estudios incluidos	35
IV.1.2 Calidad metodológica de los estudios incluidos	38
IV.2. Descripción y análisis de resultados	39
IV.2.1 Seguridad	39
IV.2.2 Eficacia	40
V. DISCUSIÓN	69
VI. CONCLUSIONES	73

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES	75
DECLARACIÓN DE INTERESES	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	89
Anexo 1. Estrategias de búsqueda	89
Anexo 2. Herramienta utilizada para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos	93
Anexo 3. Organizaciones contactadas	96
Anexo 4. Estudios excluidos	98
Anexo 5. Estudios en marcha	102
Anexo 6. Características de los estudios incluidos	106
Tabla 6.1. Características generales	106
Tabla 6.2. Características clínicas y sociodemográficas de los participantes	111
Tabla 6.3. Características de la intervención y comparador	122
Tabla 6.4. Medidas de resultado evaluadas	132
Anexo 7. Riesgo de sesgo de los estudios incluidos	136
Anexo 8. Resultados de la reflexología sobre otras medidas de resultado	140

Índice de tablas

Tabla 1. Bases de datos bibliográficas consultadas

26

Índice de figuras

Figura 1. Zonas de reflexología en los pies	21
Figura 2. Descripción gráfica del proceso de selección de estudios	34
Figura 3. Riesgo de sesgo de los estudios incluidos	39
Figura 4. Cambio en los niveles de ansiedad por patología o problema de salud	42
Figura 5. Cambio en los niveles de ansiedad por comparador	44
Figura 6. Cambio en los niveles de calidad de vida por patología o problema de salud	46
Figura 7. Cambio en los niveles de fatiga por patología o problema de salud	48
Figura 8. Cambio en los niveles de fatiga por instrumento de medida	49
Figura 9. Cambio en los niveles de fatiga por tipo de comparador	50
Figura 10. Cambio en los niveles de dolor por patología o problema de salud	52
Figura 11. Cambio en los niveles de dolor por comparador	54
Figura 12. Cambio en los niveles de presión arterial sistólica (mmHg) por patología o problema de salud	56
Figura 13. Cambio en los niveles de presión arterial sistólica (mmHg) por comparador	57
Figura 14. Cambio en los niveles de presión arterial diastólica (mmHg) por patología o problema de salud	58
Figura 15. Cambio en los niveles de presión arterial diastólica (mmHg) por comparador	59
Figura 16. Cambio en los niveles de presión arterial media (mmHg) por patología o problema de salud	60
Figura 17. Cambio en los niveles de frecuencia cardíaca (pulsaciones/minuto) por patología o problema de salud	61
Figura 18. Cambio en los niveles de frecuencia respiratoria (respiraciones/minuto) por patología o problema de salud	62

Figura 19. Cambio en los niveles de frecuencia respiratoria (respiraciones/minuto) por comparador	63
Figura 20. Cambio en los niveles de saturación de oxígeno (porcentaje) por patología o problema de salud	64
Figura 21. Cambio en los niveles de calidad de sueño	65
Figura 22. Cambio en los niveles de calidad de sueño por comparador	66

Siglas y acrónimos

AMED	<i>Allied and Complementary Medicine Database</i>
BFI	<i>Brief Fatigue Inventory</i>
BDI-II	Inventario de Depresión de Beck-II
CES-D	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos
CLFA	<i>Czech List Fatigue Assessment</i>
COFENAT	Asociación Nacional de Profesionales y Autónomos de las Terapias Naturales
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
DASS-21	Depression Anxiety Stress Scale
DE	Desviación estándar
ECA	Ensayo controlado aleatorizado
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ETS	Evaluación de tecnología sanitaria
EVA	Escala Visual Analógica
FLACC	Escala de dolor en niños <i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability</i>
FSS	<i>Fatigue Severity Scale</i>
GC	Grupo control
GI	Grupo de intervención
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
IC	Intervalo de confianza
ICTRP	Plataforma de Registros Internacionales de Ensayos Clínicos de la Organización Mundial de la Salud (del inglés, <i>International Clinical Trials Registry Platform</i>)
MD	<i>Mean difference</i>
n	Tamaño de muestra
NRS	<i>Numeric Rating Scale</i>
PFS	<i>Piper Fatigue Scale</i>

RedETS	Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud
RFS	<i>Rhoten Fatigue Scale</i>
RS	Revisión Sistemática
STAI	<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>
SNS	Sistema nacional de salud
SMD	Diferencias medias estandarizadas (del inglés, <i>standardized mean difference</i>)
VASF	<i>Visual Analog Fatigue Scale</i>

Resumen dirigido a la ciudadanía

Nombre de la técnica con pretendida finalidad sanitaria	Reflexología podal (del pie)
Definición de la técnica e indicaciones clínicas	La reflexología podal consiste en la aplicación de presión o masaje sobre la planta del pie con la finalidad de producir efectos terapéuticos diversos en otras zonas del cuerpo u órganos, presumiblemente interconectados reflexológicamente. La literatura científica informa de su uso para numerosas y diferentes indicaciones clínicas, entre las que se incluyen: ansiedad ante una cirugía, tratamiento del dolor, depresión, menopausia y manejo de las emociones en personas con cáncer.
Calidad de la evidencia	La calidad de los estudios evaluados sobre la reflexología podal es baja, por lo que existe poca confianza en que los resultados obtenidos sean válidos.
Resultados claves	Se han realizado un buen número de estudios analizando la eficacia de la reflexología podal en problemas de salud muy diversos. Los resultados de los estudios publicados muestran que los pacientes tratados con reflexología podal no presentan diferencias en los niveles de dolor, fatiga, depresión, calidad de vida, calidad de sueño y presión arterial cuando se comparan con los pacientes tratados con masaje no reflexológico del pie (placebo). Únicamente se obtiene una mejora de dolor, fatiga, calidad del sueño y presión arterial cuando la reflexología se compara con tratamiento habitual o no intervención. En el caso de los niveles de ansiedad, se obtiene un beneficio de la reflexología frente a

	cualquier comparador, aunque atenuado cuando es comparado con placebo. Muy pocos estudios informan sobre la seguridad de la reflexología podal, no observándose eventos adversos de importancia relacionados con la aplicación de la técnica.
Conclusión final	La aplicación de la reflexología podal produce una pequeña mejora en los niveles de ansiedad de los pacientes en comparación con el masaje no reflexológico del pie (placebo). Para el resto de variables no se observan cambios comprobados científicamente. Las pruebas científicas disponibles parecen indicar que la reflexología podal es una técnica segura. La gran diversidad y baja calidad de los estudios, así como el reducido número de personas incluidas en estos estudios, no permiten establecer conclusiones definitivas en ningún caso.

Summary addressed to citizens

Name of the technique with health purposes	Foot reflexology
Definition of the technique and clinical indications	Foot reflexology involves the application of pressure or massage on the sole of the foot in order to produce various therapeutic effects in other body areas or organs, presumably interconnected reflexologically. Its use is reported in the scientific literature for numerous and different clinical indications, including: anxiety before surgery, pain treatment, depression, menopause and emotion management in people with cancer.
Quality of the evidence	The quality of assessed studies on foot reflexology is low so there is little confidence that the results obtained are valid.
Key results	A good number of studies have been carried out analysing the efficacy of foot reflexology in very diverse health problems. The results of published studies show that patients treated with foot reflexology do not show differences in levels of pain, fatigue, depression, quality of life, quality of sleep and blood pressure when compared to those treated with non-reflexological foot massage. Only an improvement in pain, fatigue, sleep quality and blood pressure is obtained when reflexology is compared to usual care or non-intervention. In the case of anxiety levels, a benefit is obtained with foot reflexology compared to any comparator although attenuated when compared to non-reflexological foot massage. Very few studies report on the safety of foot reflexology. No significant adverse events related to the application of the technique were observed.

Final conclusion

The application of foot reflexology produces a small improvement in patient anxiety levels as compared with non-reflexological foot massage (placebo). For the rest of the variables no scientifically proven changes are observed. The available scientific evidence seems to indicate that foot reflexology is a safe technique. The great diversity and low quality of the studies, as well as the small number of people included in these studies, do not allow us definitive conclusions to be established in any case.

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 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 reflexología de los pies o podal.

I.1. Descripción de la reflexología podal

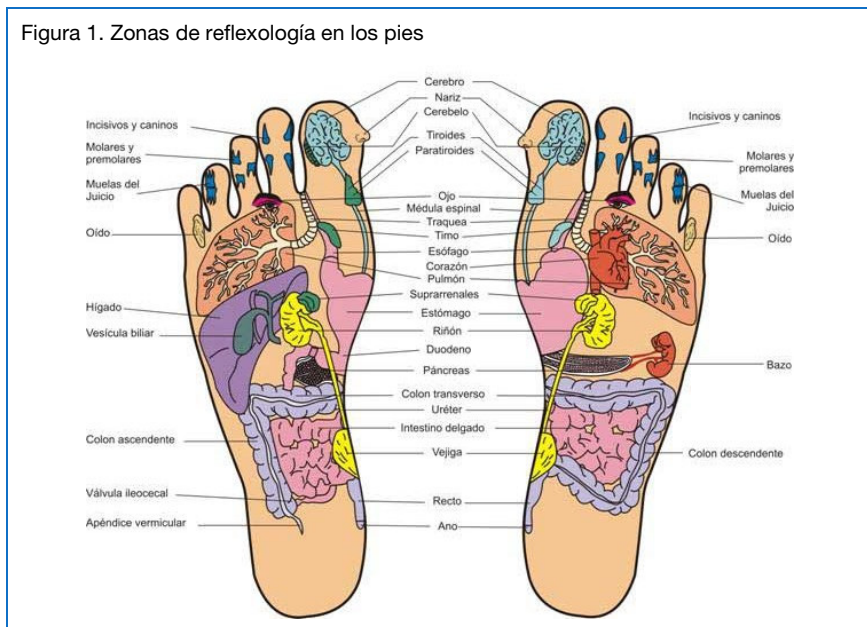
La reflexología es un tipo de técnica manual complementaria que consiste en la aplicación de presión o masaje sobre diferentes puntos del cuerpo humano (pies, manos, cráneo, orejas, espalda), con la finalidad de producir efectos terapéuticos diversos en otros territorios corporales u órganos, presumiblemente interconectados reflexológicamente [1]. Si bien sus antecedentes se remontan históricamente al antiguo Egipto, es a principios del siglo XX, cuando la reflexología moderna establece sus primeras bases científicas, impulsada por Fitzgerald [2]. A pesar de estos antecedentes, la literatura científica sobre reflexología emerge recientemente en la década de 1990 [3].

La reflexología podal es el tipo de reflexología más comúnmente aplicada. El fundamento básico parte de que el cuerpo humano está representado en el pie, lo que permite provocar estímulos remotos en los órganos internos, glándulas y diferentes partes del cuerpo mediante la presión de puntos y áreas concretas (zonas de reflejo) localizadas en la planta del pie (Figura 1). Así, cada punto de presión actuaría como sensor, relacionándose específicamente con partes remotas del organismo [4]. Sin embargo, este fundamento carece de plausibilidad biológica alguna.

Para guiar la aplicación de la reflexología podal, Fitzgerald propuso [2] ordenar el cuerpo humano de acuerdo con diez zonas longitudinales (similares a los meridianos de la medicina china), cruzadas por cuatro líneas transversales (líneas de los hombros, codo, cadera y pies); dando lugar a una retícula corporal. La reflexoterapia podal asume que la distribución de las partes del cuerpo, organizadas de acuerdo con este sistema reticular, está representada y fisiológicamente interconectada con el pie (dorso y planta). De este modo, sería posible localizar y estimular partes y órganos corporales remotos, mediante intervenciones manuales aplicadas en puntos y zonas concretas del pie. Estas intervenciones consisten en aplicar presión/masaje, con los pulgares, sobre puntos reflejos de la planta, el dorso, o el borde interno y externo de los pies. Tanto la frecuencia de aplicación terapéutica como la duración de cada sesión varían notablemente en los ensayos clínicos identificados, entre 1 [5] a 30 [6] sesiones; de 20 [7] a 45 minutos de duración cada una [8]. Los dos abordajes terapéuticos de mayor uso internacional son los métodos Ingham y Rwo Shur. Mientras que el primero no utiliza ningún tipo de instrumento de aplicación, en el segundo se suelen emplear, complementariamente, palos de madera [1]. La aplicación de reflexoterapia podal suele acompañarse de otros elementos

como la aromaterapia y música relajante, administradas en un ambiente agradable [2].

Figura 1. Zonas de reflexología en los pies



I.2. Descripción de las indicaciones clínicas

Parece existir consenso en que la reflexología podal es un procedimiento terapéutico de carácter complementario [1] que ofrece la oportunidad de profundizar en la relación terapéutica entre el paciente y el profesional; sugiriéndose un efecto favorable sobre el estrés y el desarrollo de resiliencia emocional y física [9]. Esta suposición explica su utilización complementaria en la intención de contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas [10–12].

Más concretamente, las indicaciones clínicas en las que se ha evaluado a la reflexología podal, mediante ensayos clínicos de calidad variable, son numerosas y heterogéneas. Entre ellas se incluyen el tratamiento de: estrés postoperatorio [14,15], cefaleas [16], asma [13,14], síndrome premenstrual [15], anovulación [16], hiperactividad del detrusor [8], diabetes tipo 2 [5], ictus cerebral [17,18], pacientes oncológicos en cuidados paliativos [5,6,11,19,20]; esclerosis múltiple [21–23], lumbalgia [24,25], síndrome del colon irritable [26], edema maleolar [27], síntomas

menopáusicos [28] y demencia [29]. Por otro lado, algunos autores han alertado sobre el riesgo de tratar con reflexoterapia a pacientes afectados por enfermedades graves [30]. Las aplicaciones con finalidad diagnóstica han sido cuestionadas y consideradas biológicamente inverosímiles [31,32].

Se han sugerido diferentes teorías para tratar de explicar el mecanismo de acción de la reflexoterapia, si bien ninguna ha podido confirmarse hasta la actualidad: 1) la teoría hemodinámica, que sugiere que el estímulo reflexológico intensifica el flujo sanguíneo en territorios remotos específicos [33]; 2) la teoría del impulso nervioso autonómico, que propone que la estimulación de puntos concretos del pie intensifica la conectividad nerviosa del sistema nervioso autónomo en órganos remotos [39]; y 3) la teoría endorfinica, que sugiere que la activación reflexológica estimularía la liberación de endorfinas, de forma similar a lo sugerido en la acupuntura [34,35]. A esta incertidumbre sobre el posible mecanismo de acción de la reflexología podal se añade la ausencia de pruebas sobre sus efectos en parámetros fisiológicos y bioquímicos que pudieran actuar como mediadores de la respuesta [34].

En términos de seguridad, y a pesar de no existir pruebas científicas que lo justifiquen, algunos autores recomiendan evitar la aplicación de la reflexoterapia durante el primer trimestre de gestación (independientemente del nivel de riesgo del embarazo); en procesos intercurrentes que cursen con diarrea y vómitos (posible intensificación); cuando existan inflamación o infecciones cutáneas localizadas en áreas de aplicación del masaje (pie, mano, oreja); o en procesos infecciosos acompañados o no de fiebre. La trombosis y la embolia son también contraindicaciones para aplicar reflexoterapia [1].

I.3. Opciones terapéuticas habituales de referencia

Existe un amplio grado de acuerdo internacional en que la reflexología podal no constituye una alternativa terapéutica para ningún problema de salud grave; y que su aplicación encuentra lugar en el uso complementario junto con terapias de efectividad y seguridad probadas. Dado que no existen indicaciones específicas de la reflexología podal para enfermedades físicas o mentales, no es posible describir las opciones habituales de tratamiento.

II. Alcance y objetivo

El presente informe pretende identificar, evaluar críticamente y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la eficacia y seguridad de la reflexología podal para el abordaje de cualquier indicación clínica o condición de salud.

La población diana está compuesta por pacientes de cualquier edad con cualquier patología o condición clínica considerados para la aplicación de reflexoterapia podal.

El informe está dirigido a todos los profesionales sanitarios y gestores sanitarios, así como a los propios pacientes diana, sus familiares y la población en general.

III. Metodología

Este informe se ha realizado de acuerdo a la Guía para la elaboración y adaptación de informes rápidos de evaluación de tecnología sanitaria (ETS) desarrollada en la RedETS [36].

Para alcanzar el objetivo propuesto, se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica disponible sobre la seguridad y eficacia de la reflexología podal.

Como primer paso, se realizó una búsqueda inicial de posibles revisiones sistemáticas previas en las bases de datos *Trip Database*, *DARE del Centre for Reviews and Dissemination* (CRD) y *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR). El objetivo de esta búsqueda fue identificar posibles revisiones sistemáticas previas que, por su alcance y rigor metodológico, pudieran ser objeto de actualización. La calidad de las revisiones sistemáticas fue valorada con el instrumento AMSTAR [37]. Estos documentos se utilizaron también para localizar estudios primarios no identificados en la búsqueda electrónica posterior.

Se identificó una RS publicada por Ernst *et al.* en el año 1997 [38], actualizada posteriormente en los años 2009 [39] y 2011 [40], que evalúa la evidencia disponible sobre la efectividad de la reflexología en cualquier parte del cuerpo (no solo en los pies) para tratar cualquier condición médica. Tras la valoración detallada de su objetivo y alcance así como de su calidad metodológica, que se consideró alta, se decidió actualizar dicha revisión (a partir de ahora identificada como RS de Ernst *et al.*) [40]. Dado que el alcance de la RS de Ernst *et al.* es más amplio que la revisión planteada para dar respuesta al objetivo del presente informe (además de la reflexología podal abarca reflexología en cualquier otra parte del cuerpo y considera los estudios publicados en cualquier idioma), solo se consideraron los estudios incluidos por Ernst *et al.* que cumplieron nuestros criterios de selección preestablecidos.

Se elaboró un protocolo en el que se especificó el objetivo de la actualización, la estrategia de búsqueda, las bases de datos electrónicas para efectuar la búsqueda, los criterios de selección de estudios y los procedimientos de síntesis de resultados a utilizar. Estos acuerdos adoptados a priori se exponen a continuación en detalle.

III.1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas sistemáticas de artículos publicados desde 2010 (fecha de búsqueda de la última actualización de la RS de Ernst *et al.*) hasta la actualidad, en las bases de datos electrónicas que se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 1. Bases de datos bibliográficas consultadas		
Base de datos	Plataforma de acceso	Fecha búsqueda
Medline (all)	Ovid	04/07/2019
Embase	Elsevier	04/07/2019
Cohrane	Wiley	04/07/2019
AMED	Ovid	05/07/2019
AMED: Allied and Complementary Medicine Database		

La estrategia de búsqueda utilizada se diseñó inicialmente para MEDLINE a partir de la estrategia empleada en la RS de Ernst *et al.*, combinando vocabulario controlado junto con términos en texto libre en torno a los términos: *reflexology*, *foot reflexotherapy*, *reflexological treatment*. No se aplicaron restricciones por idioma. Esta estrategia fue posteriormente adaptada a las demás bases de datos consultadas. Las estrategias completas empleadas en las diferentes bases de datos se muestran en el Anexo 1.

Las referencias bibliográficas obtenidas en cada base de datos se importaron a un archivo del programa *Reference Manager Edition* Versión 10© (*Thomson Scientific*, EE.UU.), para la eliminación de referencias duplicadas. Posteriormente, dicho archivo se exportó a una hoja de Microsoft Excel 2013 (*Microsoft Corporation*) donde se pudo completar la eliminación de referencias duplicadas y se realizó a continuación la selección de estudios.

La búsqueda de estudios publicados se completó con la revisión de los listados bibliográficos de las revisiones sistemáticas previas identificadas. También se revisó toda la bibliografía aportada por las organizaciones profesionales y de usuarios relacionadas con la reflexología que fueron consultadas (ver Apartado III.5 Participación de

los agentes de interés). Concretamente se recibió información de parte de la Asociación Nacional de Profesionales y Autónomos de las Terapias Naturales (COFENAT) y de la Asociación para el Estudio y Difusión de las Reflexologías (Edireflex).

Con el objetivo de localizar posibles estudios sobre la reflexología podal que estén en la actualidad planificados o en ejecución, se consultó la Plataforma de Registros Internacionales de Ensayos Clínicos de la Organización Mundial de la Salud (*International Clinical Trials Registry Platform*, ICTRP).

III.2. Selección de estudios

Cuatro revisores seleccionaron por pares, de forma paralela e independiente, los estudios a partir de la lectura de los títulos y resúmenes localizados a través de la búsqueda de la literatura. Los artículos seleccionados como relevantes fueron analizados a texto completo por los dos revisores de forma independiente, que los clasificaron como incluidos o excluidos de acuerdo con los criterios de selección especificados. Los revisores contrastaron sus opiniones y, cuando hubo dudas o discrepancias, éstas fueron resueltas tras discusión. Cuando no hubo consenso se consultó con los otros dos revisores y, cuando fue necesario, con un quinto revisor. Las discusiones y los acuerdos quedaron documentados.

Se seleccionaron los trabajos originales publicados que evalúan la seguridad y eficacia de la reflexología podal para el tratamiento de cualquier indicación clínica y que cumplan los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Diseño de estudios

Se seleccionaron únicamente ensayos clínicos aleatorizados (ECA).

Las revisiones sistemáticas previas de interés que fueron encontradas se utilizaron con el objetivo de localizar estudios primarios relevantes que no se hubieran recuperado en la búsqueda electrónica.

Se excluyeron, por tanto, los siguientes diseños:

- Estudios cuasi experimentales (ensayos clínicos no aleatorizados)
- Estudios observacionales
- Estudios descriptivos (series de casos o casos aislados)
- Revisiones narrativas y opiniones de expertos
- Editoriales, cartas al editor y opiniones
- Resúmenes de congresos

- Tesis doctorales

Tipo de participantes

Personas de cualquier edad con cualquier patología o problema/condición de salud (embarazadas, mayores, etc.).

Los estudios en voluntarios sanos fueron excluidos. Así mismo, fueron excluidos los estudios realizados en animales.

Tipo de intervención

Aplicación de reflexología podal, como modalidad independiente, por reflexólogo/a entrenado/a. Se consideró cualquier método de reflexología (Ingham, Rwo Shur, Marquardt, etc.).

Se excluyeron los estudios que evalúan el masaje no reflexológico de pie o una combinación de reflexología con otras modalidades. También se excluyeron los estudios sobre intervenciones neurorreflejo terapéicas o aquellas relacionadas con la implantación de cualquier dispositivo en cualquier parte del cuerpo. Los estudios que evaluaban reflexología aplicada por familiares, amigos o cuidadores fueron igualmente excluidos.

Tipo de comparadores

Reflexología placebo (reflexología simulada, de tal manera que el paciente crea que se le está aplicando reflexología), masaje de pies no específico, cuidado convencional.

Los estudios que utilizan como comparador la aplicación de reflexología podal con un método distinto u otras terapias alternativas o complementarias fueron excluidos.

Tipo de medidas de resultados

Se consideraron los estudios que informan alguno de los siguientes resultados:

Eficacia: reducción de síntomas físicos, reducción de síntomas psicológicos y mejora de la calidad de vida relacionada con la salud (general y específica, física y/o mental), siempre y cuando hayan sido valorados mediante instrumentos validados, u otras medidas cuantificables como número de hospitalizaciones, número de visitas a urgencias.

Seguridad: efectos adversos

Los estudios que informan de medidas no relacionadas con el ámbito de la salud (p. ej., rendimiento escolar) fueron excluidos.

Idioma de la publicación

Los artículos debían estar publicados en inglés o español para que fueran seleccionados.

III.3. Valoración de la calidad de los estudios

La evaluación de las limitaciones metodológicas de los estudios seleccionados, tanto los considerados de la RS de Ernst *et al.* como los localizados en la actualización de la búsqueda, ha sido realizada por tres revisores utilizando la escala RoB-2 desarrollada por la Colaboración Cochrane para la valoración del riesgo de sesgo de los ECA [41] (Anexo 2). Esta herramienta evalúa si se evitaron o minimizaron los potenciales sesgos de selección (si la generación de la secuencia de asignación de los sujetos a cada grupo fue aleatoria y si se hizo de manera adecuada); de realización y detección (si se utilizaron métodos de enmascaramiento adecuados en la asignación a los grupos y de la medida de resultado), de desgaste (si hubo abandonos y pérdidas en el seguimiento y limitaciones en el análisis de los datos perdidos) y el de descripción de los resultados (discrepancia entre las medidas del protocolo y de las publicaciones), entre otros.

La evaluación de cada estudio fue llevada a cabo por un solo revisor. Las dudas fueron resueltas por consenso entre los revisores.

Atendiendo a la clasificación de los mencionados criterios, los artículos se clasificaron globalmente como con bajo, poco claro o alto riesgo de sesgo.

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

La extracción de datos de los estudios seleccionados, tanto los considerados de la RS de Ernst *et al.* como los localizados en la actualización de la búsqueda, ha sido realizada por cinco revisores utilizando una hoja electrónica en formato Excel (Microsoft®) diseñadas *ad hoc*.

Inicialmente, para unificar criterios de extracción, se realizó una prueba piloto de extracción de datos de uno de los estudios por parte de

todos los revisores de forma independiente. A partir de ahí, la extracción de cada estudio fue llevada a cabo por un solo revisor y comprobada por un segundo revisor. Cuando hubo desacuerdo entre ambos revisores, se resolvió tras discusión y, cuando no hubo consenso, se consultó con un tercer revisor. Las discusiones y los acuerdos quedaron documentados.

De manera resumida, los datos extraídos fueron los relacionados con: la identificación del estudio (autores, fecha de publicación, país donde se realizó el estudio, financiación, etc.), el diseño y metodología (duración del estudio, características de los pacientes, descripción de las intervenciones y el comparador, medidas de resultados evaluados, tipo de análisis, etc.) y los resultados del estudio, con especial atención a su variabilidad (desviaciones típicas, varianzas, p-valores, tamaños de muestra, etc.).

Cuando se identificaron diferentes publicaciones presumiblemente sobre la misma muestra de pacientes (artículos vinculados), se extrajeron los datos como si de un único estudio se tratara para evitar la posible duplicación de resultados.

La información recopilada se sintetizó de manera narrativa con tabulación de los resultados de cada estudio incluido para todas las medidas de resultado (medias para las medidas continuas y proporciones para las dicotómicas). Se realizó una síntesis cuantitativa mediante meta-análisis de los resultados de la eficacia de la reflexología podal para el abordaje de cualquier indicación clínica o condición de salud usando el programa estadístico *Review Manager (RevMan) computer program* (versión 5.3. Copenhagen: *The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration*, 2014).

Se registró el cambio medio desde la línea base para cada grupo y su desviación estándar (DE). Se estimó el efecto del tratamiento utilizando el método genérico del inverso de la varianza y las diferencias medias estandarizadas (SMD). Para todas las medidas se calcularon los intervalos de confianza del 95% (IC95%) [42].

La heterogeneidad fue evaluada mediante la representación gráfica de los efectos estimados y sus IC al 95% y se realizó el test estadístico de heterogeneidad de la χ^2 previo a cada meta-análisis, al que se le ha aplicado un criterio conservador del nivel de significación, usando un P-valor $< 0,01$, evitando así los problemas debido a la baja potencia del test y, consiguientemente, al error tipo II [43]. También se obtuvo el estadístico de la I^2 para calcular el porcentaje de variabilidad debida a heterogeneidad entre estudios y no al azar [44]. Se consideró que la heterogeneidad era alta o considerable por encima del 75%, moderada entre 25 y 75% y baja por debajo del 25%.

Cuando el test de la χ^2 mostró heterogeneidad, el P-valor fue inferior a 0,01 o el estadístico de la I^2 fue superior al 40% [45], se emplearon modelos de efectos aleatorios. De lo contrario, se aplicaron modelos de efectos fijos y se realizó un análisis de sensibilidad eliminando un estudio cada vez para comprobar la aportación individual de cada estudio a la heterogeneidad observada.

Se especificó a priori la siguiente variable confusora para un potencial análisis de subgrupos por indicación clínica o condición de salud, por escala con la que se mide la medida de resultado y por comparador (reflexología placebo o cuidado convencional).

Por último, la contribución individual de cada estudio a la heterogeneidad observada se analizó excluyendo un estudio cada vez en los casos en los que se encontró un fundamento clínico o metodológico. Si los resultados de los distintos meta-análisis así obtenidos eran similares, es decir, el efecto tenía una misma dirección, magnitud y significación estadística, se concluyó que el resultado del meta-análisis tenía solidez.

III.5. Participación de los agentes de interés

La implicación de los agentes con interés en la tecnología a evaluar (reflexología podal) 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 reflexología 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 3). 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. Finalmente se obtuvo respuesta de seis organizaciones (Anexo 3).

A lo largo del proceso de elaboración del presente informe se contó con la colaboración de cuatro de los representantes de estas organizaciones que respondieron (Bibiana Carrasco, Ángeles Hinojosa, Enric Alzamora y Joaquín Muñoz), reconocidos expertos en reflexología, para aclarar dudas sobre la tecnología y revisar el protocolo de trabajo. Además, se les pidió que revisaran la primera versión del presente informe para lo que únicamente obtuvimos respuesta de Enric Alzamora. Sus aportaciones en ningún caso modificaron el alcance, diseño y plan de trabajo establecido ni las conclusiones del informe.

En febrero de 2021 se sometió el informe preliminar a una revisión externa, en la que fueron invitadas a participar organizaciones relacionadas con la técnica, 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 6 organizaciones, recogidas en el Anexo 3.

IV. Resultados

IV.1 Resultado de la búsqueda bibliográfica

La consulta en todas las bases de datos electrónicas produjo 732 referencias una vez eliminados los duplicados (ver Figura 2). Se seleccionaron 104 artículos potencialmente relevantes para ser analizados en detalle a texto completo, de los cuales 49 no cumplieron los criterios de selección establecidos. Si bien muchos de estos artículos fueron excluidos por no cumplir más de un criterio, en el Anexo 4, donde aparecen listados, se muestra la razón principal para su exclusión por tipo de estudio/diseño, participantes, intervención, comparador, medidas de resultado informadas e idioma.

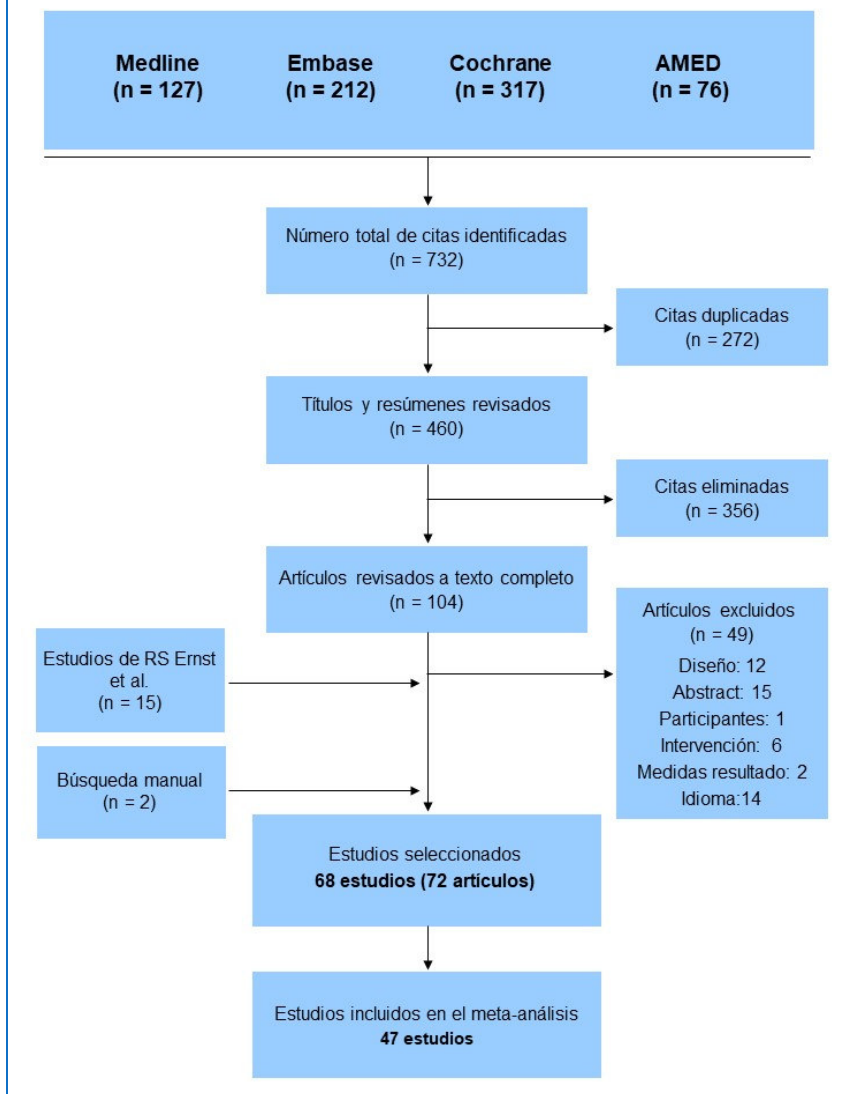
Del total de 23 estudios incluidos en la última actualización de la RS de Ernst *et al.* [40], se pudieron incluir 15 estudios [7,8,11,14,16,19–22,24–29]. En el Anexo 4 se pueden consultar los estudios de Ernst *et al.* que no cumplen los criterios de selección preestablecidos y, por tanto, quedaron excluidos de esta evaluación.

El examen de los listados bibliográficos de las RS previas identificadas llevó a la localización de dos estudios adicionales que pudieron ser incluidos [46,47]. El texto completo de otros dos estudios no pudo conseguirse [48,49] y, por tanto, han quedado sin evaluar.

La selección final consiste en 68 ECA publicados en inglés entre los años 2000 y 2019 [7,8,11,14,16,19–22,24–29,46,47,50–100]. De los 68 ensayos, 28 se realizaron en Irán [50,53–56,61,65,66,70,72,73,79,83,89,92,94,99], 13 en Turquía [46,57,58,63,64,67–69,76,80–82,84–88,90,91,93,95–98], 11 en Reino Unido [11,16,19,20,22,24–26,28,74,78], tres en EE.UU [29,71,100], 2 estudios en Brasil [60,62], Irlanda [22,59] y Taiwán [22,59], y un solo estudio en Australia [27], China [8], Dinamarca [14], Egipto [51] y Polonia [75]. Tres de los estudios han sido informados en más de un artículo. En concreto, Close *et al.* 2016 [59] tienen dos publicaciones vinculadas [101,102], Bahonar *et al.* 2019 [55] tiene una [103] y Nazari *et al.* 2015 [83] una también [104].

En la plataforma de registros internacionales de ensayos clínicos ICTRP se encontraron 77 ECA en fase de ejecución sobre los efectos de la reflexología. Sus principales datos pueden consultarse en el Anexo 5. Ninguno de ellos informa de la fecha prevista de finalización, salvo el estudio con número de registro ISRCTN87414969 (30/12/2019).

Figura 2. Descripción gráfica del proceso de selección de estudios



IV.1.1 Características de los estudios incluidos

A continuación, se sintetizan las características más relevantes de los estudios seleccionados. En el Anexo 6 se muestran en diversas tablas las características por estudio.

IV.1.1.1 Diseño de los estudios

De acuerdo al criterio de inclusión preestablecido sobre el diseño de los estudios, todos los estudios incluidos son ECA. Catorce de los 68 estudios son multicéntricos (Tabla 6.1 en Anexo 6). La mayoría tienen dos brazos de estudio, 23 tienen tres, dos tienen cuatro y un estudio consta de seis. Para el presente informe, en los estudios con más de dos brazos, sólo se han considerado los brazos de comparación que cumplieran los criterios de selección preestablecidos sobre el tipo de comparador (reflexología placebo, masaje de pies no específico, cuidado habitual).

El ámbito de realización de los estudios es bastante dispar. La mayoría, un total de 26, fueron realizados en el ámbito hospitalario, cinco en centros médicos, tres en centros de salud, otros tres en centros o clínicas de rehabilitación, dos en residencias de ancianos y un solo estudio en centro de hemodiálisis, clínicas prenatales, clínicas oncológicas, centros postparto, unidad de atención coronaria de una universidad y, por último, en una residencia universitaria. Un total de 23 estudios no informan.

La duración del seguimiento de los pacientes entre los estudios también es variable. En la mayoría de estudios, un total de 40, no se realiza seguimiento de los pacientes más allá de la intervención. Nueve estudios no informan del seguimiento realizado. En los demás, el seguimiento varía de 2 a 13 semanas, con una media de 7,3 semanas (DE: $\pm 3,1$).

Todos los estudios proporcionaron al menos detalles básicos de los requisitos de reclutamiento de los participantes.

IV.1.1.2 Características de los participantes

Entre los 68 estudios se reclutaron 4.891 participantes: en 2.033 se aplicó reflexología podal, en 1.447 reflexología placebo, en 1.411 se aplicó cuidado habitual o no se aplicó intervención. El tamaño de la muestra de los estudios varió entre 12 [19,74] y 740 [63], con un promedio de 90,6 participantes por estudio (DE: ± 14).

Las características demográficas y clínicas basales de los participantes asignados a cada grupo en cada estudio se muestran en la Tabla 6.2 del Anexo 6.

Un total de 22 estudios fueron realizados únicamente en mujeres y 3 únicamente en hombres. El valor promedio del porcentaje de mujeres incluidas en los estudios se sitúa en aproximadamente 72,5%.

Un total de 45 estudios se realizaron exclusivamente en adultos [7,8,11,16,19,22,24,27,28,46,50–52,55,57,59–61,64,65,68–70,72,74,75,77,78,80,81,83–85,88–98,100], cinco estudios en personas mayores (>60 años) [29,56,62,71,99], tres estudios en niños (<6 años) [58,67,76] y, por último, uno en niños y jóvenes (hasta 18 años) [87]. El resto de estudios no incluye la edad como criterio de selección. La edad media de los participantes entre los estudios que facilitan esta información se situó en 46,8 años (DE: $\pm 9,9$), con un rango de edad que osciló entre 3 y 89 años.

El número de problemas de salud tratados con reflexología en los estudios seleccionados es realmente alto si bien, para una gran parte de ellos, solo hay un ECA disponible. Hay 11 en pacientes con cáncer [11,19,20,63,70,71,73,84,85,97,100]; siete en enfermedad cardiovascular (candidatos o programados para cirugía de revascularización coronaria, angiografía, cirugía cardíaca, etc.) [46,50,54,65,81,82,89]; cinco en esclerosis múltiple [21,22,78,83,95]; cuatro estudios en pacientes con dolor lumbar [24,25,62,66] y otros cuatro en embarazadas [27,51,59,94]; tres en pacientes en hemodiálisis [86,91,96], asma/EPOC [14,47,61] y parto [64,80,98]; dos estudios en parálisis cerebral [67,87], artritis reumatoide [57,68], menopausia [28,69], migraña/cefalea [72,75], postcirugía (uno general y otro de cáncer digestivo) [7,52] y postparto [77,79]; y un estudio en síndrome coronario agudo [56], deterioro de los pies en diabetes mellitus tipo 2 [60], dismenorrea primaria [53], estreñimiento funcional [58], hiperactividad idiopática del músculo detrusor [8], previo a endoscopia gastrointestinal alta [90], estado comatoso [55], pacientes sin trauma con pérdida de conciencia y bajo ventilación mecánica en UCI [93], insuficiencia cardíaca [74], mujeres histerectomizadas [88], pacientes candidatos a broncoscopia [92], anovulación [16], síndrome del intestino irritable [26], vacunación infantil [76] y demencia [29] y trastorno del sueño en ancianos [99].

IV.1.1.3 Características de la intervención

Las características más relevantes de la intervención con reflexología podal en los estudios seleccionados se recogen en la Tabla 6.3 del Anexo 6.

El número de sesiones de reflexología aplicadas varió de únicamente una sesión en un número amplio de estudios [7,8,19–22,24,25,29,46,52,56,64,65,76,80–82,89,90,92] a 24 sesiones [87]. La duración de cada sesión de reflexología varió entre tan solo 4,5 minutos [74] y 1 hora [11,16,24,57,78,98], situándose la duración media entre los estudios que facilitan esta información en aproximadamente 32 minutos. En la mayor parte de los estudios la periodicidad de las sesiones fue de una sesión al día [7,8,19,27,46,50,53,54,56,64,65,70,73,76,77,79,80,82,85,88–90,92,93], pero hay estudios cuya periodicidad fue de dos veces al día [55,72]. Diecisiete estudios realizaron las sesiones una vez a la semana [11,14,16,20–22,24,25,29,47,57,59,62,68,71,78,99] y 22 estudios sesiones variables entre dos y cinco sesiones a la semana [26,51,58,60,61,63,66,67,69,75,83,84,86,87,90,94–98,100]. Dos estudios no informaron sobre la periodicidad de las sesiones [52,74]. En general, el proveedor de la reflexoterapia fue un reflexólogo certificado, en algunos casos uno de los propios investigadores del estudio. Quince estudios no informan sobre quién fue el profesional que aplicó la reflexoterapia [27,46,83,84,91,95,98,51,53,66,67,73,75,79,80]. Se intentó sin éxito contactar con los autores de estos estudios con el objetivo de aclarar este punto. No obstante, finalmente se decidió incluirlos dado que no indican que la reflexología fuese aplicada por familiares, amigos o cuidadores.

IV.1.1.4 Características del comparador

Un total de 23 estudios compararon la reflexología podal con placebo (reflexología simulada o algún tipo de masaje de pie) [8,14,54,62,66,69,71,73–75,78,79,16,80,81,84,19,21,22,25,26,28,29], 26 estudios la compararon tanto con placebo como con tratamiento habitual [11,24,27,50,52,53,55,56,59,61,63–65,68,72,83,87,89–91,94–97,99,100] y 19 estudios únicamente con el tratamiento habitual [7,20,46,47,51,57,58,60,67,70,76,77,82,85,86,88,92,93,98] (ver Tabla C del Anexo 6.).

IV.1.1.5 Medidas de resultado

Las medidas de resultado utilizadas en cada uno de los estudios incluidos se muestran en la Tabla 6.4 del Anexo 6.

La variable ansiedad fue medida por los instrumentos *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) [50,53,54,59,73,82,88,100], *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) [7,11,16,78,95], *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS-21) [79,90] y una escala visual analógica (EVA) de ansiedad [52,92].

La variable depresión fue evaluada mediante la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) [100] y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) [22,24].

La calidad de vida fue medida mediante los cuestionarios *SF-36 Health Survey* (SF-36) [14,24,25], *EORTC quality of life questionnaire* (EORTC-QOL-C30) [85,105], *Functional Assessment of Cancer Therapy* (FACT) [11,100], *Multiple Sclerosis Impact Scale-29* (MSIS-29) [22,78], *King's Health Questionnaire* (KHQ) [8], *Multidimensional Quality Of Life Scale* (MQOLS) [63], *Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire* (MENQOL) [69], *Pediatric Quality of Life Inventory* (PedsQL) [87], escala visual analógica [19] y *Airways Questionnaire 20* (AQ20) [47].

La variable fatiga fue evaluada mediante los instrumentos *Fatigue Severity Scale* (FSS) [22,68,70,83,84], *Brief Fatigue Inventory* (BFI) [63,100], *Numeric Rating Scale* (NRS) [81], *Piper Fatigue Scale* (PFS) [86], *Visual Analog Fatigue Scale* (VASF) [96], *Rhoten Fatigue Scale* (RFS) [56] y *Czech List Fatigue Assessment* (CLFA) [94].

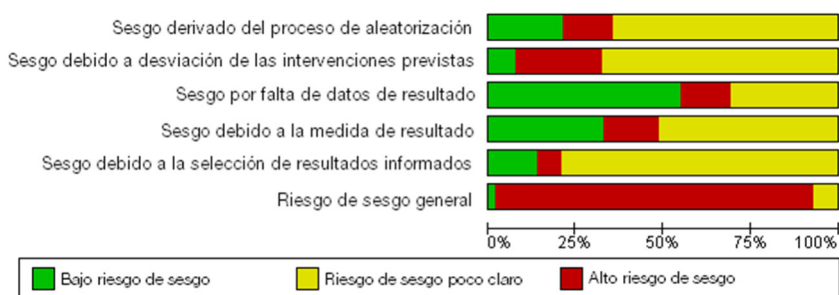
La variable dolor fue evaluada mediante una escala visual analógica de dolor [7,22,24,25,53,57,59,68,72–75,78,86,88,98,100], la escala de dolor en niños *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC) [76], el *Checklist of nonverbal pain indicators* [29] y una escala de cinco puntos para medir la intensidad del dolor [19].

La variable sueño fue evaluada mediante los instrumentos *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) [57,77,96,99] y una escala visual analógica de calidad de sueño [78].

IV.1.2 Calidad metodológica de los estudios incluidos

La valoración del riesgo de sesgo y la calidad metodológica de los estudios incluidos se recoge en la Figura 3. Una descripción más detallada de cada estudio se muestra en el Anexo 7.

Figura 3. Riesgo de sesgo de los estudios incluidos



En la gran mayoría de los estudios no se ofrece información sobre aspectos metodológicos básicos como el método de aleatorización, ocultación de la asignación o cegamiento de participantes y evaluadores. Esto indica que dichos estudios presentan riesgo de sesgo en estos dominios, lo que afecta a su calidad metodológica. Salvo en el caso de cáncer, embarazo, pacientes candidatos o programados a cirugía de revascularización coronaria, esclerosis múltiple, dolor lumbar y en pacientes en hemodiálisis, sólo se han identificado uno o dos estudios para cada problema de salud, con muestras generalmente pequeñas. Los estudios no disponen de un protocolo donde consultar la metodología y análisis planeados y, en algunos casos, estos últimos se realizaron sólo con los participantes que completaron el estudio, en lugar de incluir a todos los pacientes aleatorizados (análisis por intención-de-tratar). Además, a pesar de la aleatorización, en algunos estudios no se consiguieron grupos comparables en todas las características basales.

En base a estas limitaciones, la calidad de la evidencia científica global sobre la eficacia y seguridad de la reflexología podal ha sido calificada como baja.

IV.2. Descripción y análisis de resultados

IV.2.1 Seguridad

Catorce de los 68 ECA considerados incluyeron información sobre la seguridad de la reflexología podal [59] [61] [63] [64] [29] [71] [21] [20] [25] [79] [78] [74] [22] [16]. En doce de estos estudios no se observaron

eventos adversos que se pudieran relacionar con la aplicación de la reflexología [59] [61] [63] [64] [29] [71] [21] [25] [79] [78] [74] [22].

Close *et al.* 2016 [59] informan que una participante del grupo de reflexología tuvo un mortinato a las 41 semanas de gestación y otra mujer dio a luz a un bebé con un problema cardíaco que murió tres semanas después del nacimiento. Sin embargo, el personal clínico de la unidad de maternidad consideró que ninguno de los dos eventos estaba relacionado con el estudio. Por otro lado, en el estudio de Holt *et al.* 2009 [16], no se presentaron efectos adversos importantes aunque informaron de que varios pacientes en el grupo de reflexología comunicaron molestias durante el tratamiento (sin especificar el número de pacientes). Finalmente, en el estudio de Ross *et al.* 2002 [20], se observó una mayor frecuencia de molestias en los pies en el grupo de reflexología (6 reflexología, 2 masajes de pies) aunque la frecuencia de otros efectos, posiblemente atribuibles a la terapia, como náuseas, temblores o trastornos del sueño, estuvo equilibrada (2 reflexología, 2 masajes de pies).

IV.2.2 Eficacia

Del total de estudios incluidos, 38 obtienen efectos positivos [19,21,29,50–54,56,57,63,64,66–70,72,73,75–77,79,80,82,85–94,96,97,100], 24 no pudieron demostrar que la reflexología produjo algún efecto [7,11,14,16,20,22,24–28,47,55,59,65,71,74,78], y en seis no está clara la dirección de los resultados [8,46,60,62,95,98]. Los resultados obtenidos se describen a continuación para cada medida de resultado.

IV.2.2.1 Ansiedad

En total, 19 estudios (n=1.455) compararon la reflexología podal con una intervención control, con [16,20,50,54,73,78,79,82,100] o sin masaje placebo [7,11,52,53,59,88–90,92,95], e informaron sobre el cambio en los niveles de ansiedad desde los valores iniciales (pre-intervención) hasta los valores finales o post-intervención [7,11,16,20,50,52–54,59,73,78,79,82,88–90,92,95,100]. Sin embargo, en el estudio de Ramezanibadr *et al.* [89] no se aportó información suficiente para ser incluido en el análisis y en el estudio de Ross *et al.* [20] se informó del resultado de ansiedad y depresión de manera conjunta a través de la puntuación global en la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS).

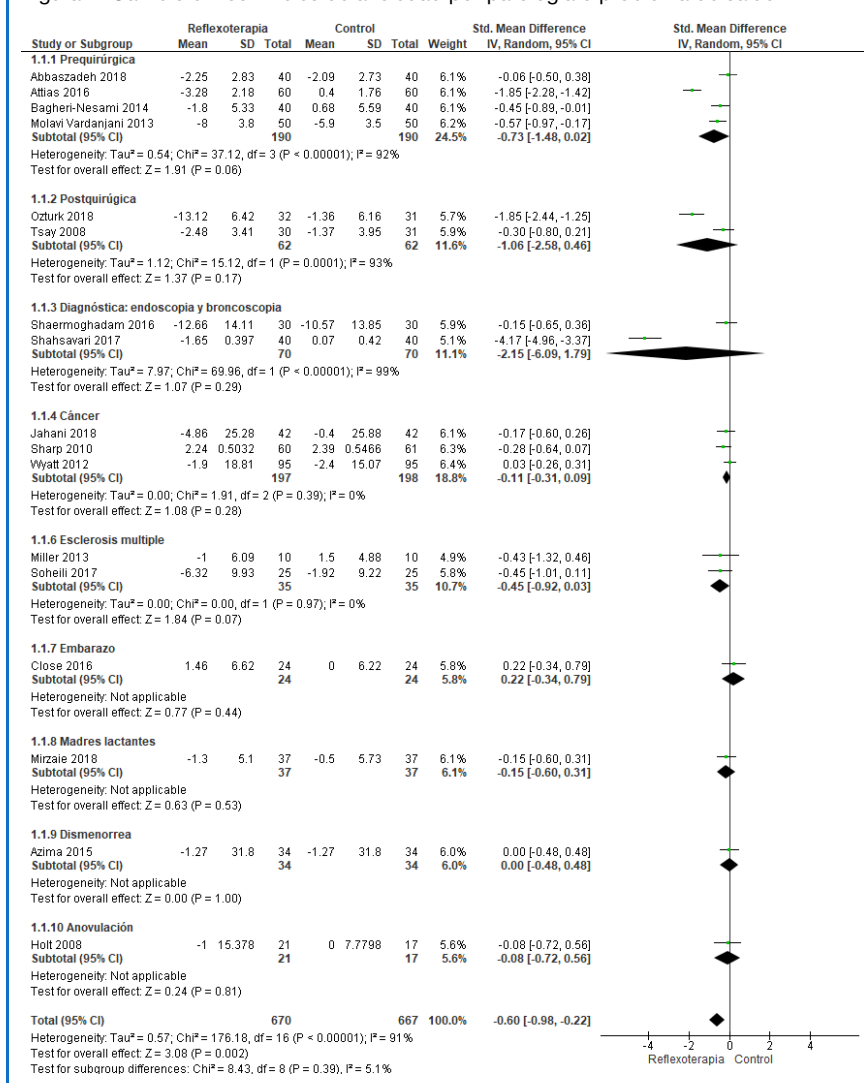
En el análisis, 5 estudios reclutaron a pacientes en el periodo perioperatorio, 4 a pacientes candidatos a cirugía (n= 380) [50,52,54,82] y 2 a pacientes sometidos a cirugía (n= 124), de histerectomía abdominal [88] y otro cirugía de cáncer digestivo o hepático [7]. Tres estudios

incluyeron a 396 participantes con cáncer [11,73,100], uno de ellos con metástasis [73], uno en estadios III, IV, metástasis o recurrencia [100] y uno a pacientes en estadios tempranos de cáncer de mama [11]. Dos estudios reclutaron a pacientes que iban a ser sometidos a pruebas diagnósticas (n=140), endoscopia gastrointestinal [90] y broncoscopia [92], dos estudios a pacientes con esclerosis múltiple (n= 70) [78,95], un estudio a mujeres embarazadas [59], un estudio a madres lactantes [79], un estudio a mujeres con dismenorrea [53] y un último estudio a mujeres en edad fértil con anovulación [16].

En general, se observa un efecto positivo del tratamiento con reflexología en los niveles de ansiedad en comparación con tratamiento estándar o masaje placebo. Sin embargo, se obtiene un nivel de heterogeneidad considerable (SMD= -0,60; IC95%: -0,98, -0,22; [heterogeneidad: $\text{Tau}^2= 0,57$; $\text{Chi}^2= 176,18$, $\text{df}= 16$; $P< 0,01$; $I^2 = 91\%$; $k= 17$; $n= 1.337$).

En un análisis por patología o problema de salud, como se observa en la Figura 4, no se encuentran diferencias entre los subgrupos ($\text{Chi}^2= 8,43$, $\text{df}= 8$; $P= 0,39$, $I^2= 5,1\%$). Asimismo, se observa que el efecto global en cada uno de los subgrupos no es significativo y tan solo los grupos de pacientes con ansiedad prequirúrgica y esclerosis son tendentes a la significación, si bien son los que, junto con el incremento del tamaño total de la muestra, generan significación en el estimador global.

Figura 4. Cambio en los niveles de ansiedad por patología o problema de salud



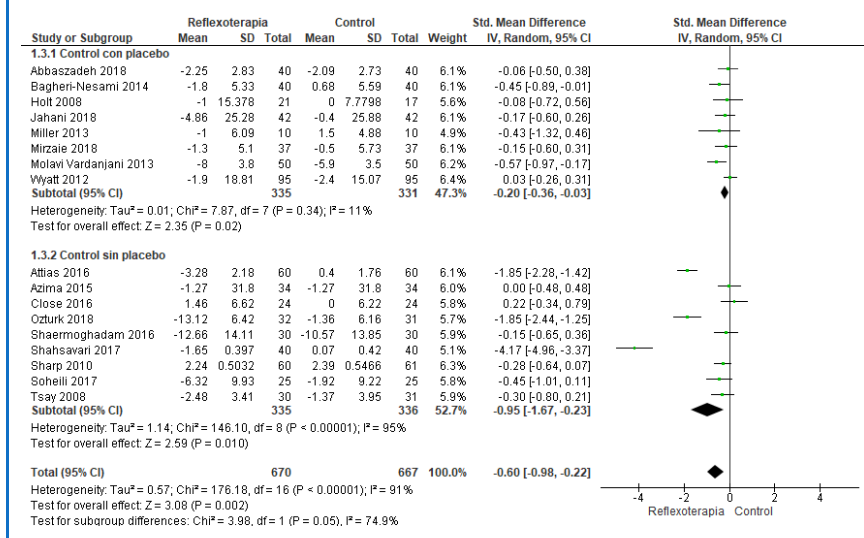
En relación a la heterogeneidad, se mantiene en niveles considerables, excepto en el subgrupo de pacientes con esclerosis múltiple y de pacientes con cáncer (ver Figura 4). Con el fin de controlar la heterogeneidad y dado que no se encontraron diferencias entre los subgrupos por patología o problema de salud, se planteó un análisis de sensibilidad eliminando los estudios uno a uno. Sin embargo, esta

eliminación no modificó sustancialmente el nivel de heterogeneidad estadística encontrada.

Se realizó un segundo análisis de subgrupos por escala de medida. El cambio en los niveles de ansiedad fue evaluado por el cuestionario STAI (n= 713) [50,53,54,59,73,82,88,100], la escala HADS (n= 290) [7,11,16,78,95], la escala DASS-21 (n= 134) [79,90] y una EVA de ansiedad (n= 200) [52,92]. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos (Test for subgroup differences: $\text{Chi}^2 = 6,12$ df = 3 (P= 0,11), $I^2 = 51\%$). Si bien en los subgrupos evaluados con el STAI y la DASS no se obtiene significación, sí que se observa en los grupos en los que se mide con el cambio en ansiedad mediante la EVA (SMD= -2,98; IC95%: -5,26, -0,71; [heterogeneidad: $\text{Tau}^2 = 2,59$; $\text{Chi}^2 = 25,42$, df= 1; P< 0,01; $I^2 = 96\%$]; k= 2; n= 200) y la HADS (SMD= -0,30; IC95%: -0,53, -0,07; [heterogeneidad: $\text{Tau}^2 = 0,00$; $\text{Chi}^2 = 0,84$, df= 4; P= 0,93; $I^2 = 0\%$]; k= 5; n= 290).

Se planteó un último análisis de subgrupo por tipo de comparador, con o sin masaje placebo (ver Figura 5). Se encuentran diferencias por tipo de comparador ($\text{Chi}^2 = 13,98$, df= 1 ; P= 0,05, $I^2 = 74,9\%$). Cuando la reflexología podal se compara con un control sin placebo se obtiene un efecto marcado aunque con considerables niveles de heterogeneidad (SMD= -0,95; IC95%: -1,67, -0,23; [heterogeneidad: $\text{Tau}^2 = 1,14$; $\text{Chi}^2 = 146,10$; df= 8; P< 0,01; $I^2 = 95\%$]; k= 9; n= 671). Cuando se compara con un control con placebo, se atenúa el efecto obtenido (SMD= -0,2; IC95%: -0,36, -0,03; [heterogeneidad: $\text{Tau}^2 = 0,01$; $\text{Chi}^2 = 7,87$; df= 7; P= 0,34; $I^2 = 11\%$]; k= 8; n= 666). En relación a la heterogeneidad dentro del grupo control sin placebo, la eliminación de los estudios incluidos no modifica el nivel de heterogeneidad encontrado.

Figura 5. Cambio en los niveles de ansiedad por comparador



IV.2.2.2 Depresión

En total, ocho estudios ($n = 665$) compararon la reflexología podal con una intervención control, con [16,22,78,79,100] o sin masaje placebo [11,24,95], e informaron sobre el cambio en los niveles de depresión desde los valores iniciales (pre-intervención) hasta los valores finales o post-intervención [11,16,22,24,78,79,95,100] con las escalas HADS [16,78], DASS-21 [79,95], CES-D [100] y BDI-II [22,24].

En el análisis 3 estudios incluyeron a 137 pacientes con esclerosis múltiple [22,78,95], 2 estudios a 311 pacientes con cáncer [11,100], uno en estadios III, IV, metástasis o recurrencia [100] y otro en pacientes en estadios tempranos de cáncer de mama [11]. En un estudio se reclutó a pacientes con dolor lumbar crónico ($n = 108$) [24], un estudio a madres lactantes ($n = 74$) [79] y un último estudio a mujeres en edad fértil con anovulación ($n = 35$) [16].

En general, parece que los pacientes tratados con reflexología podal no presentan una disminución mayor de los síntomas de depresión en comparación con los pacientes asignados a los grupos control (SMD = -0,07; IC95%: -0,22, 0,08; [heterogeneidad: $\chi^2 = 7,88$, $df = 7$; $P = 0,34$; $I^2 = 11\%$]; $k = 8$; $n = 665$).

IV.2.2.3 Calidad de vida

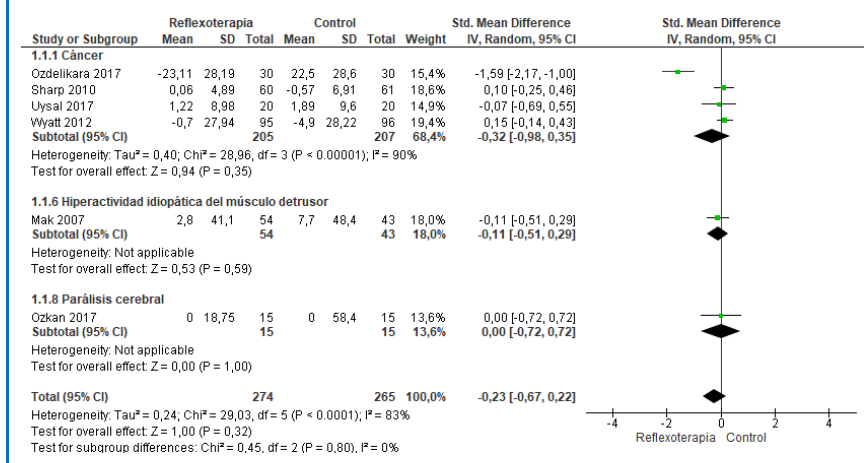
En total, 15 estudios (n= 1.145) compararon la reflexología podal con una intervención control, con [8,11,14,19,22,25,69,78,87,97,100] o sin masaje placebo [24,47,63,85], e informaron sobre el cambio en los niveles de calidad de vida desde los valores iniciales (pre-intervención) hasta los valores finales o post-intervención medido con los instrumentos EORTC-QOL-C30, FACT, KHQ, SF-36 y PedsQL. Nueve estudios no se pudieron incluir en el meta-análisis por diferentes motivos: en los estudios de Brygee *et al.* [14], Dikmen *et al.* [63] y Wilkinson *et al.* [47] no se aportó información suficiente para ser incluidos en los análisis; en los estudios de Gozuyesil *et al.* [69], Hodgson *et al.* 2000 [19], Hughes *et al.* [22], Miller *et al.* [78], Poole *et al.* [24] y Quinn *et al.* [25] no se cuenta con una puntuación global de calidad de vida, sino con puntuaciones de dominios o ítems, impidiendo su comparabilidad.

En el análisis, seis estudios incluyeron a 465 participantes con cáncer [11,19,63,85,97,100]: uno de ellos en pacientes en estadios tempranos del cáncer [11], tres de ellos en estadios I-III [63,85,97], uno en estadios III, IV, metástasis o recurrencia [100] y uno en pacientes bajo tratamiento paliativo [19]. Dos estudios fueron realizados en pacientes con asma/EPOC (n= 64) [14,47], dos estudios en pacientes con dolor lumbar (n= 267) [24,25], dos estudios en pacientes con esclerosis múltiple (n= 87) [22,78], un estudio en pacientes con hiperactividad idiopática del músculo detrusor (n= 97) [8], un estudio en pacientes con menopausia (n= 120) [69] y, por último, un estudio en pacientes con parálisis cerebral (n= 45) [87].

En general, no se observa efecto de la reflexoterapia en la calidad de vida en comparación con tratamiento estándar o masaje placebo y, además, existe una heterogeneidad considerable (SMD= -0,23; IC95%: -0,67, 0,22; [heterogeneidad: $\text{Tau}^2= 0,24$; $\text{Chi}^2= 29,03$, $\text{df}= 5$; $P< 0,00001$; $I^2= 83\%$]; $k= 6$; $n= 539$) (Figura 6). Asimismo, se observa que el efecto global en cada uno de los subgrupos tampoco es significativo.

Con el fin de controlar la heterogeneidad y dado que no se encontraron diferencias entre los subgrupos por patología o problema de salud ($\text{Chi}^2= 0,45$, $\text{df}= 2$; $P= 0,80$, $I^2= 0\%$), se planteó un análisis de sensibilidad eliminando los estudios uno a uno. Sólo la exclusión del estudio de Ozdelikara *et al.* [85] controla la heterogeneidad estadística encontrada ([heterogeneidad: $\text{Tau}^2= 0,00$; $\text{Chi}^2= 1,32$, $\text{df}= 4$; $P= 0,86$; $I^2= 0\%$]; $k= 5$; $n= 479$). Su exclusión modifica el resultado del efecto global, pero sigue sin haber efecto (SMD= 0,06; IC95%: -0,12, 0,24).

Figura 6. Cambio en los niveles de calidad de vida por patología o problema de salud



IV.2.2.4 Fatiga

Quince estudios (n= 982) compararon la reflexología podal con una intervención control, con [22,27,81,96,97,100] o sin masaje placebo [56,63,68,70,83–86,94], e informaron sobre el cambio en los niveles de fatiga desde los valores iniciales (pre-intervención) hasta los valores finales o post-intervención [22,27,56,63,68,70,81,83–86,94,96,97,100] con la escala FSS [22,68,70,83,84], BFI [63,100], NRS [81], PFS [86], VASF [96], RFS [56] y CLFA [94]. Cinco estudios no pudieron incluirse en los análisis: Dikmen *et al.* [63] y Mollart *et al.* [27] no aportaron suficiente información para ser incluidos en el meta-análisis; Ozdelikara *et al.* [85] y Uysal *et al.* [97] no utilizan un instrumento específico para fatiga, sino una subescala del instrumento de calidad de vida EORTC-QLQ-C30; y Bahrami *et al.* [56] informó del resultado de fatiga como eventos.

Seis estudios incluyeron a 467 participantes con cáncer [63,70,84,85,97,100]: uno en pacientes en estadio I de cáncer de mama [84], tres de ellos en estadios I-III [63,85,97], uno en estadios III, IV, metástasis o recurrencia [100] y uno en pacientes durante tratamiento con quimioterapia [70]. Dos estudios reclutaron a pacientes con esclerosis múltiple (n= 117) [83,106], dos estudios a pacientes en hemodiálisis (n=150) [86,96] y otros dos a mujeres embarazadas (n= 114) [27,94]. Un estudio reclutó a pacientes con artritis reumatoide (n= 34) [68], otro a pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria (n= 10) [81],

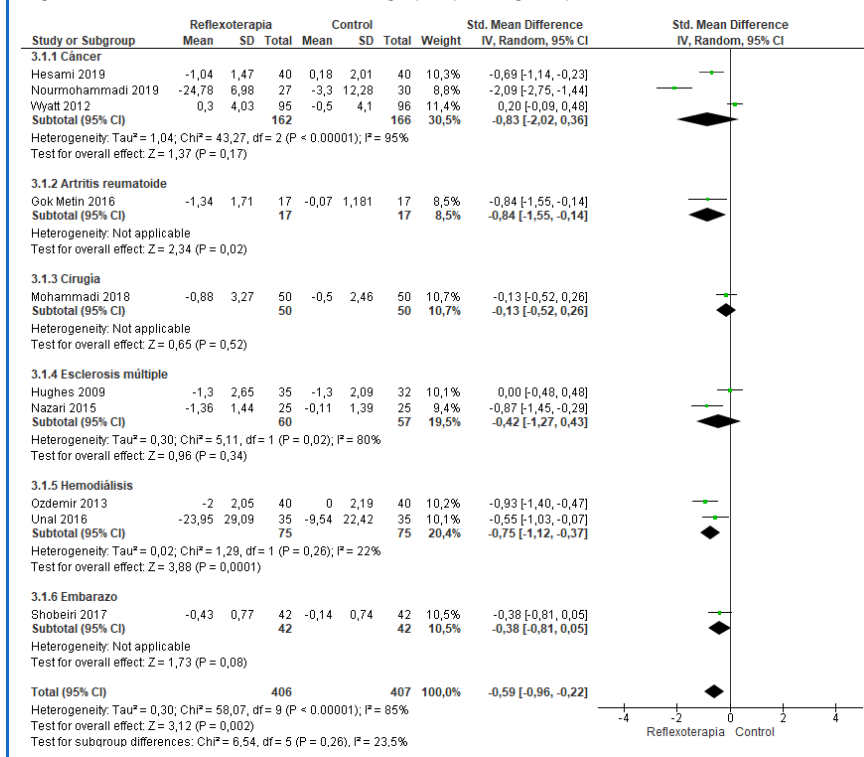
y un último estudio se realizó en pacientes con síndrome coronario agudo (n= 90) [56].

En general, se observa un efecto de la reflexoterapia en los niveles de fatiga en comparación con tratamiento estándar o masaje placebo, reduciendo los niveles de fatiga en el grupo de intervención. Sin embargo, se obtiene un nivel de heterogeneidad considerable (SMD= -0,59; IC95%: -0,96,-0,22; [heterogeneidad: $\text{Tau}^2= 0,30$; $\text{Chi}^2= 58,07$, $\text{df}= 9$; $P< 0,00001$; $I^2 = 85\%$]; $k= 10$; $n= 813$).

En un análisis por patología o problema de salud, no se encuentran diferencias entre los subgrupos ($\text{Chi}^2= 6,54$, $\text{df}= 5$; $P= 0,26$, $I^2= 23,5\%$) (Figura 7). El efecto global en cada uno de los subgrupos es significativo en los subgrupos con artritis reumatoide (SMD= -0,84; IC95%: -1,55, -0,14; [heterogeneidad: NA]; $k= 1$; $n= 34$) y en hemodiálisis (SMD= -0,75; IC95%: -1,12,-0,37; [heterogeneidad: $\text{Tau}^2= 0,02$; $\text{Chi}^2= 1,29$, $\text{df}= 1$; $P= 0,26$; $I^2= 22\%$]; $k= 2$; $n= 150$), siendo los grupos que más significación generan en el estimador global.

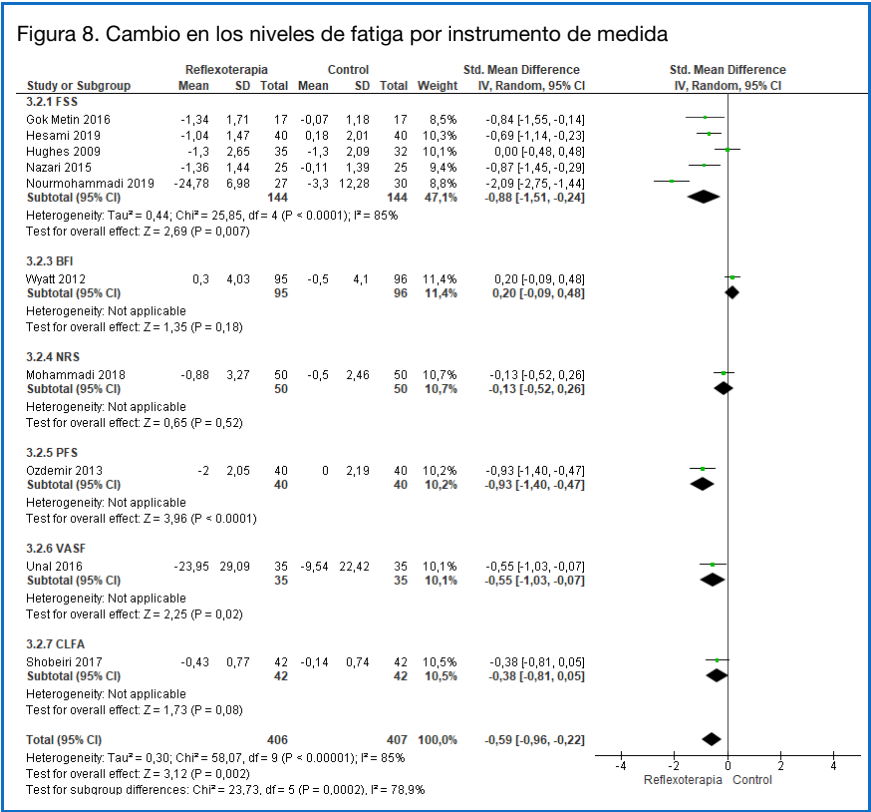
Dado que no se encontraron diferencias entre los subgrupos por patología o problema de salud y la heterogeneidad fue elevada, se planteó un análisis de sensibilidad eliminando los estudios uno a uno. Se observa que la eliminación de los estudios de Nourmohammadi *et al.* [84] y Wyatt *et al.* [100] reducen la heterogeneidad estadística encontrada, pero no la controlan ([heterogeneidad: $\text{Tau}^2= 0,06$; $\text{Chi}^2= 14,40$, $\text{df}= 7$; $P= 0,04$; $I^2 = 51\%$]; $k= 8$; $n= 565$). Su exclusión no modifica sustancialmente el resultado del efecto (SMD= -0,52; IC95%: -0,76,-0,27).

Figura 7. Cambio en los niveles de fatiga por patología o problema de salud



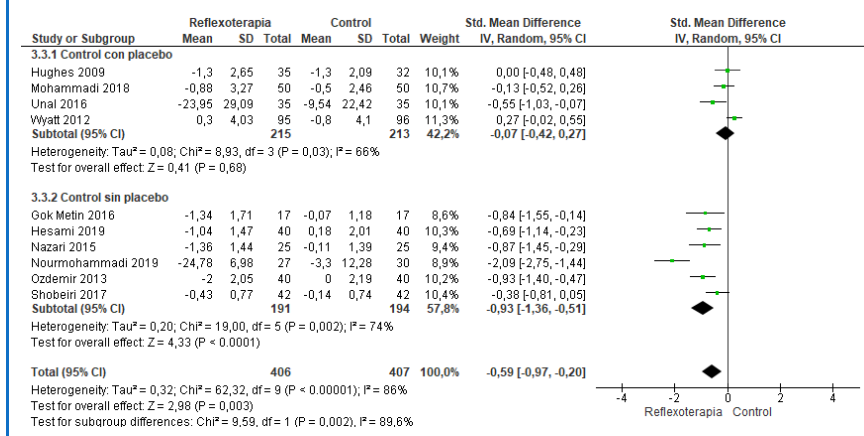
Se realizó un segundo análisis de subgrupos por escala de medida. El cambio en los niveles de fatiga fue evaluado por las escalas FSS ($n = 288$) [22,68,70,83,84], BFI ($n = 191$) [100], NRS ($n = 100$) [81], PFS ($n = 80$) [86], VASF ($n = 70$) [96] y CLFA ($n = 84$) [94]. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos (Test for subgroup differences: $\chi^2 = 23,73$, $df = 5$ ($P = 0,0002$), $I^2 = 78,9\%$) (Figura 8). Se obtiene significación en los subgrupos que miden el cambio en fatiga con la escala FSS (SMD= -0,88; IC95%: -1,51,-0,24; [heterogeneidad: $\tau^2 = 0,44$; $\chi^2 = 25,85$, $df = 4$; $P = 0,0001$; $I^2 = 85\%$]; $k = 5$; $n = 288$), la escala PFS (SMD= -0,93; IC95%: -1,40,-0,47; [heterogeneidad: NA]; $k = 1$; $n = 80$) y la escala VASF (SMD= -0,55; IC95%: -1,03,-0,07; [heterogeneidad: NA]; $k = 1$; $n = 70$). Con el fin de controlar la heterogeneidad, se planteó un análisis de sensibilidad comparando par a par los subgrupos. Se observaron diferencias en la comparación de las escalas FSS y BFI ($\chi^2 = 9,05$, $df = 1$; $P = 0,003$, $I^2 = 89,0\%$), FSS y NRS ($\chi^2 = 3,81$, $df = 1$; $P = 0,05$, $I^2 = 73,7\%$), BFI y PFS ($\chi^2 = 16,62$, $df = 1$; $P < 0,0001$, $I^2 = 94,0\%$) y, por

último, NRS y PFS (Chi²= 6,74, df= 1 ; P= 0,009, I²= 85,2%), pero finalmente no se logró controlar la heterogeneidad encontrada.



Por último, se planteó un análisis de subgrupo por tipo de comparador, con o sin masaje placebo. Se observó que existen diferencias estadísticamente significativas por tipo de comparador (SMD= -0,59; IC95%: -0,97,-0,20; [heterogeneidad: Tau²= 0,32; Chi²= 62,32, df= 9; P< 0,00001; I² = 86%]; k= 10; n= 813). Se observa efecto significativo en el grupo control sin placebo, mientras que en el grupo control con placebo ese efecto se difumina (Figura 9).

Figura 9. Cambio en los niveles de fatiga por tipo de comparador



En relación a la heterogeneidad dentro de los subgrupos, se obtiene una heterogeneidad considerable en ambos grupos (ver Figura 8). Asimismo, en el análisis de sensibilidad se observa nuevamente que la eliminación de los estudios de Nourmohammadi *et al.* [84] y Wyatt *et al.* [100] reducen la heterogeneidad estadística encontrada, tanto en el grupo control con masaje placebo ([heterogeneidad: $\tau^2 = 0,02$; $\chi^2 = 2,83$, $df = 2$; $P = 0,24$; $I^2 = 29\%$]; $k = 3$; $n = 237$) como en el control sin placebo ([heterogeneidad: $\tau^2 = 0,00$; $\chi^2 = 3,57$, $df = 4$; $P = 0,47$; $I^2 = 0\%$]; $k = 5$; $n = 328$). Su exclusión no modifica el resultado del efecto (SMD= 0,52; IC95%: 0,27, 0,76).

IV.2.2.5 Dolor

En total, 30 estudios (1.707 pacientes) compararon la reflexología podal con una intervención control, con [19,22,78,81,100,25,26,62,66,72–75] o sin masaje placebo [7,19,24,27,53,57,59,62–64,68,71,76,80,86,88,97,98], e informaron sobre el cambio en los niveles de dolor desde los valores iniciales (pre-intervención) hasta los valores finales o post-intervención [7,19,22,24–27,53,57,59,62–64,66,68,71–76,78,80,81,86,88,97,98,100].

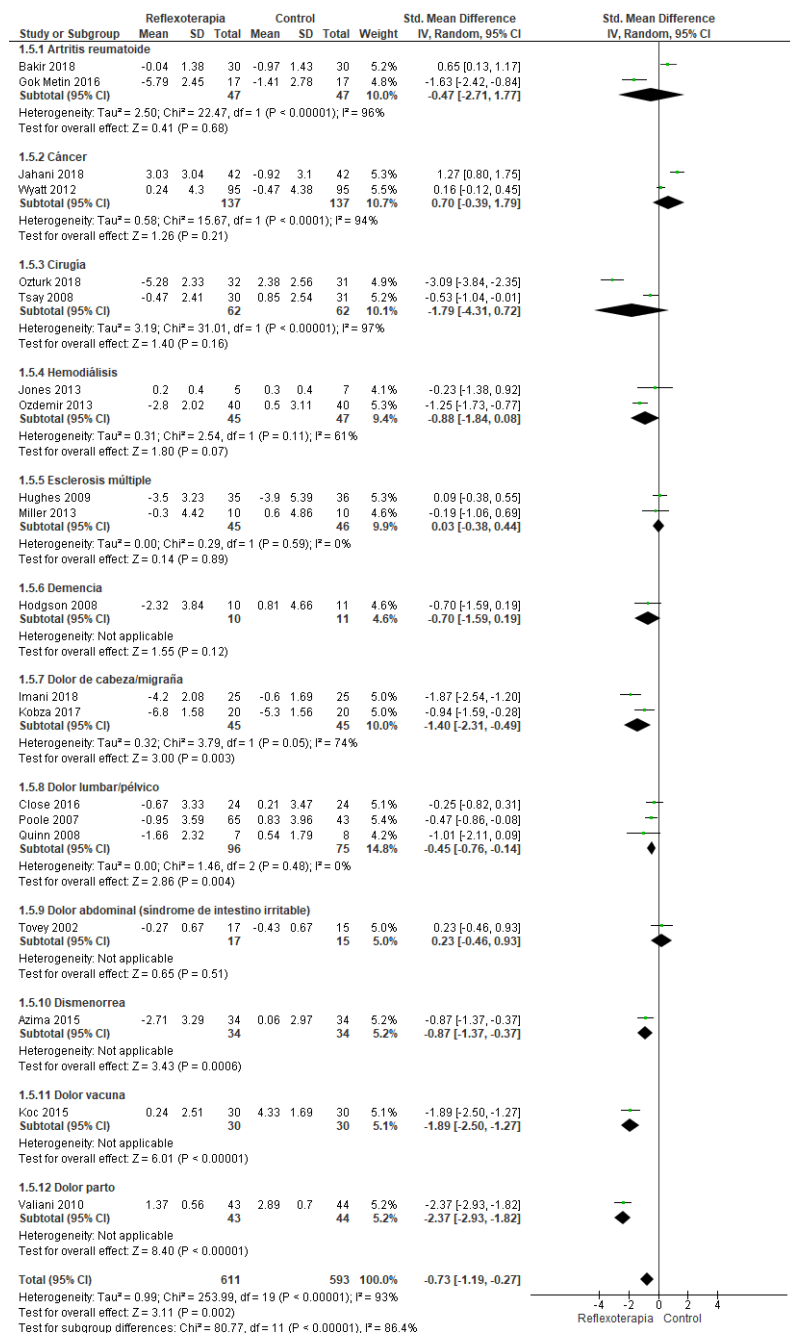
Sin embargo, los estudios de Oliveira *et al.* [62], Dikmen *et al.* [63], Dolatiam *et al.* [64], Eghbali Babadi *et al.* [66], Hodgson *et al.* 2012 [71], Moghimi Hanjani *et al.* [80] y Uysal *et al.* [97] no aportaron información suficiente para ser incluidos en los análisis. Tampoco pudo ser incluido el estudio de Mohammadi *et al.* [81], que informó del resultado de dolor y fatiga de manera conjunta.

De los incluidos en el análisis, tres estudios evaluaron a pacientes con artritis reumatoide (n= 144) [57,68,72]; dos a pacientes con cáncer (n= 374) [73,100], uno de ellos en estadio metastásico [73] y el otro en estadios III, IV, metástasis o recurrencia [100]; dos estudios a pacientes en periodo perioperatorio (n= 124) [7,88], uno de ellos a pacientes con histerectomía abdominal [88] y otro con cirugía de cáncer digestivo o hepático [7]; dos estudios a pacientes con esclerosis múltiple (n= 91), dos a pacientes en hemodiálisis (n= 92) [74,86]; y uno a pacientes con demencia (n= 21) [29]. Dos incluyeron a pacientes con cefalea/migraña (n=90) [72,75]; tres a pacientes con dolor lumbar y/o pélvico (n= 171) [24,25,59], uno a pacientes con dolor abdominal asociado a síndrome de intestino irritable (n= 32) [26], uno a pacientes con dismenorrea (n= 68) [53], uno a niños con dolor agudo por vacuna (n= 60) [76] y un último estudio a mujeres con dolor de parto (n= 87) [98].

En general, se observa un efecto del tratamiento con reflexología en los niveles de dolor en comparación con tratamiento estándar o masaje placebo. Sin embargo, se obtiene un nivel de heterogeneidad considerable (SMD= -0,73; IC95%: -1,19, -0,27; [heterogeneidad: $\text{Tau}^2= 0,99$; $\text{Chi}^2= 253,99$, $\text{df}= 19$; $P < 0,01$; $I^2 = 93\%$; $k= 20$; $n= 1.204$).

En un análisis por patología o problema de salud, tal y como se observa en la Figura 10, se encuentran diferencias entre los subgrupos ($\text{Chi}^2= 78,16$, $\text{df}= 11$; $P < 0,01$, $I^2= 85.9\%$). No se observa efecto del tratamiento con reflexología en pacientes con artritis reumatoide, cáncer, situaciones perioperatorias, hemodiálisis, esclerosis múltiple, demencia o síndrome de intestino irritable. Sin embargo, sí parece que el tratamiento con reflexología reduce el dolor en pacientes con dolor lumbar o pélvico (SMD= -0,45; IC95%: -,76, -0,14; [heterogeneidad: $\text{Tau}^2= 0,00$; $\text{Chi}^2= 1,46$, $\text{df}= 2$; $P= 0,48$; $I^2 = 0\%$]; $k= 3$; $n= 171$) y cefalea/migraña (SMD= -1,54; IC95%: -2,73, -0,34; [heterogeneidad: $\text{Tau}^2= 0,62$; $\text{Chi}^2= 6,13$, $\text{df}= 1$; $P= 0,01$; $I^2 = 84\%$]; $k= 2$; $n= 90$). No obstante, en este subgrupo se obtiene un nivel de heterogeneidad considerable. Otros grupos de pacientes, con dismenorrea, dolor de parto y dolor por vacuna parece que podrían beneficiarse.

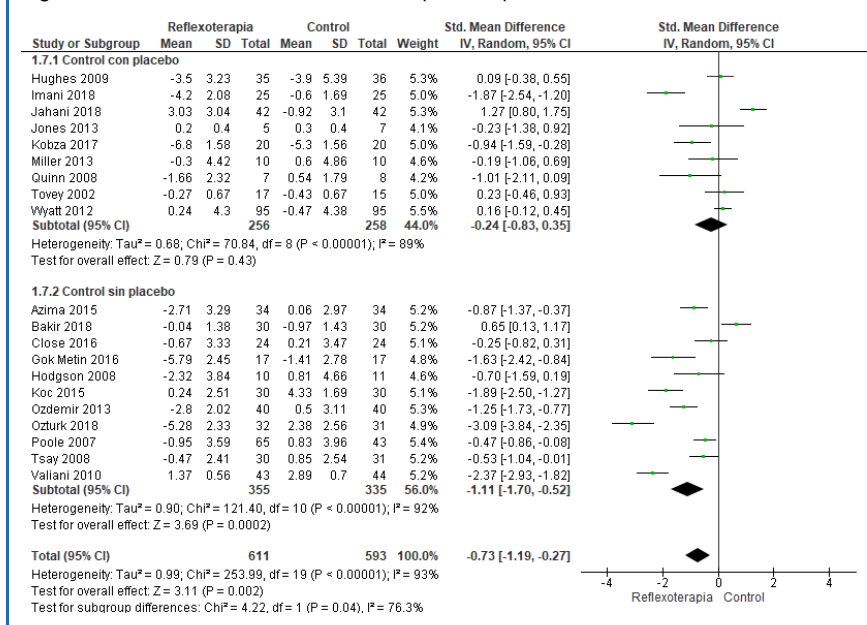
Figura 10. Cambio en los niveles de dolor por patología o problema de salud



Se realizó un segundo análisis de subgrupos por escala de medida. El cambio en los niveles de dolor fue evaluado por una EVA de dolor (n= 1.091) [7,22,24,25,53,57,59,68,72-75,78,86,88,98,100], la escala de dolor en niños FLACC (n= 60) [76], el *Checklist of nonverbal pain indicators* en pacientes con demencia (n= 21) [29] y una escala de 5 puntos para medir la intensidad del dolor en pacientes con síndrome de intestino irritable (n= 32) [26]. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos (Test for subgroup differences: $\text{Chi}^2 = 20,54$, $\text{df} = 3$ ($P < 0,01$), $I^2 = 85,4\%$). Se obtiene significación en los grupos que miden el dolor con la escala FLACC (SMD= -1,89; IC95%: -2,50, -1,27; [heterogeneidad: NA]; $k = 1$; $n = 60$) y la EVA (SMD= -0,72; IC95%: -1,22, -0,22). Sin embargo, en este subgrupo se obtiene un nivel de heterogeneidad considerable ([heterogeneidad: $\text{Tau}^2 = 1,00$; $\text{Chi}^2 = 229,2$ $\text{df} = 16$; $P < 0,01$; $I^2 = 93\%$]; $k = 17$; $n = 1.091$). Se detecta efecto de la reflexoterapia cuando el dolor se mide con el *Checklist of nonverbal pain indicators* en pacientes con demencia (n= 21) [29] y una escala de 5 puntos para medir la intensidad del dolor. Con el fin de controlar la heterogeneidad dentro de la escala EVA, se planteó un análisis de sensibilidad eliminando los estudios uno a uno. Sin embargo, la eliminación de los estudios incluidos en el análisis no modifica sustancialmente el nivel de heterogeneidad estadística encontrada.

Se planteó un último análisis de subgrupo por tipo de comparador, con o sin masaje placebo (ver figura 11). Se encuentran diferencias por tipo de comparador ($\text{Chi}^2 = 4,22$, $\text{df} = 1$; $P = 0,04$, $I^2 = 76,3\%$). No se observan diferencias entre el grupo de reflexología podal y control con placebo, aunque presenta niveles de heterogeneidad considerables (SMD= -0,24; IC95%: -0,83, 0,35; [heterogeneidad: $\text{Tau}^2 = 0,68$; $\text{Chi}^2 = 70,84$, $\text{df} = 8$; $P < 0,01$; $I^2 = 89\%$]; $k = 9$; $n = 514$). La exclusión de los estudios de Imani *et al.* [72], Jahani *et al.* [73] y Kobza *et al.* [75] elimina la heterogeneidad ([heterogeneidad: $\text{Tau}^2 = 0,00$; $\text{Chi}^2 = 4,92$, $\text{df} = 5$; $P = 0,43$; $I^2 = 0\%$]; $k = 6$; $n = 340$) y modifica sustancialmente el resultado del efecto (SMD= 0,08; IC95%: -0,14, 0,29). Por otro lado, sí se observa un efecto del tratamiento con reflexología en los niveles de dolor en comparación con control sin masaje placebo, aunque presenta niveles de heterogeneidad considerables (SMD= -1,11; IC95%: -1,70, -0,52; [heterogeneidad: $\text{Tau}^2 = 0,90$; $\text{Chi}^2 = 121,40$, $\text{df} = 10$; $P < 0,01$; $I^2 = 92\%$]; $k = 11$; $n = 690$). Sin embargo, la eliminación de los estudios incluidos en el análisis no modifica sustancialmente el nivel de heterogeneidad estadística encontrada.

Figura 11. Cambio en los niveles de dolor por comparador



IV.2.2.6 Constantes vitales

En total, 15 estudios (853 pacientes) compararon la reflexología podal con una intervención control, con [14,50,62,65,74,79] o sin masaje placebo [29,46,47,51,56,76,92,93,98], e informaron sobre el cambio en las constantes vitales desde los valores iniciales (preintervención) hasta los valores finales o postintervención [14,29,76,79,92,93,98,46,47,50,51,56,62,65,74]. Las constantes vitales evaluadas fueron: presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, presión arterial media, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno. Los estudios de Hodgson et al. 2008 [29], Valiani et al. [98] y Wilkinson et al. [47] no pudieron incluirse en los análisis por no aportar suficiente información.

Dos estudios incluyeron a pacientes con asma/EPOC ($n=64$) [14,47], otro estudio fue realizado en pacientes sometidos a broncoscopia ($n=18$) [92], tres estudios en pacientes de cirugía ($n= 191$) [46,50,65], un estudio en pacientes en coma ($n=60$) [93], un estudio en mayores con dolor lumbar ($n=20$) [62], un estudio en pacientes con demencia ($n=42$) [29], un estudio en niños con dolor tras vacunación ($n=60$) [76], un estudio en

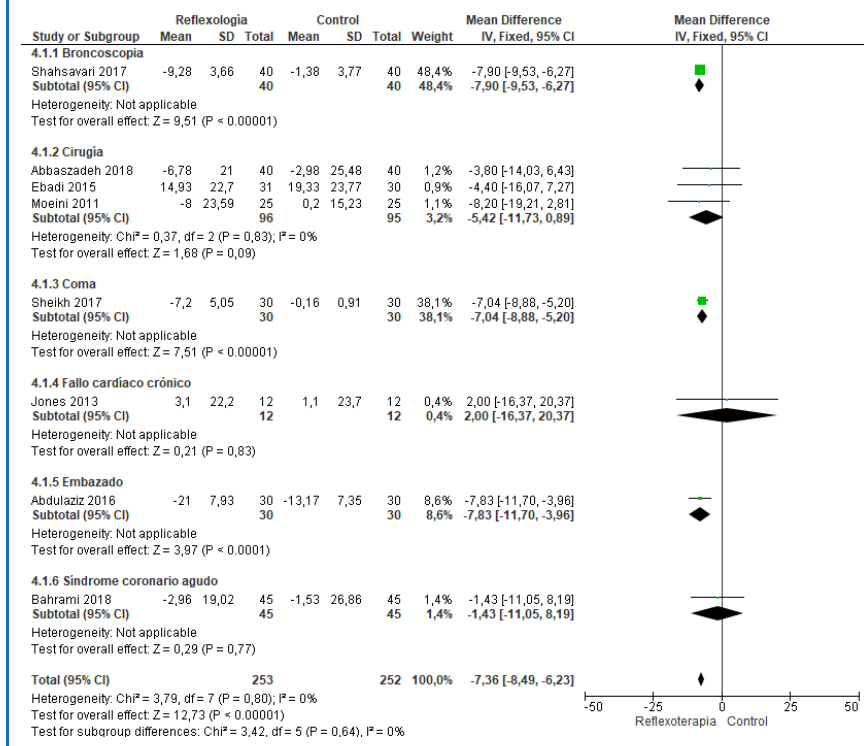
pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (n=24) [74], otro en mujeres lactantes (n=74) [79], otro en mujeres embarazadas (n=60), un estudio en mujeres durante el parto (n=88) [98] y un último estudio en pacientes con síndrome coronario agudo (n=90) [56].

Presión arterial sistólica

Ocho estudios informaron sobre la variable presión arterial sistólica [46,50,51,56,65,74,92,93]. En general, se observa un efecto de la reflexoterapia en los niveles de presión arterial sistólica en comparación con tratamiento estándar o masaje placebo reduciéndola (MD= -7,36; IC95%: -8,49,-6,23; [heterogeneidad: $\text{Chi}^2= 3,79$, $\text{df}= 7$; $P < 0,00001$; $I^2 = 0\%$]; $k= 8$; $n= 505$).

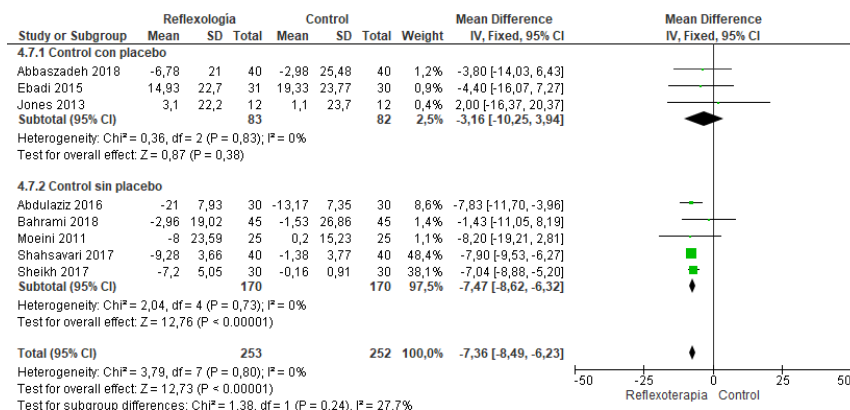
En el análisis por patología o problema de salud, no se encuentran diferencias entre los subgrupos ($\text{Chi}^2= 3,42$, $\text{df}= 5$; $P= 0,64$, $I^2= 0\%$). Además, se observa que el efecto global en cada uno de los subgrupos es significativo en los subgrupos de broncoscopia, coma y embarazo, siendo los grupos que generan más significación en el estimador global (Figura 12).

Figura 12. Cambio en los niveles de presión arterial sistólica (mmHg) por patología o problema de salud



Se planteó un análisis de subgrupo por tipo de comparador, con o sin masaje placebo (Figura 13). Se observó que existen diferencias estadísticamente significativas por tipo de comparador (MD= -7,36; IC95%: -8,49, -6,23; [heterogeneidad: Chi²= 3,79, df= 7; P=0,80; I² = 0%]; k= 8; n= 505). No se observan diferencias significativas entre los subgrupos. Sólo se obtiene significación en el estimador global del subgrupo control sin masaje placebo, donde se observa que la reflexoterapia supone menores niveles de presión arterial sistólica en comparación con el grupo control (MD= -7,47; IC95%: -8,62--6,32; [heterogeneidad: Chi²= 2,04, df= 4; P=0,73; I² = 0%]; k= 5; n= 340).

Figura 13. Cambio en los niveles de presión arterial sistólica (mmHg) por comparador

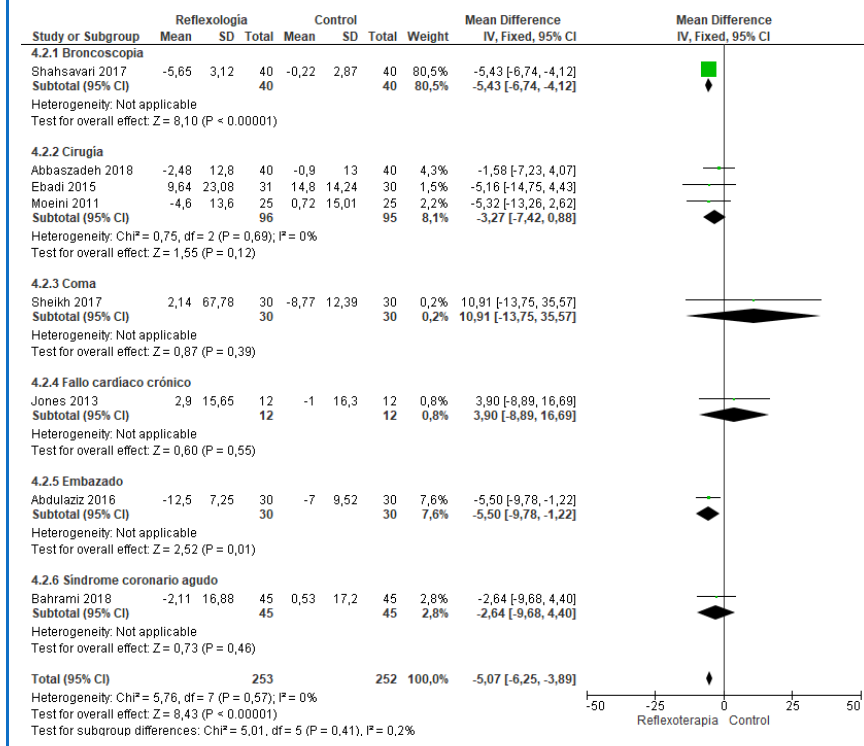


Presión arterial diastólica

Ocho estudios informaron sobre la variable presión arterial diastólica [46,50,51,56,65,74,92,93]. En este caso también se observa un efecto de la reflexoterapia en los niveles de la presión arterial diastólica en comparación con tratamiento estándar o placebo (MD= -5,07; IC95%: -6,25,-3,89; [heterogeneidad: $\chi^2 = 5,76$, $df = 7$; $P = 0,57$; $I^2 = 0\%$]; $k = 8$; $n = 505$). Los pacientes del grupo de intervención mostraron una mayor reducción de mmHg que los pacientes del grupo control.

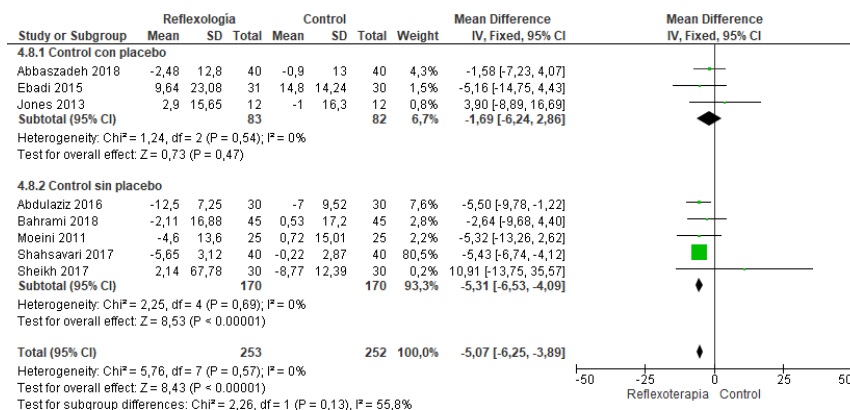
En el análisis por patología o problema de salud, no se encuentran diferencias entre los subgrupos ($\chi^2 = 5,01$, $df = 5$; $P = 0,41$, $I^2 = 0,2\%$). El efecto global en cada uno de los subgrupos es significativo en los pacientes sometidos a broncoscopia y en embarazadas, siendo los grupos que generan más significación en el estimador global (Figura 14).

Figura 14. Cambio en los niveles de presión arterial diastólica (mmHg) por patología o problema de salud



En el análisis de subgrupo por tipo de comparador, con o sin masaje placebo (Figura 15), se observa que existen diferencias estadísticamente significativas (MD= -5,07; IC95%: -6,53, -3,89; [heterogeneidad: Chi²= 5,76, df= 7; P=0,57; I² = 0%]; k= 8; n= 505). El efecto sobre el cambio se observa a favor del grupo intervención reduciendo la presión arterial diastólica en 5,07 mmHg en comparación con el grupo control. No se observan diferencias significativas entre los subgrupos. Sólo se obtiene significación en el estimador global del subgrupo control sin masaje placebo (MD= -5,31; IC95%: -6,53, -4,09; [heterogeneidad: Chi²= 2,25, df= 4; P=0,69; I² = 0%]; k= 5; n= 340).

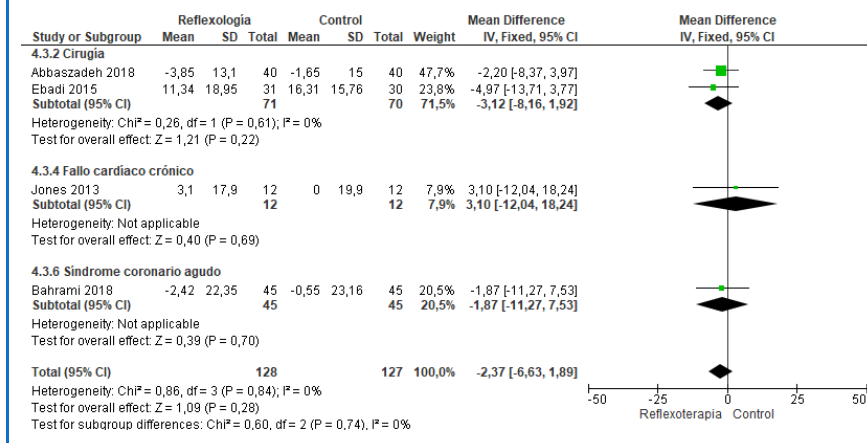
Figura 15. Cambio en los niveles de presión arterial diastólica (mmHg) por comparador



Presión arterial media

Cuatro estudios informaron sobre la variable presión arterial media [50,56,65,74]. En este caso no se observa efecto de la reflexoterapia en los niveles de presión arterial media en comparación con el grupo control, con o sin masaje placebo (MD= -2,37; IC95%: -6,63,1,89; [heterogeneidad: $\chi^2 = 0,86$, $df = 3$; $P = 0,84$; $I^2 = 0\%$]; $k = 4$; $n = 255$) (Figura 10). Tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas en el análisis de subgrupos por patología o problema de salud ($\chi^2 = 0,60$, $df = 2$; $P = 0,74$, $I^2 = 0\%$) (Figura 16).

Figura 16. Cambio en los niveles de presión arterial media (mmHg) por patología o problema de salud

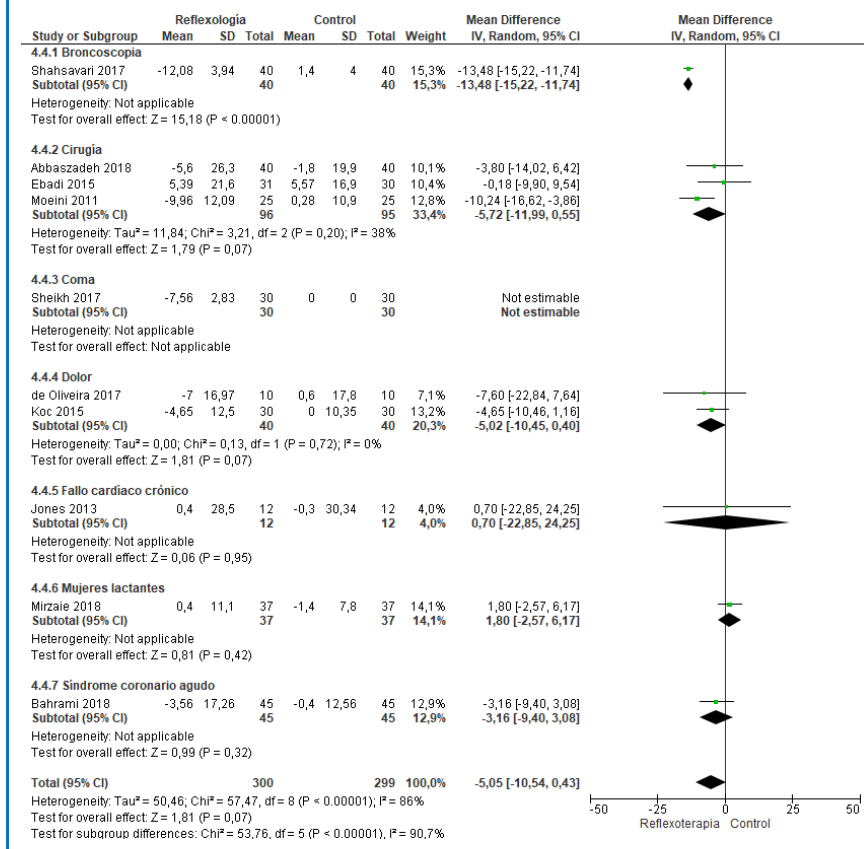


Frecuencia cardíaca

Diez estudios informaron sobre la variable frecuencia cardíaca [46,50,56,62,65,74,76,79,92,93]. En general, no se observa un efecto del tratamiento con reflexología en la frecuencia cardíaca en comparación con el grupo control, con o sin masaje placebo, y además existe una elevada heterogeneidad (MD= -5,05; IC95%: -10,54, 0,43; [heterogeneidad: Tau²= 50,46; Chi²= 57,47, df= 8; P< 0,00001; I² = 86%]; k= 10; n= 599) (Figura 17).

Dada la heterogeneidad encontrada y que existen diferencias entre los subgrupos (Chi²= 53,76, df= 5; P< 0,00001, I²= 90,7%) se realizó un análisis de sensibilidad eliminando los subgrupos uno a uno. Sólo cuando se elimina el subgrupo de broncoscopia en el que se incluye el estudio de Shahsavari *et al.* [92] se reduce la heterogeneidad estadística encontrada, aunque su exclusión no modifica el resultado del efecto (MD= -3,31; IC95%: -6,70, 0,08; [heterogeneidad: Tau²= 7,54; Chi²= 10,66, df= 7; P= 0,15; I² = 34%]; k= 9; n= 519).

Figura 17. Cambio en los niveles de frecuencia cardíaca (pulsaciones/minuto) por patología o problema de salud

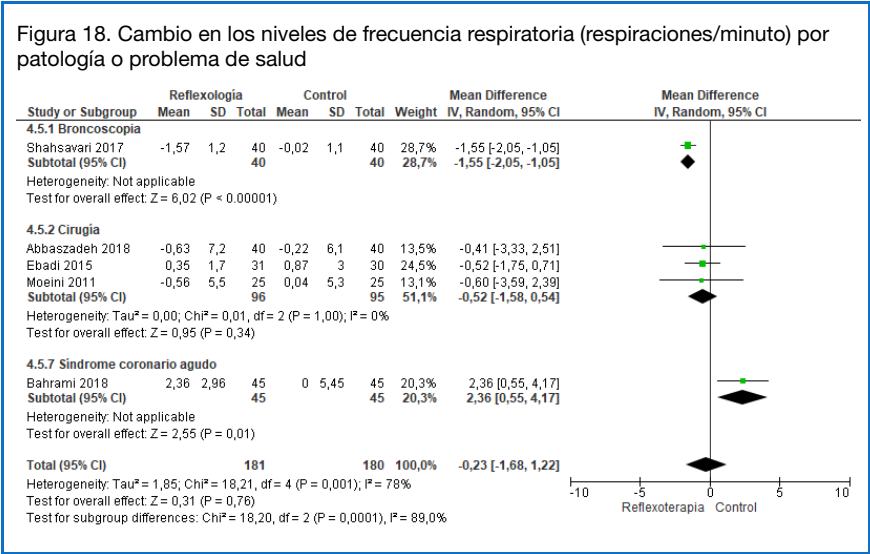


Frecuencia respiratoria

Cinco estudios informaron sobre la variable frecuencia respiratoria [46,50,56,65,92]. En general, no se observa efecto de la reflexoterapia en la frecuencia respiratoria en comparación con el tratamiento estándar o placebo ($MD = -0,23$; $IC95\%: -1,68, 1,22$; [heterogeneidad: $\text{Tau}^2 = 1,85$; $\text{Chi}^2 = 18,21$, $df = 4$; $P = 0,001$; $I^2 = 78\%$]; $k = 5$; $n = 361$).

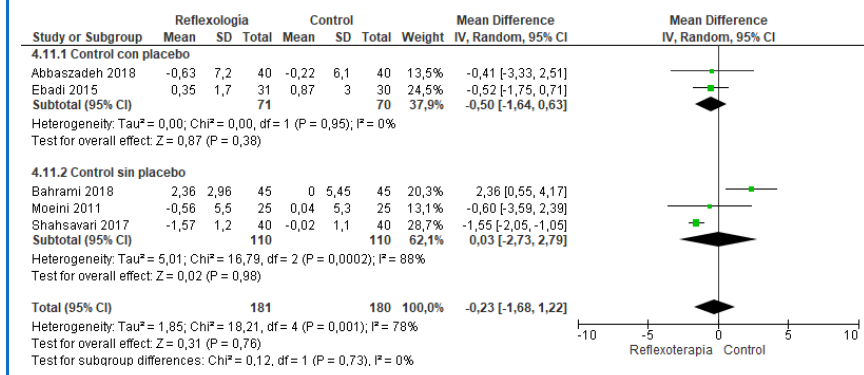
En el análisis por patología o problema de salud, se observan diferencias entre los subgrupos y una elevada heterogeneidad ($\text{Chi}^2 = 18,20$, $df = 1$; $P = 0,0001$, $I^2 = 89,0\%$). El efecto global en cada uno de los subgrupos es significativo en el subgrupo de broncoscopia ($MD = -1,55$; $IC95\%: -2,05, -1,05$) y síndrome coronario agudo ($MD = 2,36$; $IC95\%: -0,55, 4,17$) (Figura 18).

Se realizó un análisis de sensibilidad eliminando los estudios uno a uno. Sólo cuando se elimina el estudio de Bahrami *et al.* [56] se controla la heterogeneidad estadística encontrada y se modifica el efecto de la intervención, cuyo efecto pasa a ser significativo (MD= -1,36; IC95%: -1,81, -0,90; [heterogeneidad: Chi²= 2,99, df= 3; P= 0,39; I² = 0%]; k= 4; n= 271).



Se planteó un análisis de subgrupo por tipo de comparador, con o sin masaje placebo (Figura 19). No se observaron diferencias estadísticamente significativas por tipo de comparador (MD= -0,23; IC95%: -1,68, 1,22; [heterogeneidad: Tau²= 1,85; Chi²= 18,21, df= 4; P=0,0001; I² = 78%]; k= 5; n= 361). No se observan diferencias significativas entre los subgrupos ni se obtiene significación en el estimador global de los subgrupos.

Figura 19. Cambio en los niveles de frecuencia respiratoria (respiraciones/minuto) por comparador



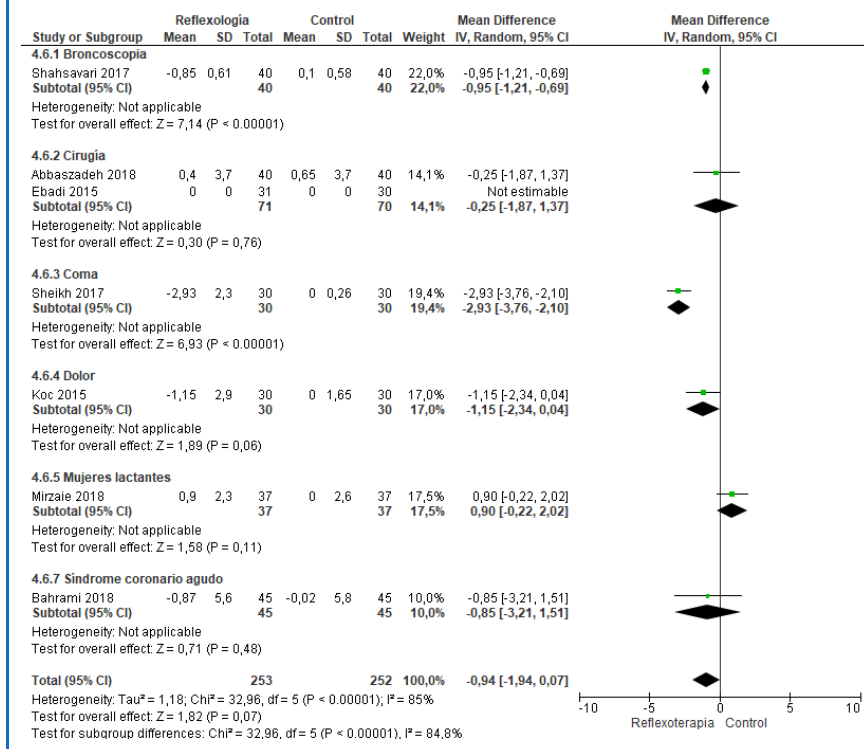
Saturación de oxígeno

Siete estudios informaron sobre la variable saturación de oxígeno [50,56,65,76,79,92,93]. En general, no se observa un efecto de la reflexoterapia en la saturación de oxígeno en comparación con tratamiento estándar o placebo. Además, se observa una alta heterogeneidad ($MD = -0,94$; $IC95\%: -1,94, 0,07$; [heterogeneidad: $\tau^2 = 1,18$; $\chi^2 = 32,96$, $df = 5$; $P < 0,00001$; $I^2 = 85\%$; $k = 7$; $n = 505$).

En el análisis por patología o problema de salud (Figura 20), se encuentran diferencias entre los subgrupos ($\chi^2 = 32,96$, $df = 5$; $P = 0,0001$, $I^2 = 84,8\%$). El efecto global en cada uno de los subgrupos es significativo en los subgrupos de broncoscopia ($MD = -0,95$; $IC95\%: -1,21, -0,69$) y coma ($MD = -2,36$; $IC95\%: -3,76, -2,10$).

Se realizó un análisis de sensibilidad eliminando los estudios uno a uno, pero ninguno de los estudios excluidos controla la heterogeneidad.

Figura 20. Cambio en los niveles de saturación de oxígeno (porcentaje) por patología o problema de salud



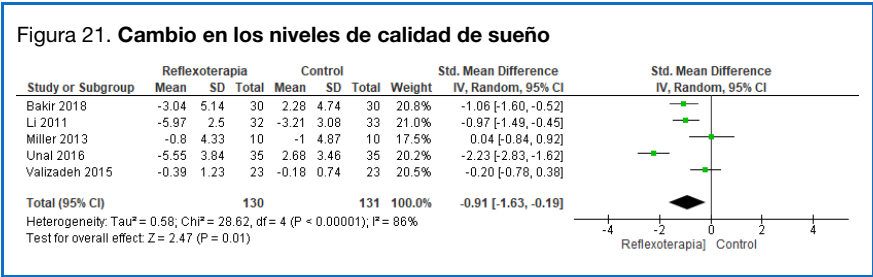
IV.2.2.7 Calidad del sueño

En total, 5 estudios (261 pacientes) compararon la reflexología podal con una intervención control, con [78] o sin masaje placebo [57,77,96,99], e informaron sobre el cambio en los niveles de calidad de sueño desde los valores iniciales (pre-intervención) hasta los valores finales o post-intervención.

En el análisis los cinco estudios incluyen distintos tipos de patologías o estados de salud: artritis reumatoide (n= 60) [57], esclerosis múltiple (n= 20) [78], hemodiálisis (n= 70) [96], postparto (n= 65) [77] y personas ancianas (n= 46) [99].

En general, tal y como se observa en la Figura 21, se observa un efecto del tratamiento con reflexología en los niveles de calidad de sueño en comparación con tratamiento estándar o masaje placebo. Sin embargo, se observa un nivel de heterogeneidad considerable (SMD= -

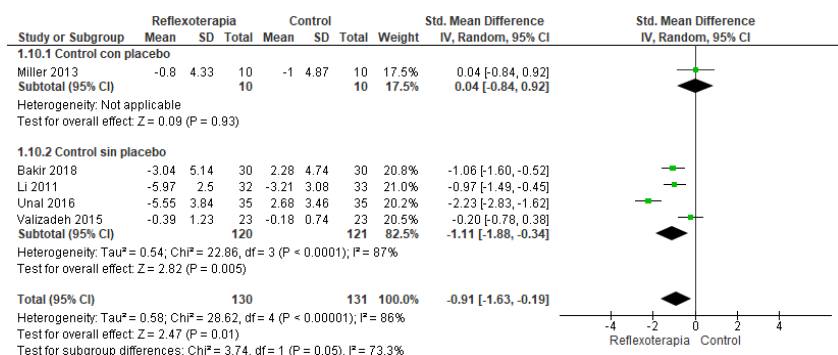
0,91; IC95%: -1,63, -0,19; [heterogeneidad: $\text{Tau}^2 = 0.58$; $\text{Chi}^2 = 28,62$, $\text{df} = 4$ ($P < 0,001$); $I^2 = 86\%$]; $k = 5$; $n = 261$).



Se realizaron dos análisis de subgrupos, por escala de medida y por tipo de comparador. El cambio en la calidad de sueño fue evaluado por el cuestionario PSQI ($n = 241$) [57,77,96,99] y una EVA de calidad de sueño ($n = 20$) [78]. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos (Test for subgroup differences: $\text{Chi}^2 = 3,74$, $\text{df} = 1$ ($P < 0,001$), $I^2 = 73,3\%$). Se obtiene significación en los grupos que miden el cambio en la calidad de sueño con el instrumento PSQI (SMD= -1,09; IC95%: -1,36, -0,87), aunque se obtiene un nivel de heterogeneidad considerable ([heterogeneidad: $\text{Chi}^2 = 22,86$, $\text{df} = 3$; $P < 0,01$, $I^2 = 87\%$]; $k = 4$; $n = 241$). No se detecta efecto de la reflexoterapia cuando el cambio en la calidad de sueño se mide con una EVA. Para controlar la heterogeneidad en la calidad de sueño evaluada con PSQI, se planteó un análisis de sensibilidad eliminando los estudios uno a uno. Sin embargo, la eliminación de los estudios incluidos en el análisis no modifica sustancialmente el nivel de heterogeneidad estadística encontrada.

Por comparador (Figura 22), se obtuvieron diferencias entre los estudios que exploraban el efecto de la reflexología podal con ($n = 20$) [78] y sin masaje placebo ($n = 241$) [57,77,96,99] (Test for subgroup differences: $\text{Chi}^2 = 3,74$, $\text{df} = 1$ ($P < 0,001$), $I^2 = 73,3\%$). No se observan diferencias entre el grupo de reflexología podal y control con placebo, pero sí en comparación con control sin masaje placebo; aunque con niveles de heterogeneidad considerables (SMD= -1,11; IC95%: -1,88, -0,34; [heterogeneidad: $\text{Tau}^2 = 0,54$; $\text{Chi}^2 = 22,86$, $\text{df} = 3$; $P < 0,001$; $I^2 = 87\%$]; $k = 4$; $n = 241$). La eliminación de los estudios de Unal *et al.* [96] controla parcialmente la heterogeneidad estadística encontrada en los estudios con comparador sin masaje placebo; ([heterogeneidad: $\text{Tau}^2 = 0,13$; $\text{Chi}^2 = 5,36$, $\text{df} = 2$; $P = 0,07$; $I^2 = 63\%$]; $k = 14$; $n = 1.075$), sin modificar sustancialmente el resultado del efecto (SMD= -0,76; IC95%: -1,27, -0,24).

Figura 22. Cambio en los niveles de calidad de sueño por comparador



IV.2.2.8 Síntomas de la enfermedad o problema de salud

Un total de 24 estudios evalúan el efecto de la reflexología sobre otras medidas de resultado muy variadas, en general, cambios en los síntomas de la enfermedad o problema de salud [8,14,16,20–22,25,28,47,51,55,58–61,67,69,78,79,85,87,91,97,100]. En 14 de ellos estas medidas de resultado constituyen la medida de resultado principal del estudio [8,14,16,21,51,55,58,60,61,67,69,79,87,91]. En el Anexo 8 se muestran los resultados obtenidos para estas medidas de resultado cuando se compara el grupo de reflexología con el grupo control.

En 12 de los 24 estudios, todos ellos con un alto riesgo de sesgo excepto 2, con moderado riesgo de sesgo [22,58], no se obtuvo un efecto significativo de la reflexología en estas variables [14,20,22,25,28,47,58,59,61,78,91,97]. En concreto, en dos estudios realizados con pacientes con asma, no se observó efecto sobre la función pulmonar [14] ni sobre el control de los síntomas [61]. En este sentido, un tercer estudio realizado en pacientes con EPOC, tampoco obtuvo beneficios de la reflexología sobre la función pulmonar [47].

En dos estudios realizados en pacientes con cáncer, no se obtuvo efecto sobre la gravedad [20] ni sobre el control de síntomas (náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, distensión, frecuencia urinaria y proctitis) [97].

Dos estudios realizados en pacientes con esclerosis múltiple no observaron efecto sobre los niveles de espasmos [22], discapacidad [22] y gravedad de los síntomas de la enfermedad (espasmos musculares, rigidez muscular, función urinaria y función intestinal) [78].

Otros dos estudios evaluaron a pacientes con dolor lumbar [25] y dolor lumbar y/o pélvico durante embarazo [59], sin obtener beneficios en los niveles de discapacidad [25,59] y movilidad [59].

En los tres estudios faltantes no se obtuvo efecto en los síntomas somáticos, vasomotores y menstruales, memoria/concentración, sueño, atracción y comportamiento sexual, sofocos y sudores nocturnos de mujeres con menopausia [28]; ni en la frecuencia y consistencia defecación de pacientes con estreñimiento funcional [58]; ni en los síntomas de gravedad en pacientes con síndrome de piernas inquietas en pacientes en hemodiálisis [91].

Por el contrario, en los otros 12 de los 24 estudios se observó un efecto positivo estadísticamente significativo de la reflexología en las variables relacionadas con los síntomas específicos de estos problemas de salud. En 9 de estos estudios, estas variables constituyen la medida de resultado principal del estudio [8,16,21,51,55,60,67,79,87]. Salvo uno [79], que presenta un riesgo de sesgo moderado, el resto de los 12 ECA fueron calificados como de alto riesgo de sesgo. Pasamos a continuación a comentarlos.

Dos estudios realizados en personas con cáncer de mama, Ozdelikara *et al.* [85] (n=60) y Wyatt *et al.* [100] (n=286), observaron mejoras significativas del funcionamiento físico en las que recibieron reflexología frente a las que recibieron cuidado habitual. Adicionalmente, Ozdelikara *et al.* obtuvieron con la reflexología una mejora en el control de los síntomas (fatiga, náuseas-vómitos, dolor, problemas de sueño, pérdida de apetito, diarrea y estreñimiento), en comparación con cuidado habitual ($p<0,01$) y Wyatt *et al.* observaron una reducción de la gravedad de la disnea en el grupo reflexología, tanto frente al grupo que recibió cuidado habitual ($p<0,01$) como frente al que recibió placebo ($p=0,02$).

Dos estudios en niños con parálisis cerebral obtuvieron un efecto positivo de la reflexoterapia en alguna medida de resultado relacionada con los síntomas de la enfermedad (estreñimiento) ($p<0,01$). En el estudio de Elbasan *et al.* [67] (n=40), el grupo que recibió reflexología podal además de terapia de neurodesarrollo mostró una mejora del estreñimiento en comparación con el grupo que solo recibió terapia de neurodesarrollo. Por otro lado, Özkan *et al.* [87] (n=52) observaron una mejora de la espasticidad ($p<0,05$) y las funciones motoras ($p=0,01$) así como una disminución de la dependencia ($p<0,05$) con la aplicación de la reflexología podal en niños con parálisis cerebral en tratamiento con fisioterapia.

En uno de los 3 ECA en pacientes con esclerosis múltiple, Siev-Ner *et al.* [21], observaron una disminución de la intensidad de las parestesias

($p=0,01$) y una mejora de síntomas urinarios ($p=0,03$) y espasticidad ($p=0,03$). Por su parte, Gozuyesil *et al.* [69] ($n=131$) observaron una disminución de los sofocos, sudores y sudores nocturnos en mujeres en la menopausia ($p<0,01$) y Abdulaziz *et al.* [51] ($n=60$) una disminución significativa del volumen del edema maleolar en embarazadas con preeclampsia ($p<0,01$).

Bahonar *et al.* [55] observaron en pacientes traumáticos comatosos que en los grupos de reflexología aumentó el porcentaje de pacientes que recuperaron el nivel de conciencia ($p=0,02$) y disminuyó el número de días hasta la recuperación ($p=0,03$).

Da Silva *et al.* [60] observaron efectos positivos de la reflexología en indicadores relacionados con la discapacidad del pie en personas con diabetes mellitus tipo 2 ($p<0,05$), tales como una mejora en el crecimiento del pelo, elasticidad, hidratación, transpiración, textura e integridad de la piel/descamación.

En el ECA llevado a cabo por Mak *et al.* [8] se observó que la reflexología es ligeramente más eficaz que el masaje de pies no específico para reducir frecuencia de la micción durante el día ($p=0,03$) y durante las 24 horas ($p=0,06$) en pacientes con hiperactividad idiopática del detrusor.

Por su parte, Holt *et al.* [16] no pudieron demostrar ningún efecto positivo de la reflexología podal en inducir la ovulación, o sobre la intensidad y la regularidad de los periodos, frente al masaje podal no reflexológico ($p=0,01$). Sin embargo, ambos grupos duplicaron el porcentaje de ovulación al esperado.

Por último, Mirzaie *et al.* [79] ($n=74$) observaron un aumento significativo del volumen de leche materna producido por madres con bebés prematuros en aquellas que recibieron reflexología podal en comparación con las que recibieron reflexología simulada ($p<0,01$), si bien no se observaron diferencias en el peso, la saturación de oxígeno y la frecuencia cardíaca de los bebés.

V. Discusión

Este informe de ETS pretende responder a una pregunta de investigación que aborda el análisis de las pruebas científicas disponibles sobre la eficacia y seguridad de la reflexología podal para el tratamiento de cualquier indicación clínica.

Se ha partido de una RS previa publicada en el año 2011 [40] en la que se identificaron 15 ECA que analizan los efectos de la reflexología podal. Sus autores concluían que esta evidencia no conseguía demostrar convincentemente que la reflexología fuera un tratamiento efectivo para cualquier afección médica. El interés por realizar ECA parece haber aumentado durante los últimos años pues nuestra actualización de la búsqueda ha permitido identificar 53 nuevos ECA disponibles. Aunque se observa un intento por hacerlo mejor en algunos casos concretos, en general estos nuevos estudios tienen, al igual que los anteriores, baja calidad metodológica.

La presente evaluación se basa por tanto en los datos clínicos derivados de 68 ECA que fueron evaluados en general con alto riesgo de sesgo, con un total de 6.160 participantes.

Los estudios considerados son muy heterogéneos. Las poblaciones estudiadas van desde pacientes pre- o postoperatorios, pacientes con cáncer, diabetes, esclerosis múltiple, migraña, asma, intestino irritable, síntomas de menopausia, síndrome premenstrual y anovulación, dolor lumbar, edema maleolar o demencia. Sólo hay más de dos ECA en pacientes con cáncer, embarazo, pacientes candidatos o programados para cirugía de revascularización coronaria, esclerosis múltiple y dolor lumbar y en pacientes en hemodiálisis. Las medidas de resultado principales también varían, desde ansiedad, depresión, intensidad y duración del dolor y fatiga hasta calidad de vida, calidad del sueño y constantes vitales como presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno. El número de sesiones de reflexología en los ECA incluidos varió de 28 sesiones a únicamente 1 sesión. La duración de cada sesión de reflexología varió de 4,5 min hasta 1 hora. El período de seguimiento entre los estudios que informan este dato varió entre 3 días y 5,5 meses. Este nivel de variabilidad dificulta unas conclusiones robustas.

Respecto a la ansiedad, los resultados indican que la reflexología podal podría tener un efecto pequeño sobre los niveles de ansiedad. Sin embargo, presenta niveles muy altos de heterogeneidad (en torno al 90%) que no se explican por el tipo de patología o problema de salud que

presenten los pacientes ni el tipo de escala de medida. Se observan diferencias cuando la reflexología podal se compara con un control sin placebo [16,50,54,73,78,79,82,100], que se ven atenuadas si el comparador es con masaje placebo [7,11,52,53,59,88,90,92,95].

En cuanto a la depresión, no se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en el cambio en los niveles de depresión desde los valores iniciales (pre-intervención) hasta los valores finales o post-intervención entre los pacientes que recibieron reflexología podal y los que recibieron una intervención control, con [16,78,79] o sin masaje placebo [11,22,24,95,100].

Respecto a la calidad de vida de los pacientes, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el cambio en los niveles de calidad de vida desde los valores iniciales (pre-intervención) hasta los valores finales o postintervención entre los pacientes que recibieron reflexología podal y los que recibieron una intervención control, con [8,11,25,87,97] o sin masaje placebo [85].

En cuanto a los niveles de fatiga, se observan diferencias cuando la reflexología podal se compara con control sin placebo [68,70,83,84,86,94], mientras que, si el comparador es con masaje placebo [22,81,96,100], los efectos son difusos.

Con respecto a los niveles de dolor, se observan diferencias cuando la reflexología podal se compara con control sin placebo [7,24,29,53,57,59,68,72,76,86,88,98,100], mientras que, si el comparador es con masaje placebo [22,25,26,73–75,78], los efectos se desvanecen.

Respecto a las constantes vitales, se observan diferencias estadísticamente significativas en los niveles de presión arterial sistólica [46,50,51,56,65,74,92,93] y presión arterial diastólica [46,50,51,56,65,74,92,93] desde los valores pre-intervención hasta los valores post-intervención. El cambio en los niveles de presión arterial sistólica es significativo según el tipo de patología o problema de salud que presentan los pacientes (se observaron diferencias en pacientes sometidos a broncoscopia [92], pacientes en coma [93] y mujeres embarazadas [51]) y según tipo de comparador, tan solo cuando es comparado con un control sin masaje placebo [46,51,56,92,93]. El cambio en los niveles de presión arterial diastólica es significativo también según el tipo de patología o problema de salud que presentan los pacientes (se observaron diferencias en pacientes sometidos a broncoscopia [92] y mujeres embarazadas [51]) y según tipo de comparador, cuando es comparado con control sin masaje placebo [46,51,56,92,93].

En cuanto a la calidad de sueño, se observan diferencias cuando la reflexología podal se compara con control sin placebo medido por el

instrumento PSQI [57,77,96,99], mientras que, si el comparador es con masaje placebo [1,6,19,43–46], los efectos se desvanecen.

Por último, algunos estudios individuales mostraron un efecto positivo de la reflexología podal en algunas medidas de resultado relacionadas con los síntomas de la enfermedad o problema de salud, en concreto cáncer de mama, parálisis cerebral, esclerosis múltiple, menopausia, pacientes traumáticos comatosos, diabetes mellitus tipo 2, hiperactividad idiopática del detrusor, embarazadas con preeclampsia y madres de bebés prematuros.

Ninguna de las RS previas logró producir evidencia convincente de que la reflexología tiene beneficios para la salud más allá de una respuesta al placebo y esto está en línea con nuestra actualización.

A parte de la RS de Ernst *et al.* [40] que hemos actualizado, al menos siete RS previas más han evaluado el valor de la reflexología. Carpenter *et al.* 2005 [107] y Jeung *et al.* 2012 [108] evaluaron la reflexología junto con otras terapias alternativas; Wang *et al.* 2008 [109], Kim *et al.* 2010 [12], Jones *et al.* 2013 [74], y Mc Cullough *et al.* 2014 [34] evaluaron la reflexología en general; y Jeongsoon *et al.* 2011 [110] evaluaron específicamente la reflexología podal. Los autores de todas estas RS, salvo Jeongsoon *et al.*, coincidieron en concluir que la evidencia disponible no permitía una conclusión clara sobre los beneficios de la reflexología. Jeongsoon *et al.* incluyen 44 estudios en total, no únicamente ECA sino también ECnoA, y obtienen en su meta-análisis un efecto positivo de la reflexología sobre las tres variables estudiadas: fatiga, sueño y dolor.

Como demuestra el presente informe, la reflexología ha sido probada en una amplia variedad de problemas de salud, lo que implica que los reflexólogos creen que es efectiva en muchas situaciones y, sin embargo, su eficacia aún no está respaldada por pruebas sólidas.

El tratamiento con reflexología suele ser una experiencia agradable y relajante [111]. Una fuerte relación terapéutica entre los pacientes y los reflexólogos, que escuchan y proporcionan tiempo y consejos expertos [112], podría ser una de las razones de la popularidad de la reflexología.

La fortaleza de la RS de la literatura realizada para el presente informe de ETS radica en que se ha realizado conforme a los principios fundamentales para asegurar su transparencia, replicabilidad y más fácil actualización. La información explícita de la metodología empleada y la disponibilidad de los datos extraídos permite que también pueda ser objeto de una evaluación crítica.

La principal limitación de esta RS, derivada de la metodología, es la posibilidad de que no se hayan incluido en el análisis estudios relevantes

como resultado de su no publicación, porque lo estén en una lengua distinta del inglés o castellano, o por haberse publicado en revistas no indexadas.

VI. Conclusiones

A partir de la RS realizada para el presente informe de ETS, se pueden establecer las siguientes conclusiones sobre el uso la reflexología podal:

- A pesar del elevado número de ECA (68) que analizan la eficacia de la reflexología podal, son sólo unos pocos por patología o problema de salud. Además, su alto riesgo de sesgo y los pequeños tamaños muestrales empleados no permiten extraer conclusiones definitivas en ningún caso.
- Al igual que otras RS previas, este informe no identifica pruebas científicas convincentes para sugerir que la reflexología tiene beneficios para la salud más allá de una respuesta al placebo.
- La reflexología podal presenta pequeñas mejoras en los niveles de ansiedad, especialmente cuando se compara con un control sin masaje placebo. Sin embargo, los elevados niveles de heterogeneidad no permiten extraer conclusiones definitivas.
- La reflexología podal presenta mejoras en los niveles de fatiga, dolor y calidad de sueño únicamente cuando es comparada con el tratamiento habitual/no intervención, no con placebo.
- La reflexología podal reduce la presión arterial sistólica y diastólica sólo cuando es comparada con el tratamiento habitual/no intervención, no con placebo.
- La reflexología podal no presenta diferencias en los niveles de depresión respecto al tratamiento control (placebo/tratamiento habitual/no intervención). Tampoco en los niveles de calidad de vida.
- La reflexología podal mejora la calidad de sueño sólo cuando es comparada con el tratamiento habitual/no intervención, con placebo este beneficio se desvanece.
- Únicamente 14 de los ECA considerados informan sobre la seguridad de la reflexología podal. En 12 de estos estudios no se observaron eventos adversos relacionados con la aplicación de la reflexología. Los otros dos estudios informaron molestias durante el tratamiento.
- Doce estudios diferentes, de limitada calidad y validez científica por el alto riesgo de sesgo, en los que se evaluó la eficacia de la reflexoterapia en personas afectadas por distintos problemas de salud (cáncer de mama, parálisis cerebral, esclerosis múltiple, menopausia, pacientes traumáticos comatosos, diabetes mellitus tipo 2, hiperactividad

idiopática del detrusor, embarazadas con preeclampsia y madres de bebés prematuros), aportan resultados estadísticamente a favor de la reflexoterapia, pero de relevancia clínica no determinada, para medidas de resultado relacionadas con los síntomas del problema de salud. En otros 12 estudios en personas afectadas por asma, EPOC, cáncer, esclerosis múltiple, lumbalgia gestacional, climaterio, estreñimiento y síndrome de piernas inquietas en personas en hemodiálisis; de calidad y validez igualmente limitada, no se obtiene ningún efecto estadística o clínicamente relevante de la reflexología sobre el alivio de los síntomas específicos de estos problemas de salud.

Contribución de los autores

Autores

- *María del Mar Trujillo Martín*. Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC). Planificación, dirección y revisión del estudio y redacción parcial del presente informe.
- *Tasmania del Pino Sedeño*. Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Selección de estudios, extracción de datos, lectura crítica de los estudios incluidos, síntesis cuantitativa de resultados, redacción parcial del presente informe y revisión interna del informe.
- *Beatriz León Salas*. Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC). Selección de estudios, extracción de datos, lectura crítica de los estudios incluidos, síntesis cuantitativa de resultados, redacción parcial del presente informe y revisión interna del informe.
- *Javier García García*. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. Extracción de datos, lectura crítica de los estudios incluidos y revisión interna del informe.
- *Néstor Benítez Brito*. Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud. Selección de estudios, extracción de datos y revisión interna del informe.
- *Asunción Gaitán González*. C. S. Los Gladiolos, Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, Servicio Canario de la Salud. Selección de estudios, extracción de datos y revisión interna del informe.
- *Leticia Rodríguez-Rodríguez*. Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Desarrollo de la estrategia de búsqueda y consulta en bases de datos.

- Inmaculada Guerrero Fernández de Alba. Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Miguel Servet. Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC). Revisión interna del informe.
- *Pedro Serrano Aguilar*. Jefe del Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC). Supervisión del estudio, revisión del borrador del informe y de la versión final del informe.



mar.trujillomartin@sescs.es

Declaración de intereses

Los autores del presente informe completaron un formulario de declaración de intereses. Todos ellos declararon no tener intereses en relación con la tecnología evaluada y los comparadores considerados.

Referencias bibliográficas

1. Ministry of Health Malaysia. Traditional and Complementary Medicine Division. Practice Guideline on Reflexology for Reflexologist Practicing in Malaysia [Internet]. 2011. Disponible en: <http://tcm.moh.gov.my/v4/pdf/guideline/GPGOnReflexology2011.pdf>. Accessed 03.09.19
2. Blunt E. Foot reflexology. *Holist. Nurs. Pract.* 2006;20(5):257–9.
3. Embong NH, Soh YC, Ming LC, Wong TW. Revisiting reflexology: Concept, evidence, current practice, and practitioner training. *J. Tradit. Complement. Med.* 2015;5(4):197–206.
4. Kunz B& K. *Reflexology Health at Your Fingertips: Hands-on Treatment for Vitality and Well-being.* 1st editio. 2003.
5. Wang XM. Treating type II diabetes mellitus with foot reflexotherapy. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi.* 1993;13(9).
6. Stephenson N, Dalton JA, Carlson J. The effect of foot reflexology on pain in patients with metastatic cancer. *Appl. Nurs. Res.* 2003;16(4):284–6.
7. Tsay S, Chen H, Chen S, Lin H, Lin K. Effects of Reflexotherapy on Acute Postoperative Pain and Anxiety Among Patients With Digestive Cancer. *Cancer Nurs.* 2008;31(2):109–15.
8. Mak HLJ, Cheon WC, Wong T, Liu YSJ, Tong WMA. Randomized controlled trial of foot reflexology for patients with symptomatic idiopathic detrusor overactivity. *Int. Urogynecol. J.* 2007;18(6):653–8.
9. Mackereth P. The psychological basis for therapeutic outcomes of reflexology. In: Livingsstone C, editor. *Clinical Reflexology: A Guide for Health Professionals (Vol Second)*. Elsevier; 2011. p. 15–28.
10. Milligan M, Fanning M, Hunter S, Tadjali M, Stevens E. Reflexology audit: patient satisfaction, impact on quality of life and availability in Scottish hospices. *Int. J. Palliat. Nurs.* 2002;8(10):489–96.
11. Sharp DM, Walker MB, Chaturvedi A, Upadhyay S, Hamid A, Walker AA, et al. A randomised, controlled trial of the psychological effects of reflexology in early breast cancer. *Eur. J. Cancer.* 2010;46(2):312–22.
12. Kim JI, Lee MS, Kang JW, Choi DY, Ernst E. Reflexology for the symptomatic treatment of breast cancer: A systematic review. *Integr. Cancer Ther.* 2010;
13. Petersen LN, Faurschou P, Olsen OT, Svendsen UG. Foot zone therapy and bronchial asthma--a controlled clinical trial. *Ugeskr.*

- Laeger. 1992;154(30):2065–8.
14. Brygge T, Heinig JH, Collins P, Ronborg S, Gehrchen PM, Hilden J, et al. Reflexology and bronchial asthma. *Ugeskr. Laeger.* 2002;164(18):2405–10.
 15. Oleson T, Flocco W. Randomized controlled study of premenstrual symptoms treated with ear, hand, and foot reflexology. *Obstet. Gynecol.* 1993;82(6):906–11.
 16. Holt J, Lord J, Acharya U, White A, O'Neill N, Shaw S, et al. The effectiveness of foot reflexology in inducing ovulation: a sham-controlled randomized trial. *Fertil. Steril.* 2009;91(6):2514–9.
 17. Conrad C. Reflexology for Stroke Patients. 2014.
 18. Hall P. Reflexology for Stroke [Internet]. 2002 [Accedido 30-09-2019]. Disponible en: <http://www.positivehealth.com/article/reflexology/reflexology-for-stroke>
 19. Hodgson H. Does reflexology impact on cancer patients' quality of life? *Nurs. Stand.* 2000;14(31):33–8.
 20. Ross CSK, Hamilton J, Macrae G, Docherty C, Gould A, Cornbleet MA. A pilot study to evaluate the effect of reflexology on mood and symptom rating of advanced cancer patients. *Palliat. Med.* 2002;16(6):544–5.
 21. Siev-Ner I, Gamus D, Lerner-Geva L, Achiron A. Reflexology treatment relieves symptoms of multiple sclerosis: A randomized controlled study. *Mult. Scler.* 2003;9(4):356–61.
 22. Hughes CM, Smyth S, Lowe-Strong AS. Reflexology for the treatment of pain in people with multiple sclerosis: A double-blind randomised sham-controlled clinical trial. *Mult. Scler.* 2009;15(11):1329–38.
 23. Mackereth PA, Booth K, Hillier VF, Caress AL. Reflexology and progressive muscle relaxation training for people with multiple sclerosis: A crossover trial. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2009;15(1):14–21.
 24. Poole H, Glenn S, Murphy P. A randomised controlled study of reflexology for the management of chronic low back pain. *Eur. J. Pain.* 2007;11(8):878–87.
 25. Quinn F, Hughes CM, Baxter GD. Reflexology in the management of low back pain: A pilot randomised controlled trial. *Complement. Ther. Med.* 2008;16(1):3–8.
 26. Tovey PA. A single-blind trial of reflexology for irritable bowel syndrome. *Br. J. Gen. Pract.* 2002;52(474):19–23.
 27. Mollart L. Single-blind trial addressing the differential effects of two

- reflexology techniques versus rest, on ankle and foot oedema in late pregnancy. *Complement. Ther. Nurs. Midwifery*. 2003;9(4):203–8.
28. Williamson J, White A, Hart A, Ernst E. Randomised controlled trial of reflexology for menopausal symptoms. *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol*. 2002;109(9):1050–5.
 29. Hodgson NA, Andersen S. The clinical efficacy of reflexology in nursing home residents with dementia. *J. Altern. Complement. Med*. 2008;14(3):269–75.
 30. Gill G V., Redmond S, Garratt F, Paisey R. Diabetes and Alternative Medicine: Cause for Concern. *Diabet. Med*. 1994;11(2):210–3.
 31. White AR, Williamson J, Hart A, Ernst E. A blinded investigation into the accuracy of reflexology charts. *Complement. Ther. Med*. 2000;8(3):166–72.
 32. Tiran D, Chummun H. The physiological basis of reflexology and its use as a potential diagnostic tool. *Complement. Ther. Clin. Pract*. 2005;11(1 SPEC. ISS.):58–64.
 33. Ingham E. *Stories the Feet Can Tell Thru Reflexology*. St Petersburg, Fla, USA: Ingham Publishing; 1984.
 34. McCullough JEM, Liddle SD, Sinclair M, Close C, Hughes CM. The physiological and biochemical outcomes associated with a reflexology treatment: A systematic review. *Evidence-based Complement. Altern. Med*. 2014;
 35. Tiran D. *Reflexology in Pregnancy and Childbirth*. 2010.
 36. Puñal-Riobóo J, Baños Álvarez E, Varela Lema L, Castillo Muñoz M, Atienza Merino G, Ubago Pérez R, et al. *Guía para la elaboración y adaptación de informes rápidos de evaluación de tecnologías sanitarias*. Santiago de Compostela; Madrid: Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del SNS. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud. Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico, avalia-t; 2016.
 37. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. 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.
 38. Ernst E, Köder K. An overview of reflexology. *Eur. J. Gen. Pract*. 1997;3(2):52–7.
 39. Ernst E. Is reflexology an effective intervention? A systematic review of randomised controlled trials. *Med. J. Aust*. 2009;191:263–6.

40. Ernst E, Posadzki P, Lee MS. Reflexology: An update of a systematic review of randomised clinical trials. *Maturitas*. 2011;68(2):116–20.
41. Higgins JP, Savović E, Page MJ, Sterne JA. Revised Cochrane risk of bias tool for randomized trials (RoB 2.0). In: Chandler J, McKenzie I, Boutron I, Welch V, editors. *Cochrane Methods*. Cochrane Database of Systematic Review; 2016. p. 52.
42. Egger M, Smith GD, Altman DG. *Systematic Reviews in Health Care: Meta-Analysis in Context*. 2nd ed. London: BMJ Publishing Group; 2008.
43. Fleiss JL. The statistical basis of meta-analysis. *Stat. Methods Med. Res.* 1993;
44. Higgins JPT, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *Br. Med. J.* 2003;
45. Berlin JA, Laird NM, Sacks HS, Chalmers TC. A comparison of statistical methods for combining event rates from clinical trials. *Stat. Med.* 1989;8(2):141–51.
46. Moeini M, Kahangi LS, Valiani M, Heshmat R. The effect of reflexotherapy on patients' vital signs before coronary artery bypass graft surgery. *Iran. J. Nurs. Midwifery Res.* 2011;16(1):8–12.
47. Wilkinson ISA, Prigmore S, Rayner CF. A randomised-controlled trial examining the effects of reflexology of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2006;12(2):141–7.
48. Chang H. Effect of foot reflexology on patient's pain and mood following a mastectomy. *Asian Oncol Nurs.* 2001;1:204–2016.
49. Park J, Yoo H, Lee H. The effects of foot reflex zone massage on patient pain and sleep satisfaction following mastectomy. •e J. Korean Acad. Soc. Home Care Nurs. 2006;20(20):136–43.
50. Abbaszadeh Y, Allahbakhshian A, Seyyedrasooli A, Sarbakhsh P, Goljarian S, Safaei N. Effects of foot reflexology on anxiety and physiological parameters in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: A clinical trial. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2018;31:220–8.
51. Abdulaziz KS, Draz AH. Reflexology versus traditional physical therapy program in pre-eclampsic pregnant women with ankle oedema. *Int. J. PharmTech Res.* 2016;9(5):8–15.
52. Attias S, Keinan Boker L, Arnon Z, Ben-Arye E, Bar'Am A, Sroka G, et al. Effectiveness of integrating individualized and generic complementary medicine treatments with standard care versus

- standard care alone for reducing preoperative anxiety. *J. Clin. Anesth.* 2016;29:54–64.
53. Azima S, Bakhshayesh HR, Mousavi S, Ashrafizaveh A. Comparison of the effects of reflexology and massage therapy on primary dysmenorrheal. *Biomed. Res.* 2015;26(3):471–6.
 54. Bagheri-Nesami M, Shorofi SA, Zargar N, Sohrabi M, Gholipour-Baradari A, Khalilian A. The effects of foot reflexology massage on anxiety in patients following coronary artery bypass graft surgery: A randomized controlled trial. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2014;20(1):42–7.
 55. Bahonar E, Ghezeljeh TN, Haghani H. Comparison of Single and Combined Effects of Nature Sounds and Foot Sole Reflexology Massage on the Level of Consciousness in Traumatic Comatose Patients: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Holist. Nurs. Pract.* 2019;33(3):177–86.
 56. Bahrami T, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Vaismoradi M, Tadrissi SD, Sieloff CL. Aromatherapy massage versus reflexology on female elderly with acute coronary syndrome. *Nurs. Crit. Care.* 2018;23(5):229–36.
 57. Bakir E, Baglama SS, GURSOY S. The effects of reflexology on pain and sleep deprivation in patients with rheumatoid arthritis: A randomized controlled trial. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2018;31:315–9.
 58. Canbulat Sahiner N, Demirgoz Bal M. A Randomized Controlled Trial Examining the Effects of Reflexology on Children with Functional Constipation. *Gastroenterol. Nurs.* 2017;40(5):393–400.
 59. Close C, Sinclair M, Cullough JM, Liddle D, Hughes C. A pilot randomised controlled trial (RCT) investigating the effectiveness of reflexology for managing pregnancy low back and/or pelvic pain. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2016;23:117–24.
 60. Silva NCM da, Chaves É de CL, Carvalho EC de, Carvalho LC, lunes DH. Foot reflexology in feet impairment of people with type 2 diabetes mellitus: randomized trial. *Rev. Lat. Am. Enfermagem.* 2015;23(4):603–10.
 61. Dashti S, Shahmari M, Mirzaaghazadeh A, Mirzaaghazadeh M. Effect of Foot Reflexology and Olive Oil Foot Massage on Asthma Control. *Glob. J. Health Sci.* 2016;8(12):53.
 62. Oliveira BH De, Silva AQDA Da, Ludtke DD, Madeira F, Medeiros GMDS, Parreira RB, et al. Foot Reflexotherapy Induces Analgesia in Elderly Individuals with Low Back Pain: A Randomized, Double-Blind, Controlled Pilot Study. *Evidence-based Complement. Altern. Med.* 2017;2017:2378973.

63. Dikmen HA, Terzioğlu F. Effects of Reflexology and Progressive Muscle Relaxation on Pain, Fatigue, and Quality of Life during Chemotherapy in Gynecologic Cancer Patients. *Pain Manag. Nurs.* 2019;20(1):47–53.
64. Dolatian M, Hasanpour A, Montazeri S, Heshmat R, Alavi Majd H. The Effect of Reflexology on Pain Intensity and Duration of Labor on Primiparas. *Iran Red Crescent Med J.* 2011;13:475–9.
65. Ebadi A, Kavei P, Moradian ST, Saeid Y. The effect of foot reflexology on physiologic parameters and mechanical ventilation weaning time in patients undergoing open-heart surgery: A clinical trial study. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2015;21(3):188–92.
66. Eghbali Babadi M, Nazari F, Safari R, Abdoli S. The effect of reflexology on pain perception aspects in nurses with chronic low back pain in Isfahan. *Iran. J. Nurs. Midwifery Res.* 2016;21(5):487.
67. Elbasan B, Bezgin S. The effects of reflexology on constipation and motor functions in children with cerebral palsy. *Pediatr. Neonatol.* 2018;59(1):42–7.
68. Gök Metin Z, Özdemir L. The Effects of Aromatherapy Massage and Reflexology on Pain and Fatigue in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Randomized Controlled Trial. *Pain Manag. Nurs.* 2016;17(2):140–9.
69. Gözüyesil E, Baser M. The effect of foot reflexology applied to women aged between 40 and 60 on vasomotor complaints and quality of life. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2016;24:78–85.
70. Hesami M, Kalhor M, Roshani D, Fathi M. The effect of reflexology on fatigue in cancer patients receiving chemotherapy. *Crescent J. Med. Biol. Sci.* 2019;6(2):151–7.
71. Hodgson NA, Lafferty D. Reflexology versus Swedish massage to reduce physiologic stress and pain and improve mood in nursing home residents with cancer: A pilot trial. *Evidence-based Complement. Altern. Med.* 2012;2012:456897.
72. Imani N, Shams SA, Radfar M, Ghavami H, Khalkhali HR. Effect of applying reflexology massage on nitroglycerin-induced migraine-type headache: A placebo-controlled clinical trial. *Agri.* 2018;30(3):116–22.
73. Jahani S, Salari F, Elahi N, Cheraghian B. The effect of reflexology in intensity of pain and anxiety among patients suffering from metastatic cancer in adults' hematology ward. *Asian J. Pharm. Clin. Res.* 2018;11(6):401–5.
74. Jones J, Thomson P, Lauder W, Howie K, Leslie SJ. Reflexology has no immediate haemodynamic effect in patients with chronic heart failure: A double blind randomised controlled trial.

Complement. Ther. Clin. Pract. 2013;19(3):133–8.

75. Kobza W, Pawel L, Zięba HR. Effects of feet reflexology versus segmental massage in reducing pain and its intensity, frequency and duration of the attacks in females with migraine: a pilot study. *J. Tradit. Chinese Med. = Chung i tsa chih ying wen pan.* 2017;37(2):214–9.
76. Koç T, Gözen D. The Effect of Foot Reflexology on Acute Pain in Infants: A Randomized Controlled Trial. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 2015;12(5):289–96.
77. Li CY, Chen SC, Li CY, Gau ML, Huang CM. Randomised controlled trial of the effectiveness of using foot reflexology to improve quality of sleep amongst Taiwanese postpartum women. *Midwifery.* 2011;27(2):181–6.
78. Miller L, McIntee E, Mattison P. Evaluation of the effects of reflexology on quality of life and symptomatic relief in multiple sclerosis patients with moderate to severe disability; A pilot study. *Clin. Rehabil.* 2013;27(7):591–8.
79. Mirzaie P, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Goljarian S, Mirghafourvand M, Hoseinie MB. The effect of foot reflexology massage on breast milk volume of mothers with premature infants: A randomized controlled trial. *Eur. J. Integr. Med.* 2018;17(November 2017):72–8.
80. Moghimi Hanjani S, Mehdizadeh Tourzani Z, Shoghi M. The effect of foot reflexology on anxiety, pain, and outcomes of the labor in primigravida women. *Acta Med. Iran.* 2015;53(8):507–11.
81. Mohammadi S, Pouladi S, Ostovar A, Ravanipour M. Effects of foot reflexology massage on pain and fatigue in patients undergoing coronary artery bypass graft. *Ann. Trop. Med. Public Heal.* 2018;8(Special Issue):S513.
82. Molavi Vardanjani M, Masoudi Alavi N, Sadat Razavi N, Aghajani M, Azizi-Fini E, Morteza Vaghefi S. A Randomized-Controlled Trial Examining the Effects of Reflexology on Anxiety of Patients Undergoing Coronary Angiography. *Nurs. Midwifery Stud.* 2013;2(1):3–9.
83. Nazari F, Shahreza MS, Shaygannejad V, Valiani M. Comparing the effects of reflexology and relaxation on fatigue in women with multiple sclerosis. *Iran. J. Nurs. Midwifery Res.* 2015;20(2):200–4.
84. Nourmohammadi H, Motaghi M, Borji M, Tarjoman A, Soltany B. The effects of reflexology on fatigue severity of patients with cancer. *Asian Pacific J. Cancer Prev.* 2019;20(2):391–4.
85. Özdelikara A, Tan M. The effect of reflexology on the quality of life with breast cancer patients. *Complement. Ther. Clin. Pract.*

2017;29:122–9.

86. Özdemir G, Ovayolu N, Ovayolu Ö. The effect of reflexology applied on haemodialysis patients with fatigue, pain and cramps. *Int. J. Nurs. Pract.* 2013;19(3):265–73.
87. Özkan F, Zincir H. The effect of reflexology upon spasticity and function among children with cerebral palsy who received physiotherapy: Three group randomised trial. *Appl. Nurs. Res.* 2017;36:128–34.
88. Ozturk R, Sevil U, Sargin A, Yucebilgin MS. The effects of reflexology on anxiety and pain in patients after abdominal hysterectomy: A randomised controlled trial. *Complement. Ther. Med.* 2018;36(November 2017):107–12.
89. Ramezanibadr F, Amini K, Hossaingholipor K, Faghihzadeh S. The impacts of foot reflexology on anxiety among male candidates for coronary angiography: A three-group single-blind randomized clinical trial. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2018;32(June):200–4.
90. Shaermoghadam S, Shahdadi H, Khorsandvakilzadeh A, Afshari M, Badakhsh M. Comparison of the effects of foot and hand reflexology massages on stress and anxiety in candidate patients undergoing upper gastrointestinal endoscopy. *Int. J. Pharm. Clin. Res.* 2016;8(8):1254–9.
91. Shahgholian N, Jazi S, Karimian J, Valiani M. The effects of two methods of reflexology and stretching exercises on the severity of restless leg syndrome among hemodialysis patients. *Iran. J. Nurs. Midwifery Res.* 2016;21(3):219.
92. Shahsavari H, Abad MEE, Yekaninejad MS. The effects of foot reflexology on anxiety and physiological parameters among candidates for bronchoscopy: A randomized controlled trial. *Eur. J. Integr. Med.* 2017;12(May):177–81.
93. Sheikh S, Yaghoubinia F, Navidian A. Impact of foot reflexology massage on the patients' physiological indicators without trauma with loss of consciousness in the intensive care unit. *Indian J. Public Heal. Res. Dev.* 2017;8(2):201–6.
94. Shobeiri F, Manoucheri B, Parsa P, Roshanaei G. Effects of counselling and sole reflexology on fatigue in pregnant women: A randomized clinical trial. *J. Clin. Diagnostic Res.* 2017;11(6):QC01–4.
95. Soheili M, Nazari F, Shaygannejad V, Valiani M. A comparison the effects of reflexology and relaxation on the psychological symptoms in women with multiple sclerosis. *J. Educ. Health Promot.* 2017;6(1):11.
96. Unal KS, Balci Akpinar R. The effect of foot reflexology and back

- massage on hemodialysis patients' fatigue and sleep quality. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2016;24:139–44.
97. Uysal N, Kutlutürkan S, Uğur I. Effects of foot massage applied in two different methods on symptom control in colorectal cancer patients: Randomised control trial. *Int. J. Nurs. Pract.* 2017;23(3).
 98. Valiani M, Shiran E, Kianpour M, Hasanpour M. Reviewing the effect of reflexology on the pain and certain features and outcomes of the labor on the primiparous women. *Iran. J. Nurs. Midwifery Res.* 2010;15(Suppl 1):302–10.
 99. Valizadeh L, Seyyedrasooli A, Zamanazadeh V, Nasiri K. Comparing the effects of reflexology and footbath on sleep quality in the elderly: A controlled clinical trial. *Iran. Red Crescent Med. J.* 2015;17(11):1–8.
 100. Wyatt G, Sikorskii A, Rahbar MH, Victorson D, You M. Health-Related Quality-of-Life Outcomes: A Reflexology Trial With Patients With Advanced-Stage Breast Cancer. *Oncol. Nurs. Forum.* 2012;39(6):568–77.
 101. McCullough JE, Close C, Liddle SD, Sinclair M, Hughes CM. A pilot randomised controlled trial exploring the effects of antenatal reflexology on labour outcomes. *Midwifery.* 2017;
 102. McCullough JEM, Liddle SD, Close C, Sinclair M, Hughes CM. Reflexology: A randomised controlled trial investigating the effects on beta-endorphin, cortisol and pregnancy related stress. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2018;31:76–84.
 103. Bahonar E, Najafi Ghezeljeh T, Haghani H. Comparison of the effects of nature sounds and reflexology on hemodynamic indices among traumatic comatose patients: A randomized controlled clinical trial. *J. Complement. Integr. Med.* 2019;16(3):/j/cim.
 104. Nazari F, Soheili M, Hosseini S, Shaygannejad V. A comparison of the effects of reflexology and relaxation on pain in women with multiple sclerosis. *J. Complement. Integr. Med.* 2016;13(1):65–71.
 105. Uysal S, Arda B, Taşbakan MI, Çetinkalp Ş, Şimşir IY, Öztürk AM, et al. Risk factors for amputation in patients with diabetic foot infection: a prospective study. *Int. Wound J.* 2017 Jul;
 106. Lefort H, Bon O, Hersan O, Tourtier J-P. Wound or medical device protection: benefits of the waterproof dressing Secuderm(r). [Protection des plaies ou d'un dispositif médical: intérêts du pansement étanche Secuderm®]. *Med Emerg. MJEM.* 2014;20:3–8.
 107. Carpenter JS, Neal JG. Other complementary and alternative medicine modalities: Acupuncture, magnets, reflexology, and homeopathy. In: *American Journal of Medicine.* 2005. p. 109–17.

108. Yeung WF, Chung KF, Poon MMK, Ho FYY, Zhang SP, Zhang ZJ, et al. Acupressure, reflexology, and auricular acupressure for insomnia: A systematic review of randomized controlled trials. *Sleep Med.* 2012;13(8):971–84.
109. Wang MY, Tsai PS, Lee PH, Chang WY, Yang CM. The efficacy of reflexology: Systematic review. *J. Adv. Nurs.* 2008;62(5):512–20.
110. Lee J, Han M, Chung Y, Kim J, Choi J. Effects of Foot Reflexology on Fatigue, Sleep and Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *J. Korean Acad. Nurs.* 2011;41(6):821.
111. Grealish L, Lomasney A, Whiteman B. Foot massage: A nursing intervention to modify the distressing symptoms of pain and nausea in patients hospitalized with cancer. *Cancer Nurs.* 2000;23(3):237–43.
112. McCaffrey AM, Pugh GF, O'Connor BB. Understanding patient preference for integrative medical care: Results from patient focus groups. *J. Gen. Intern. Med.* 2007;22(11):1500–5.

Anexos

Anexo 1. Estrategias de búsqueda

Medline 04.07.2019		
1	Reflexology.ti,ab,kw.	482
2	(Foot adj1 (reflexotherapy or reflexology)).ti,ab,kw.	80
3	Reflex* therapy.ti,ab.	128
4	Reflexological treatment.mp.	5
5	((foot or feet) adj1 massage).mp.	74
6	exp Massage/tu, th [Therapeutic Use, Therapy]	45
7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	697
8	limit 7 to yr="2010 -Current"	282
9	Randomized Controlled Trials as Topic/	124855
10	randomized controlled trial/	484910
11	Random Allocation/	99535
12	Double Blind Method/	152028
13	Single Blind Method/	26980
14	clinical trial/	516784
15	clinical trial, phase i.pt.	19088
16	clinical trial, phase ii.pt.	30776
17	clinical trial, phase iii.pt.	15210
18	clinical trial, phase iv.pt.	1724
19	controlled clinical trial.pt.	93142
20	randomized controlled trial.pt.	484910
21	multicenter study.pt.	252666
22	clinical trial.pt.	516784
23	exp Clinical Trials as topic/	327540
24	or/9-23	1301021
25	(clinical adj trial\$).tw.	336235
26	((singl\$ or doubl\$ or treb\$ or tripl\$) adj (blind\$3 or mask\$3)).tw.	164639
27	PLACEBOS/	34394
28	placebo\$.tw.	205407

29	randomly allocated.tw.	26482
30	(allocated adj2 random\$.tw.	29648
31	or/25-30	593891
32	24 or 31	1545667
33	case report.tw.	290443
34	letter/	1032839
35	historical article/	352572
36	or/33-35	1660857
37	32 not 36	1510668
38	7 and 37	214
39	limit 38 to yr="2010 -Current"	127

Embase 04.07.2019

1	'reflexology'/exp OR 'reflexology'	1,058
2	'foot reflexology'	121
3	'foot reflexotherapy':ti,ab	7
4	'reflex therapy':ti,ab	150
5	'reflexological treatment':ti,ab	4
6	((foot OR feet) NEXT/1 massage):ti,ab	92
7	(foot NEXT/1 (reflexotherapy OR reflexology)):ti,ab	125
8	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7	1,271
9	(#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7) AND [2010-2019]/py	678
10	'clinical trial'/de	965,606
11	'randomized controlled trial'/de	536,242
12	'controlled clinical trial'/de	427,107
13	'multicenter study'/de	218,031
14	'phase 3 clinical trial'/de	40,079
15	'phase 4 clinical trial'/de	3,304
16	'randomization'/exp	82,704
17	'single blind procedure'/de	34,003
18	'double blind procedure'/de	161,792
19	'crossover procedure'/de	58,081
20	'placebo'/de	336,229

21	'randomi*ed controlled trial':ti,ab	203,860
22	rct:ti,ab	33,045
23	(random* NEAR/2 allocat*):ti,ab	39,891
24	'single blind':ti,ab	23,057
25	'double blind':ti,ab	200,248
26	((treble OR triple) NEAR/1 blind*):ti,ab	1,073
27	placebo*:ti,ab	291,050
28	'prospective study'/de	528,419
29	#10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28	2,161,876
30	'case study'/de	61,311
31	'case report':ti,ab	398,500
32	'abstract report'/de OR 'letter'/de	1,101,958
33	'conference paper'/it	751,270
34	'conference abstract'/it	3,426,494
35	'conference proceeding'/it	0
36	'editorial'/it	616,321
37	'note'/it	746,687
38	#30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37	6,983,000
39	#29 NOT #38	1,582,851
40	#9 AND #39	212

Cochrane 05.07.2019

1	(Foot near/1 (reflexotherapy or reflexology))	199
2	(Reflexological treatment):ti,ab,kw	7
3	((foot or feet) near/1 massage):ti,ab,kw	122
4	(reflexology):ti,ab,kw	403
5	#1 or #2 #3 or #4 con año de publicación de 2010 hasta 2019, en Ensayos	317

AMED 04.07.2019		
1	reflexology.ti,ab,tw.	286
2	Foot reflexotherapy.ti,ab,tw.	2
3	Reflex therapy.ti,ab,tw.	6
4	Reflexological treatment.ti,ab,tw.	1
5	((foot or feet) adj1 massage).ti,ab,tw.	25
6	reflexology/	233
7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	307
8	limit 7 to yr="2010 -Current"	76

Anexo 2. Herramienta utilizada para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos

RoB 2.0 (versión 15 marzo 2019)

Domain 1: Bias arising from the randomization process
1.1 Was the allocation sequence random?
Y / PY / PN / N / NI
1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were recruited and assigned to interventions?
Y / PY / PN / N / NI
1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?
Y / PY / PN / N / NI
Risk of bias judgement
Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias arising from the randomization process?
Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable
Domain 2: Bias due to deviations from intended interventions
2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?
Y / PY / PN / N / NI
2.2. Were carers and trial personnel aware of participants' assigned intervention during the trial?
Y / PY / PN / N / NI
2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?
Y / PY / PN / N / NI
2.4. If Y/PY to 2.3: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?
Y / PY / PN / N / NI
2.5 If N/PN/NI to 2.4: Were these deviations likely to have affected the outcome?
Y / PY / PN / N / NI
2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?
Y / PY / PN / N / NI
2.7 If N/PN/NI to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?
Y / PY / PN / N / NI
Risk of bias judgement
Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias due to deviations from intended interventions?

<i>Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable</i>
Domain 3: Bias due to missing outcome data
3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?
Y / PY / PN / N / NI
3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that the result was not biased by missing outcome data?
Y / PY / PN / N / NI
3.3 If N/PN/NI to 3.1: Could missingness in the outcome depend on its true value?
Y / PY / PN / N / NI
3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?
Y / PY / PN / N / NI
Risk of bias judgement
Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias due to missing outcome data?
<i>Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable</i>
Domain 4: Bias in measurement of the outcome
4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?
Y / PY / PN / N / NI
4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?
Y / PY / PN / N / NI
4.3 If N/PN/NI to 4.1 and 4.2: Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?
Y / PY / PN / N / NI
4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?
Y / PY / PN / N / NI
4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?
Y / PY / PN / N / NI
Risk of bias judgement
Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias in measurement of the outcome?
<i>Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable</i>
Domain 5: Bias in selection of the reported result
Are the reported outcome data likely to have been selected, on the basis of the results, from...
5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?
Y / PY / PN / N / NI

5.2 Is the numerical result being assessed likely to have been selected, on the basis of the results, from... multiple outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?
Y / PY / PN / N / NI
5.3 ... multiple analyses of the data?
Y / PY / PN / N / NI
Risk of bias judgement
Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias due to selection of the reported result?
<i>Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable</i>
Overall bias
Risk of bias judgement
Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias arising from the randomization process?
<i>Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable</i>

Anexo 3. Organizaciones contactadas

Organizaciones participantes en la revisión del protocolo

Organización	Contacto
Asociación Nacional de Profesionales y Autónomos de las Terapias Naturales (COFENAT)	Sally Morón
Associació de Familiars i Amics de Nens Oncològics de Catalunya (AFANOC)	Bibiana Carrasco
Asociación Internacional de Reflexología Infantil (AIRI)	Ángeles Hinojosa
Unidad de Bienestar	Enric Alzamora
Escuela Española de Reflexología. Reflexología Neuromuscular	Joaquín Muñoz
Asociación para el estudio y la difusión de las Reflexologías (Edireflex)	Carolina Chinchilla

Organizaciones contactadas sin respuesta

Organización
Asociación Ecológica de Naturismo y Medicinas Alternativas
Asociación de Terapias y Medicinas Alternativas y Naturales (ATMANA)
Asociación Cultural y Medicinas Alternativas Mundo Armonía
Asociación Internacional de Medicinas Tradicionales y Terapias Alternativas
Gallega de Aloe Vera Medicinas Alternativas y Estética
Asociación Española de Médicos Naturistas (AEMN)
Sociedad Española de Medicina Naturista Clásica (SEMNC)
Organización Colegial Naturopática
Asociación Profesional Española de Naturopatía y Bioterapia (APENB)
Asociación Oncología Integrativa
Asociación Española de Reflexología RANVVAI
Asociación para el Apoyo y la Divulgación de la Reflexología Holística y Estética Andaluza (ADRHEA)
Reflexología Asociación

Organizaciones participantes en la revisión externa del informe

Organización	Contacto
Asociación para el Estudio y Difusión de las Reflexologías-Edireflex	Verónica Leiva Velasco
Asociación para la información y la investigación de la Hipomagnesemia familiar-HIPOFAM	Antonio Cabrera Cantero
Asociación Nacional de Profesionales y Autónomos de las Terapias Naturales (COFENAT)	Sally Morón
Asociación para Proteger al Enfermo de Terapias Pseudocientíficas (APETP)	Elena Campos Sánchez
Fundación Terapias Naturales (FTN)	Mª del Mar García Sánchez
Red de prevención del sectarismo y abuso de la debilidad-RedUNE	Emilio José Molina Cazorla

Anexo 4. Estudios excluidos

Actualización de la búsqueda

Estudio/Motivo principal de exclusión
Diseño
1. Attias S <i>et al.</i> Analgesic Effects of Reflexology in Patients Undergoing Surgical Procedures: A Randomized Controlled Trial. <i>J Altern Complement Med.</i> 2018 Aug;24(8):809-815.
2. Aydin Y <i>et al.</i> Effect of Reflexology to Depressive Symptoms in Women With Overactive Bladder. <i>Holist Nurs Pract.</i> 2016 Sep-Oct;30(5):294-300.
3. Esmel-Esmel L <i>et al.</i> Exploring the body through reflexology: Physical behaviors observed during application. <i>Complement Ther Clin Pract.</i> 2016 Nov; 25:52-58.
4. Gunnarsdottir TJ <i>et al.</i> Healing crisis in reflexology: Becoming worse before becoming better. <i>Complement Ther Clin Pract.</i> 2010 Nov;16(4):239-43.
5. Gunnarsdottir TJ <i>et al.</i> Effects of reflexology on fibromyalgia symptoms: a multiple case study. <i>Complement Ther Clin Pract.</i> 2010 Aug;16(3):167-172.
6. Johns C <i>et al.</i> Can reflexology maintain or improve the well-being of people with Parkinson's Disease? <i>Complement Ther Clin Pract.</i> 2010 May;16(2):96-100.
7. Kielar K <i>et al.</i> The effects of reflexology on joint pain and disability in patients with osteoarthritis of the hip joints. <i>Postępy Rehabilitacji</i> 2017, (3): 29–40.
8. Otter S <i>et al.</i> The effects of reflexology in reducing the symptoms of fatigue in people with rheumatoid arthritis: A preliminary study. <i>J Altern Complement Med.</i> 2010 Dec;16(12):1251-2.
9. Padmavathi P. Effect of acupressure vs reflexology on pre-menstrual syndrome among adolescent girls--a pilot study. <i>Nurs J India.</i> 2014 Sep-Oct;105(5):236-9.
10. Robertshawe P <i>et al.</i> Effectiveness of reflexology in treating idiopathic constipation in women. <i>Journal of the Australian Traditional-Medicine Society</i> 2010 Jun; 16 (2): 97.
11. Stone PS. Reflexology & headaches: Opening the door to relief. <i>Massage & Bodywork Magazine.</i> 2011 July; 26(4): 34
12. Zollicoffer M. Aveda's chakra balancing massage: a blend of bodywork reflexology and energy work. <i>Massage bodywork. Nurturing body, mind & spirit.</i> 2010 March/april: 44-51.
Abstract
13. Baghani S <i>et al.</i> Postoperative effects of reflexology on the physiological parameters of patients with appendicitis. <i>Avicenna Journal of Phytomedicine.</i> 2015; 5:11-12.
14. Bezgin S, Elbasan B. The investigation of the effects of reflexology with neurodevelopmental treatment approach on gross motor function and constipation children with cerebral palsy, 9th World Congress for Neurorehabilitation. 2016; WCNr-0304.
15. Cappai E <i>et al.</i> Reflexology in breast cancer patients receiving chemotherapy: results from a single center pilot study. <i>Supportive care in cancer.</i> 2013; S233: 21.
16. Langstone-Wring AP <i>et al.</i> Measuring Chronic Heart Failure (CHF) patients response to Clinical Reflexology (CR) delivery: a randomized Controlled Pilot Study. <i>European Journal of Integrative Medicine.</i> 2016; 8(4):590.

17. Magno S <i>et al.</i> Effects of plantar reflexology on sleep and quality of life in patients with breast cancer undergoing chemotherapy and hormonal therapies. <i>Journal of Clinical Oncology</i> . 2017;35(15).
18. Moghimi Hanjani S <i>et al.</i> The effect of foot reflexology on pain intensity and duration of labor on primiparous. <i>Koomesh</i> . 2013, 14(2):166-171.
19. Mohammadalieha J <i>et al.</i> The effects of foot reflexology massage on incisional pain in abdominal and chest surgery patients admitted to intensive care units. <i>Iranian Journal of Cardiovascular Nursing</i> . 2013, 2(2):6-12.
20. O'Neill O <i>et al.</i> A randomised controlled trial to examine the effectiveness of reflexology for reducing symptoms in children/adolescents with cancer. <i>European journal of cancer</i> . 1990, 46(2):312-22.
21. Pedramrazi S <i>et al.</i> The effect of reflexology on quality of life of Iranian patients with breast cancer. <i>Journal of Clinical Oncology</i> . 2016, 34(26):90-90.
22. Sharp DM <i>et al.</i> A randomised controlled trial of the psychoneuroimmunological effects of reflexology in women with early-stage breast cancer. <i>Breast Cancer Res</i> . 2010; 12(Suppl 1):P26.
23. Simoes, A. R; Martinez, B. B; Machado, G. V; Martinez, G. S; Schuwart, A; Silva, A. Feet reflexology in diabetic patients. <i>Diabetology & Metabolic Syndrome</i> . 2018, 10:78-79.
24. Topcu A, Dahl R, Nielsen LP, Eriksen L, Langgaard A. Effect of reflexology, homeopathy, and traditional medical treatment in asthma: A randomized controlled, parallel-group trial. <i>European Respiratory Society Annual Congress</i> ; 2010. September, 18-22
25. Wyatt G, Sikorskii A, Rahbar MH, Victorson D. Reflexology improves self -reported physical functioning in advanced breast cancer: Results from an NCI-funded randomized controlled trial. Podium presentation at the 8th Annual Conference of the American Psychological Oncology Society, Anaheim, CA. 2011 February, 17-19.
26. Wyatt G <i>et al.</i> Quality of life among advanced breast cancer patients with and without metastasis. <i>Eur J Cancer Care (Engl)</i> . 2013 Mar;22(2):272-80.
Población/Participantes
27. Hughes CM <i>et al.</i> The effect of reflexology on the autonomic nervous system in healthy adults: a feasibility study. <i>Altern Ther Health Med</i> . 2011 May-Jun;17(3):32-7.
Intervención
28. Dalal K. Role of reflexology and antiepileptic drugs in managing intractable epilepsy--a randomized controlled trial. <i>Forsch Komplementmed</i> . 2013;20(2):104-11.
29. Dalal K <i>et al.</i> Determination of efficacy of reflexology in managing patients with diabetic neuropathy: a randomized controlled clinical trial. <i>Evid Based Complement Alternat Med</i> . 2014; 2014:843036.
30. Khorsand A <i>et al.</i> Evaluation of the Effect of Reflexology on Pain Control and Analgesic Consumption After Appendectomy. <i>J Altern Complement Med</i> . 2015 Dec;21(12):774-80.
31. Kurt S <i>et al.</i> Reflexology in the management of chemotherapy induced peripheral neuropathy: A pilot randomized controlled trial. <i>Eur J Oncol Nurs</i> . 2018 Feb;32:12-19.
32. Moyle W <i>et al.</i> Foot massage and physiological stress in people with dementia: a randomized controlled trial. <i>Foot Massage and Physiological Stress in People with Dementia: A Randomized Controlled Trial</i> . <i>The Journal of Alternative and Complementary Medicine</i> , 2014, 20(4):305-311.

33. Moyle W <i>et al.</i> Foot massage versus quiet presence on agitation and mood in people with dementia: a randomised controlled trial. <i>Int J Nurs Stud.</i> 2014 Jun;51(6):856-64.
Medidas de resultado
34. Green VL <i>et al.</i> Alterations in the Th1/Th2 balance in breast cancer patients using reflexology and scalp massage. <i>Exp Ther Med.</i> 2010 Jan-Feb; 1(1): 97-108.
35. Mohammadpour A <i>et al.</i> Investigating the Effect of Reflexology on the Breast Milk Volume of Preterm Infants' Mothers. <i>Iran J Nurs Midwifery Res.</i> 2018 Sep-Oct;23(5):371-375.
Idioma
36. Bagheri-Nesami M <i>et al.</i> The effects of foot reflexology massage on pain and fatigue of patients after coronary artery bypass graft. <i>J Mazandaran Univ Med Sci</i> 2012, 22(92): 52-62.
37. Dolatian M <i>et al.</i> The effect of reflexology on pain intensity of labor. <i>Journal of zanzan university of medical sciences and health services</i> , 2010, 18(72): 52-61.
38. Elbasan B <i>et al.</i> The investigation of the effects of reflexology with neurodevelopmental treatment approach on gross motor function and quality of life children with cerebral palsy. <i>Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation</i> 2015; 26(2): 524-525.
39. Hanjani SM <i>et al.</i> Effect of foot reflexology on pain intensity and duration of labor on primiparous. <i>Koomesh</i> 2013, 14(2): 166-171.
40. Kazemi AR <i>et al.</i> Comparison of two methods of physiotherapy-reflexology of foot and physiotherapy on symptoms of senile patients with knee osteoarthritis. <i>Journal of Isfahan Medical School</i> 2015 Nov; 33(350): 1517-1529.
41. Khoshtarash M <i>et al.</i> Survey the effect of foot reflexology on pain and physiological parameters after cesarean section in patients referring to Alzahra educational center in Rasht. <i>J Holist Nurs Midwifery</i> 2010, 20(2): 27-33
42. Khoshtarash M <i>et al.</i> Effects of foot reflexology on pain and physiological parameters after cesarean section. <i>Koomesh</i> 2012, 14(1): 109-116.
43. Mardasi F <i>et al.</i> The effect of foot massage on sleep disorders among mothers in postpartum period. <i>The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility</i> , 2013, 16 (73): 19-28.
44. Mehdizadeh Tourzani Z <i>et al.</i> The Effect of foot reflexology on anxiety during of labor on primiparous. <i>Annals of military and health sciences research</i> , 2012, (10)3: 219-224.
45. Mirzaei F <i>et al.</i> Effect of foot reflexology on duration of labor and severity of first-stage labor pain. <i>The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility</i> , 2010, 13(1): 27-32.
46. Movaghgar MH <i>et al.</i> The effect of foot reflexology on the reduction of low back pain caused by discopathy. <i>Journal of Zanzan University of Medical Sciences and Health Services</i> 2013, 20(83): 62-69.
47. Razmjoo N <i>et al.</i> Effect of foot reflexology on pain and anxiety in women following elective cesarean section. <i>The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility</i> , 2012, 15 (1): 8-16.
48. Roshanravan M <i>et al.</i> Effect of foot reflexology on fatigue in patients undergoing hemodialysis: A sham-controlled randomized trial. <i>J Maz Uni Med Sci</i> 26: 32-41.
49. Sayari S <i>et al.</i> Effect of foot reflexology massage on physiological indices in patients with acute myocardial infarction. <i>Koomesh</i> 2018, 20(3): 469-477.

RS de Ernst et al. [40]

Diseño
1. Stephenson NL, Weinrich SP, Tavakoli AS. The effects of foot reflexology on anxiety and pain in patients with breast and lung cancer. <i>Oncol Nurs Forum</i> . 2000 Jan-Feb; 27(1): 67-72.
Intervención
2. Oleson T, Flocco W. Randomised controlled study of premenstrual symptoms treated with ear; hand and foot reflexology. <i>Obstet Gynaecol</i> 1993; 82: 906–11.
Comparador
3. Mackereth PA, Booth K, Hillier VF, Caress A-L. Reflexology and progressive muscle relaxation training for people with multiple sclerosis: a crossover trial. <i>Complementary Ther Clin Pract</i> 2009;15:4–21.
Idioma
4. Engquist A, Vibe-Hansen H. [Zone therapy and plasma cortisol during surgical stress]. <i>Ugeskr Laeger</i> . 1977 Feb; 139(8): 460-2.
5. Kesselring A, Spichiger E, Müller M. [Foot reflexology: an intervention study]. <i>Pflege</i> . 1998 Aug; 11(4): 213-8.
6. Lafuente A, Noguera M, Puy C, Molins A, Titus F, Sanz F. Effekt der Reflexzonenbehandlung am Fuss bezüglich der prophylaktischen Behandlung mit Funarizin bei an Cephelea-Kopfschmerzen leidenden Patienten. <i>Erfahrungsheilkune</i> 1990; 39: 713–5.
7. Wang XM. [Treating type II diabetes mellitus with foot reflexotherapy]. <i>Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi</i> . 1993 Sep; 13(9): 536-8, 517.

Anexo 5. Estudios en marcha

Nº registro/	País	Condición médica/clínica	Medida de resultado principal
IRCT20190617043910N1	Irán	Diabetes	Glucemia capilar y hemoglobina glicosilada
IRCT20160119026104N7	Irán	Leucemia	Fatiga y dolor (severidad de ambas)
IRCT20190325043107N9	Irán	Cirugía de revascularización coronaria	Dolor
IRCT20130424013110N8	Irán	Cáncer (quimioterapia)	Anorexia y calidad del sueño
IRCT20190625044009N1	Irán	Cáncer (radioterapia)	Fatiga y calidad del sueño
IRCT20190731044399N1	Irán	Embarazo	Ansiedad y dolor
IRCT20190608043838N1	Irán	Mujeres lactantes	Severidad dolor
IRCT20110906007494N29	Irán	Cirugía de revascularización coronaria	Calidad del sueño
IRCT20190303042906N1	Irán	Talasemia	Fatiga y dolor
NCT03939611	Turquia	Cólicos infantiles	Dolor
ISRCTN87414969	Arabia Saudita	Embarazo	Dolor y ansiedad
IRCT20181231042192N1	Irán	Madres con recién nacidos en cuidados intensivo	Ansiedad y depresión
IRCT20190203042606N1	Irán	Angiografía coronaria	Dolor
NCT03882086	Turquia	Embarazo postparto	Calidad del sueño
IRCT20181214041962N1	Irán	Embarazo postparto	Sangrado 4º etapa de parto y dolor
NCT03821805	Irán	Enfermería con dolor crónico	Dolor y fatiga
IRCT20110425006284N13	Irán	Embarazo postparto	Fatiga y ansiedad
IRCT20181111041608N1	Irán	Cirugía de columna lumbar	Fatiga, dolor, pulso, y presión arterial

IRCT20180103038211N5	Irán	Estreñimiento	Estreñimiento y calidad de vida
IRCT20180717040503N1	Irán	Hemodiálisis	Dolor y frecuencia de calambres musculares
IRCT20110629006918N27	Irán	Cirugía cardíaca	Dolor, ansiedad y parámetros fisiológicos
IRCT20130616013690N6	Irán	Linfoma	Fatiga, dolor y calidad del sueño
IRCT20180304038936N3	Irán	Accidente cerebrovascular	Presión arterial, temperatura, nº frecuencia cardíaca, respiración y saturación de oxígeno por minuto
IRCT20180404039194N1	Irán	Cirugía de columna	Dolor
IRCT20110906007494N27	Irán	Quemados	Dolor y sueño
IRCT20170116031972N6	Irán	Trasplante renal	Fatiga, dolor y calidad del sueño
IRCT20170619034641N4	Irán	Cáncer	Calidad del sueño
IRCT20171208037792N1	Irán	Embarazo postparto	Dolor
IRCT20180304038936N1	Irán	Esclerosis múltiple	Cortisol, fatiga, y estrés
IRCT20171115037481N2	Irán	Leucemia	Hábitos de sueño
IRCT20180514039650N1	Irán	Embarazo	Calidad del sueño
IRCT20180528039882N1	Irán	Insuficiencia cardíaca	Calidad del sueño
IRCT20180103038211N3	Irán	Esclerosis múltiple	Ansiedad, fatiga, y calidad del sueño
IRCT20170730035394N2	Irán	Cáncer	Calidad del sueño
NCT03508180	Irán	Cáncer de pulmón y cáncer del sistema digestivo	Ansiedad, náuseas, vómitos y calidad del sueño
IRCT20180103038211N1	Irán	Quemados	Ansiedad, dolor y calidad del sueño
IRCT20170703034874N2	Irán	Cáncer de colon con quimioterapia	Fatiga
IRCT20161210031328N6	Irán	Cáncer de mama	Ansiedad
IRCT2017091236148N1	Irán	Diabetes tipo 2	Calidad del sueño
IRCT2017090517756N28	Irán	Cáncer de mama	Estrés y el dolor neuropático

NCT03280524	Brasil	Diabetes	Calidad de vida
IRCT2017021632607N1	Irán	Cáncer colorrectal	Calidad de vida
IRCT2016121031328N2	Irán	Apendicitis	Dolor
IRCT2017032733154N1	Irán	Síndrome de piernas inquietas	Calidad de vida
IRCT2017021232518N1	Irán	Cáncer	Fatiga
IRCT2016112931166N1	Irán	Artritis reumatoide	Dolor y fatiga
IRCT2016110125937N3	Irán	Revascularización coronaria	Ansiedad y parámetros fisiológicos
IRCT2016100530150N1	Irán	Hemodiálisis	Fatiga y calidad del sueño
IRCT2016051127841N1	Irán	Hemodiálisis	Ansiedad
NCT02887430	Malasia	Dolor lumbar	Dolor
IRCT2016052824487N2	Irán	Colecistectomía	Dolor
IRCT2016053128200N1	Irán	Cirugía abdominal	Ansiedad y dolor
IRCT201603169521N3	Irán	Cardiopatía isquémica aguda	Calidad del sueño
IRCT2015072223286N1	Irán	Pacientes post-angiografía coronaria	Parámetros fisiológicos, fatiga y dolor
IRCT2014110919862N1	Irán	Cáncer pediátrico en quimioterapia	Parámetros fisiológicos, fatiga y dolor
IRCT2016011825929N1	Irán	Amputación de miembro inferior	Dolor
IRCT2015122125642N1	Irán	Hemodiálisis	Calidad del sueño
IRCT2015042922010N1	Irán	Cefalea	Dolor
IRCT2015122723370N3	Irán	Embarazo	ansiedad y los parámetros fisiológicos
IRCT201512027529N8	Irán	síndrome coronario agudo	Ansiedad, depresión, fatiga, y constantes vitales
IRCT2015112122466N7	Irán	Cirugía de revascularización miocárdica	Fatiga, dolor y parámetros fisiológicos
IRCT2015070723116N1	Irán	Enfermedad coronaria	Ansiedad

IRCT201508156888N11	Irán	Embarazo	Fatiga
IRCT2014102711538N2	Irán	Síndrome coronario	Ansiedad y parámetros fisiológicos
IRCT2014102711538N2	Irán	Escoliosis	Dolor
IRCT2014013016426N1	Irán	Cefalea tensional	Dolor
IRCT201401046778N3	Irán	Insuficiencia pulmonar aguda después de una cirugía torácica	Ansiedad y parámetros fisiológicos
IRCT201307077821N5	Irán	Hemodiálisis	Fatiga
RBR-8zk8sz	Brasil	Diabetes	Glucosa capilar
IRCT2012122011825N1	Irán	Asma	Niveles de asma
IRCT138904304431N1	Irán	dolor lumbar crónico	Discapacidad e intensidad de dolor
IRCT201212176918N14	Irán	enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Parámetros fisiológicos, función pulmonar y calidad de vida
IRCT201212079422N5	Irán	Cardiopatía isquémica crónica	Ansiedad, dolor, y parámetros fisiológicos
IRCT2012100310996N1	Irán	Cardiopatía isquémica crónica	Ansiedad
IRCT201203229322N1	Irán	Madres con recién nacidos prematuros hospitalizados	Ansiedad, fatiga, y parámetros fisiológicos
IRCT201109067494N1	Irán	Enfermedad cardíaca aterosclerótica	Ansiedad, fatiga y dolor
IRCT138812021174N4	Irán	Cesárea	Dolor, criterios fisiológicos

Anexo 6. Características de los estudios incluidos

Tabla 6.1. Características generales

Estudio	País	Ámbito (nº centros)	Problema de salud (n)	Nº brazos	Seguimiento (semanas)
Abbaszadeh 2018 [50]	Irán	Hospital (1)	Candidatos a cirugía de revascularización coronaria (120)	3	Ninguno
Abdulaziz 2016 [51]	Egipto	Hospital (1)	Preeclampsia y edema maleolar (60)	2	6
Attias 2016 [52]	Israel	Centro Médico (1)	Postcirugía general (360)	6	Ninguno
Azima 2015 [53]	Irán	Universidad (1)	Dismenorrea primaria (102)	3	8
Bagheri-Nesami 2014 [54]	Irán	Centro médico (1)	Candidatos a cirugía de revascularización coronaria (80)	2	Ninguno
Bahonar 2019 [55]	Irán	Hospital (2)	Estado comatoso (135)	4	Ninguno
Bahrami 2018 [56]	Irán	Hospital (1)	Síndrome coronario agudo (135)	3	Ninguno
Bakir 2018 [57]	Turquía	Hospital (1)	Artritis reumatoide (68)	2	Ninguno
Brygee 2002 [14]	Dinamarca	NI (1)	Asma (40)	2	10
Canbulat 2017 [58]	Turquía	Hospital (1)	Estreñimiento funcional (40)	2	Ninguno
Close 2016 [59]	Irlanda	Hospital (1)	Dolor lumbar y/o pélvico durante embarazo (90)	3	Ninguno
da Silva 2015 [60]	Brasil	Atención primaria (2)	Deterioro de los pies en DM2 (53)	2	4
Dashti 2016 [61]	Irán	NI (NI)	Asma (45)	3	Ninguno
de Oliveira 2017 [62]	Brasil	Universidad (1)	Dolor lumbar (20)	2	5

Estudio	País	Ámbito (nº centros)	Problema de salud (n)	Nº brazos	Seguimiento (semanas)
Dikmen 2019 [63]	Turquía	Hospital (3)	Cáncer de ovario, útero y cuello en grados I-III (740)	4	12
Dolatian 2011 [64]	Irán	Hospital (1)	Parto primíparas (120)	3	Duración del parto
Ebadi 2015 [65]	Irán	Hospital (2)	Cirugía cardíaca (96)	3	Ninguno
Eghbali 2016 [66]	Irán	NI (1)	Dolor lumbar crónico (50)	2	2
Elbasan 2018 [67]	Turquía	Clínica de rehabilitación (1)	Parálisis cerebral (52)	2	Ninguno
Gok 2016 [68]	Turquía	Hospital (1)	Artritis reumatoide (54)	3	Ninguno
Gozuyesil 2016 [69]	Turquía	Hospital (1)	Menopausia (131)	2	4
Hesami 2019 [70]	Irán	Centro médico (1)	Cáncer, quimioterapia (80)	2	Ninguno
Hodgson 2000 [19]	RU	NI (1)	Cáncer (12)	2	NI
Hodgson 2008 [29]	EE.UU.	Residencia de ancianos (NI)	Demencia (21)	2	10
Hodgson 2012 [71]	EE.UU.	Residencia de ancianos (3)	Cáncer (pulmón, próstata, colorrectal, mama) (18)	2	NI
Holt 2009 [16]	EE.UU.	NI (3)	Anovulación (49)	2	NI
Hughes 2009 [22]	Irlanda	NI (1)	Esclerosis múltiple (71)	2	NI
Imani 2018 [72]	Irán	Universidad (1)	Tratamiento de enfermedad coronaria con nitroglicerina intravenosa (75)	3	Ninguno
Jahani 2018 [73]	Irán	Hospital (1)	Cáncer metastásico (84)	2	Ninguno

Estudio	País	Ámbito (nº centros)	Problema de salud (n)	Nº brazos	Seguimiento (semanas)
Jones 2013 [74]	RU	NI (1)	Insuficiencia cardíaca (12)	2	Ninguno
Kobza 2017 [75]	Polonia	NI (1)	Migraña (40)	2	13
Koc 2015 [76]	Turquía	Atención primaria (1)	Vacunación infantil (60)	2	Ninguno
Li 2011 [77]	Taiwan	Centro de postparto (2)	Postparto (68)	2	Ninguno
Mak 2007 [8]	China	NI (1)	Hiperactividad idiopática del músculo detrusor (120)	2	Ninguno
Miller 2013 [78]	RU	Centro ambulatorio de rehabilitación (1)	Esclerosis múltiple (20)	2	8
Mirzaie 2018 [79]	Irán	Hospital (2)	Madres lactantes (74)	2	Ninguno
Moeini 2011 [46]	Irán	NI (1)	Candidatos a cirugía de revascularización coronaria (50)	2	Ninguno
Moghim-Hanjani 2015 [80]	Irán	Hospital (2)	Parto primíparas (80)	2	Ninguno
Mohammadi 2018 [81]	Irán	UCI (4)	Cirugía de revascularización coronaria (100)	2	Ninguno
Molavi 2013 [82]	Irán	NI (1)	Programados para angiografía coronaria electiva (100)	2	Ninguno
Mollart 2003 [27]	Australia	NI (1)	Edema maleolar y del pie al final embarazo (55)	3	Ninguno
Nazari 2015 [83]	Irán	Hospital (1)	Esclerosis múltiple (75)	3	8
Nourmohammad i 2019 [84]	Irán	NI (1)	Cáncer de mama (60)	2	8

Estudio	País	Ámbito (nº centros)	Problema de salud (n)	Nº brazos	Seguimiento (semanas)
Ozdelikara 2017 [85]	Turquía	NI (1)	Cáncer de mama estadios I, II y III (60)	2	Ninguno
Ozdemir 2013 [86]	Turquía	Unidades de hemodiálisis (2)	Hemodiálisis (80)	2	Ninguno
Özkan 2017 [87]	Turquía	Centro de Educación Especial y Rehabilitación (1)	Parálisis cerebral (60)	3	Ninguno
Ozturk 2018 [88]	Turquía	NI (1)	Histerectomizadas (63)	2	Ninguno
Poole 2007 [24]	RU	NI (1)	Dolor lumbar crónico (234)	3	Ninguno
Quinn 2008 [25]	RU	NI (1)	Dolor lumbar (25)	2	Ninguno
Ramezanibadr 2018 [89]	Irán	Hospital (1)	Candidatos a cirugía de revascularización coronaria (150)	3	Ninguno
Ross 2002 [20]	RU	NI (1)	Cáncer (17)	2	Ninguno
Shaermoghadam 2016 [90]	Irán	Hospital (1)	Endoscopia gastrointestinal alta (95)	3	Ninguno
Shahgholian 2016 [91]	Irán	NI (NI)	Síndrome de piernas inquietas en hemodiálisis (90)	3	4
Shahsavari 2017 [92]	Irán	Hospital (1)	Broncoscopia (80)	2	Ninguno
Sharp 2010 [11]	RU	NI (1)	Cáncer de mama (183)	3	NI
Sheikh 2017 [93]	Irán	UCI (1)	Pacientes con pérdida de conciencia en UCI (60)	2	Ninguno
Shobeiri 2017 [94]	Irán	Centros médicos (8)	Fatiga en embarazadas (126)	3	Ninguno

Estudio	País	Ámbito (nº centros)	Problema de salud (n)	Nº brazos	Seguimiento (semanas)
Siev-Ner 2003 [21]	Israel	NI (1)	Esclerosis múltiple (53)	2	NI
Soheili 2018 [95]	Irán	Hospital (1)	Esclerosis múltiple (75)	3	8
Tovey 2002 [26]	RU	NI (1)	Síndrome intestino irritable (34)	2	NI
Tsay 2008 [7]	Taiwán	NI (1)	Postcirugía cáncer digestivo (61)	2	NI
Unal 2016 [96]	Turquía	Centro privado hemodiálisis (1)	Hemodiálisis (105)	3	4
Uysal 2017 [97]	Turquía	NI (1)	Cáncer colorrectal estadio II y III (65)	3	Ninguno
Valiani 2010 [98]	Irán	Hospital (2)	Parto primíparas (88)	2	Ninguno
Valizadeh 2015 [99]	Irán	Centro de Salud (1)	Trastorno del sueño (69)	3	Ninguno
Wilkinson 2006 [47]	RU	Hospital (1)	EPOC (17)	2	Ninguno
Williamson 2002 [28]	RU	NI (1)	Menopausia (74)	2	NI
Wyatt 2012 [100]	EE.UU.	Centros de terapias integrativas y domiciliarias (13)	Cáncer de mama (286)	3	11
DM2: Diabetes mellitus tipo 2; EE.UU.: Estados Unidos de América; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; n: número total de participantes; NI: no informa; RU: Reino Unido; UCI: unidad de cuidados intensivos					

Tabla 6.2. Características clínicas y sociodemográficas de los participantes

Estudio	GI (reflexología)				GC (placebo)				GC (cuidado habitual / no intervención)			
	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†
Abbaszadeh 2018 [50]	40	0	55,9 ± 8,31 (NI)	DM: 10 (25) Hipertensión: 19 (47,5) Hiperlipidemia: 12 (30) Enf. pulmonares: 0 (0)	40	0	57,32 ± 8,62 (NI)	DM: 9 (22,5) Hipertensión: 25 (62,5) Hiperlipidemia: 16 (40) Enf. pulmonares: 2 (5)	40	0	56,3 ± 7,11 (NI)	DM: 12 (30) Hipertensión: 24 (60) Hiperlipidemia: 11 (27,5) Enf. pulmonares: 1 (2,5)
Abdulaziz 2016 [51]	30	100	29,9 ± 3,38 (NI)	NI	NA	NA	NA	NA	30	100	30,1 ± 2,91 (NI)	NI
Attias 2016 [52]	60	60	50,1 ± 15 (NI)	Cirugía bariátrica: 16 (20) Hernia: 9 (18,4) Colon: 9 (23,7) Colec: 10 (29,4) Otra: 16 (8,5)	60	48	44 ± 16,1 (NI)	Cirugía bariátrica: 19 (23,8) Hernia: 11 (22,4) Colon: 10 (26,3) Colec: 7 (20,6) Otra: 17 (6,9)	60	52	46,3 ± 18,4 (NI)	Cirugía bariátrica: 6 (5) Hernia: 7 (14,3) Colon: 4 (10,5) Colec: 8 (11,3) Otra: 37 (58,4)
Azima 2015 [53]	NI	NI	21,32 ± 1,09 (NI)	Edad de menarquia: 13,35±1,27 a Intervalo CM: 26,11±3,55 d Duración CM: 6,76±0,88 d	NI	NI	20,73 ± 1,08 (NI)	Edad de menarquia: 13,32±1,09 a Intervalo CM: 25,82±3,45 d Duración CM: 6,94±1,15 d	NI	NI	21,08 ± 1,21 (NI)	Edad de menarquia: 13,29±1,40 a Intervalo CM: 25,55±4,26 d Duración CM: 6,85±1,04 d
Bagheri-Nesami 2014 [54]	40	50	58,75 ± 8,69 (NI)	Antecedentes de DM: 17 (42,5)	40	50	58,9 ± 9,58 (NI)	Antecedentes de DM: 15 (37,5)	NA	NA	NA	NA
Bahonar 2019 [55]	30	27	NI ± NI (NI)	DM: 1 (3,3) Hipertensión: 1 (3,3)	30	20	NI ± NI (NI)	DM: 0 Hipertensión: 0	30	13	NI ± NI (NI)	DM: 1(3,3) Hipertensión: 2 (6,6)

Estudio	GI (reflexología)				GC (placebo)				GC (cuidado habitual / no intervención)			
	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†
Bahrami 2018 [56]	45	100	72,86 ± 7,98 (NI)	NI	45	100	73,97 ± 7,69 (NI)	NI	45	100	72,62 ± 7,93 (NI)	NI
Bakir 2018 [57]	30	80	50,83 ± 12,05 (NI)	Dolor: 5,63±1,06 Problemas de sueño: Moderado: 13 (43,3) Grave: 17 (56,7)	NA	NA	NA	NA	30	73	49,5 ± 16,42 (NI)	Dolor: 7,13±1,00 Problemas de sueño: Moderado: 12 (40) Grave: 18 (60)
Brygee 2002 [14]	20	60	NI ± NI (NI)	NI	20	65	NI ± NI (NI)	NA	NA	NA	NA	NI
Canbulat 2017 [58]	20	30	NI ± NI (NI)	Número de deposiciones: ≤2: 9 (45) >2: 7 (35) Consistencia heces: Muy dura: 7 (35) Dura: 10 (50)	NA	NA	NA	NA	20	60	NI ± NI (NI)	Número de deposiciones: ≤2: 14 (70) >2: 6 (30) Consistencia heces: Muy dura: 10 (50) Dura: 10 (50)
Close 2016 [59]	30	100	30,7 ± 3,64 (NI)	Dolor lumbar: 13 (43,3) Dolor pélvico: 1 (3,3) Dolor lumbar y pélvico: 10 (30,3) Dolor previo al embarazo: 14 (46,7)	30	100	32,3 ± 3,15 (NI)	Dolor lumbar: 8 (26,7) Dolor pélvico: 0 (0) Dolor lumbar y pélvico: 7 (23,3) Ocurrencia del dolor previo al embarazo: 5 (16,7)	30	100	30,1 ± 5,65 (NI)	Dolor lumbar: 13 (43,3) Dolor pélvico: 1 (3,33) Dolor lumbar y pélvico: 11 (33,3) Dolor previo al embarazo: 11 (33,3)
da Silva 2015 [60]	26	3	63 ± NI (NI)	NI	NA	NA	NA	NA	27	2	60 ± NI (NI)	NI
Dashti 2016 [61]	15	100	39,1 ± 12,9 (NI)	H ^{na} familiar de asma: 10 (66,7)	15	100	49,9 ± 15,5 (NI)	H ^{na} familiar de asma: 6 (38,5)	15	100	38,9 ± 14,2 (NI)	H ^{na} familiar de asma: 7 (45,5) Antecedentes de tabaquismo: 6 (40)

Estudio	GI (reflexología)				GC (placebo)				GC (cuidado habitual / no intervención)			
	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†
de Oliveira 2017 [62]	10			Antecedentes de tabaquismo: 8 (50)				Antecedentes de tabaquismo: 5 (30,8)				
		70	60,7 ± 1,63 (NI)	NI	10	60	60 ± 1,13 (NI)	NI	NA	NA	NA	NA
Dikmen 2019 [63]	20	100	54,9 ± 2,39 (NI)	Tipos de cáncer: Ovario: 19 (95) Otros (útero, cuello): 1 (5) Grados: I-II: 3 (15) III: 17 (85) Tiempo desde diagnóstico inicial (m): 1-4: 9 (45) 5-11: 1 (5) ≥12: 10 (50)	20	100	57,15 ± 2 (NI)	Tipos de cáncer: Ovario: 14 (70) Otros (útero, cuello): 6 (30) Grados: I-II: 4 (20) III: 16 (80) Tiempo desde diagnóstico inicial (m): 1-4: 6 (30) 5-11: 2 (10) ≥12: 12 (60)	20	100	57,45 ± 2,57 (NI)	Tipos de cáncer: Ovario: 14 (70) Otros (útero, cuello): 6 (30) Grados: I-II: 7 (35) III: 13 (65) Tiempo desde diagnóstico inicial (m): 1-4: 4 (20) 5-11: 8 (40) ≥12: 8 (40)
Dolatian 2011 [64]	NI	NI	22,78 ± 3,21 (NI)	Edad gestacional por ecografía: 39±1,36 s	NI	NI	22,95 ± 3,57 (NI)	Edad gestacional por ecografía: 38±1,37	NI	NI	22,9 ± 3,85 (NI)	Edad gestacional por ecografía: 39±1,24
Ebadi 2015 [65]	34	47	60,13 ± 11,62 (NI)	Hipertensión: 22 (70,97) Enf. pulmonar: 6 (19,36) Fumador: 7 (22,59)	30	53	56,67 ± 10,25 (NI)	Hipertensión: 19 (63,34) Enf. pulmonar: 5 (16,67) Fumador: 7 (23,34)	32	41	58,65 ± 10,77 (NI)	Hipertensión: 21 (67,75) Enf. pulmonar: 4 (12,91) Fumador: 7 (22,59)
Eghbali 2016 [66]	25	100	NI ± NI (NI)	Duración total del dolor lumbar: 64,7±36,02 m Duración del dolor lumbar cada vez: 3,4±2,04 h	25	100	NI ± NI (NI)	Duración total del dolor lumbar: 46,9±34,3 m Duración del dolor lumbar cada vez: 3,2±2,2 h	NA	NA	NA	NA

Estudio	GI (reflexología)				GC (placebo)				GC (cuidado habitual / no intervención)			
	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†
				Ausencia de dolor lumbar: 0,84±1,54				Ausencia de dolor lumbar: 0,56±0,82				
Elbasan 2018 [67]	27	26	5,1 ± 1,89 (NI)	Tipo de parálisis cerebral Hemiplejía: 0 (0) Diplejía 7 (25,9) Cuadriplejía 13 (48,1)	NA	NA	NA	NA	25	36	5,85 ± 2,35 (NI)	Tipo de parálisis cerebral Hemiplejía: 1 Diplejía 7 Cuadriplejía 12
Gok Metin 2016 [68]	17	88	NI ± NI (NI)	Hipertensión: 6 (35,3) EAC: 6 (35,3) DM: 1 (5,9) Hiperlipidemia: 2 (11,8) Tiempo desde diagnóstico de AR: <10 a: 12 (70,6) ≥10 a: 5 (29,4) Puntuación dolor: 4-6: 11 (64,7) 7-10: 6 (35,3) Puntuación fatiga: 4-5,6: 8 (47) 5,7-7: 9 (53) Puntuación DAS28: <2,6: 5 (29,4) >2,7: 12 (70,6)	17	88	NI ± NI (NI)	Hipertensión: 8 (47) EAC: 2 (11,8) DM: 4 (23,5) Hiperlipidemia: 2 Tiempo desde diagnóstico de AR: <10 a: 7 (41,2) ≥10 a: 10 (58,8) Puntuación dolor: 4-6: 11 (64,7) 7-10: 6 (25,3) Puntuación fatiga: 4-5,6: 7 (41,2) 5,7-7: 10 (58,8) Puntuación DAS28: <2,6: 8 (47) >2,7: 9 (53)	17	88	NI ± NI (NI)	Hipertensión: 4 (23,5) EAC: 2 (11,8) DM: 2 (11,8) Hiperlipidemia: 2 (11,8) Tiempo desde el diagnóstico de artritis reumatoide: <10 a: 9 (53) ≥10 a: 8 (47) Puntuación dolor: 4-6: 12 (70,6) 7-10: 5 (29,4) Puntuación fatiga: 4-5,6: 11 (64,7) 5,7-7: 6 (25,3) Puntuación DAS28: <2,6: 7 (41,2) >2,7: 10 (58,8)
Gozuyesil 2016 [69]	58	100	51,1 ± 4,5 (NI)	Duración sofocos: 48,4±53,6 m	62	100	51,1 ± 4,5 (NI)	NA	NA	NA	NA	Duración sofocos: 57,3±42,5 m
Hesami 2019 [70]	40	50	NI ± NI (NI)	Tipo de cáncer: Digestivo 17 (42,5) Hematológico y linfático 15 (37,5)	NA	NA	NA	NA	40	138	NI ± NI (NI)	Tipo de cáncer Digestivo: 16 (40) Hematológico y linfático: 10 (25)

Estudio	GI (reflexología)				GC (placebo)				GC (cuidado habitual / no intervención)			
	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†
				Otros: 8 (20)								Otros: 14 (35)
Hodgson 2000 [19]	6	NI	NI ± NI (NI)	NI	6	NI	NI ± NI (NI)	NI	NA	NA	NA	NA
Hodgson 2008 [29]	10	80	87,2 ± 7,8 (NI)	NI	11	82	88,6 ± 8,6 (NI)	NI	NA	NA	NA	NA
Hodgson 2012 [71]	9	NI	NI ± NI (NI)	NI	9	NI	90 ± NI (NI)	NI	NI	NA	NA	NA
Holt 2009 [16]	26	100	29,2 ± 4,5 (NI)	NI	22	100	28,1 ± 4,1 (NI)	NI	NA	NA	NA	NA
Hughes 2009 [22]	35	86	50 ± 11,1 (38,9-61,1)	Nivel de dolor (VAS): 7,5±1,3	36	81	53 ± 11 (42-64)	Nivel de dolor (VAS): 7,9±1,5	NA	NA	NA	NA
Imani 2018 [72]	25	NI	62 ± 1,2 (NI)	Fumador: 11 (44) H ^{ma} de cefalea: 1 (4)	25	NI	62,6 ± 1,2 (NI)	Fumador: 8 (32) H ^{ma} de cefalea: 2 (8)	25	NI	62,1 ± 1,2 (NI)	Fumador: 10 (40) H ^{ma} de cefalea: 1 (4)
Jahani 2018 [73]	42	45	42,5 ± 15,139 (NI)	NI	42	45	42,1 ± 16 (NI)	NI	NA	NA	NA	NA
Jones 2013 [74]	5	NI	NI ± NI (NI)	NI	7	NI	NI ± NI (NI)	NI	NA	NA	NA	NA
Kobza 2017 [75]	20	NI	43,3 ± 6,9 (NI)	Duración migraña: 7,5±2,3 a	20	100	42,5 ± 6,2 (NI)	Duración migraña: 7,0±2,3 a	NA	NA	NA	NA

Estudio	GI (reflexología)				GC (placebo)				GC (cuidado habitual / no intervención)			
	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†
				Migraña sin aura: 10 (50) Migraña con aura: 2 (10) Cefalea tensional: 8 (40) Frecuencia ataques: 1m: 2 (10) 2-3m: 3 (15) ≥4m: 15 (75) Duración ataques: < 1h: 6 (30) 1-3h: 6 (30) > 3h: 8 (40)				Migraña sin aura 11 (55) Migraña con aura 3 (15) Cefalea tensional 6 (30) Frecuencia ataques: 1m: 2 (10) 2-3m: 5 (25) ≥4m: 13 (65) Duración ataques: <1h: 5 (25) 1-3h: 8 (40) >3h: 7 (35)				
Koc 2015 [76]	30	53	0,35 ± 0,26 (NI)	Tipo de parto Vaginal: 15 (50) Cesárea: 15 (50) Tipo de nutrición: Exclusiva materna: 11 (36,7) Materna + alimentos desayuno: 19 (63,3)	NA	NA	NA	NA	30	53	0,34 ± 0,27 (NI)	Tipo de parto Vaginal: 16 (53,3) Cesárea: 14 (46,7) Tipo de nutrición: Exclusiva materna: 7 (23,3) Materna + alimentos desayuno: 23 (76,7)
Li 2011 [77]	32	100	32 ± 2,8 (NI)	Tipo de parto Vaginal: 27 (84,4) Instrumental: 5 (15,6) Primipara: 17 (53,1) Multipara: 15 (46,9) Tipo lactancia: Exclusiva materna: 13 (40,8) Combinada: 18 (56,3) Leche artificial: 1 (3,1)	NA	NA	NA	NA	33	100	31,2 ± 2,8 (NI)	Tipo de parto Vaginal: 30 (90,9) Instrumental: 3 (9,1) Primipara: 23 (69,7) Multipara: 10 (30,3) Tipo lactancia: Exclusiva materna: 22 (66,7) Combinada: 11 (33,3) Leche artificial: 0

Estudio	GI (reflexología)				GC (placebo)				GC (cuidado habitual / no intervención)			
	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†
Mak 2007 [8]	57	100	56 ± 13,4 (42,6-69,4)	NI	49	100	56,4 ± 9,1 (47,3-65,5)	NI	NA	NA	NA	NA
Miller 2013 [78]	10	60	53,6 ± 10,3 (NI)	Tiempo desde diagnóstico: 17,8±5,8 a Esclerosis 1ª: 4 (40) Esclerosis 2ª: 6 (60)	10	30	58,1 ± 9,6 (NI)	Tiempo desde diagnóstico: 17,8±5,8 a Esclerosis 1ª: 4 (40) Esclerosis 2ª: 6	NA	NA	NA	NA
Mirzaie 2018 [79]	37	100	28,1 ± 5,2 (NI)	Edad gestacional: 29,5±1,7 s Reducción leche materna: 7,8±6,0 d Nutrición infantil Exclusiva: 3 (8) Combinada: 34 (92) Sin nutrición oral: 0 (0)	37	100	28,4 ± 5,2 (NI)	Edad gestacional: 30,1±1,9 s Reducción leche materna: 7,0±6,0 d Nutrición infantil Exclusiva: 7 (19) Combinada: 29 (78) Sin nutrición oral: 1 (3)	NA	NA	NA	NA
Moeini 2011 [46]	25	52	57,68 ± NI (NI)	Duración enfermedad: 3,84±NI a	NA	NA	NA	NA	25	NI	56,8 ± NI (NI)	Duración enfermedad: 5,10±NI a
Moghim-Hanjani 2015 [80]	40	100	NI ± NI (NI)	NI	40	100	NI ± NI (NI)	NI	NA	NA	NA	NA
Mohammadi 2018 [81]	50	50	62,3 ± 9,48 (NI)	Antecedentes tabaquismo: 16 (32) Hª familiar enfermedad cardiaca: 19 (38) Hª enfermedad respiratoria 12 (24)	50	50	58,78 ±10,44 (NI)	Antecedentes tabaquismo: 20 (40) Hª familiar enfermedad cardiaca: 23 (46) Hª enfermedad respiratoria: 9 (18)	NA	NA	NA	NA

Estudio	GI (reflexología)				GC (placebo)				GC (cuidado habitual / no intervención)			
	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†
				Dolor antes de intervención: 5,45 (2,49)				Dolor antes de intervención: 5,20 (1,81)				
Molavi 2013 [82]	50	0	52,6 ± 7,8 (NI)	Duración enfermedad: 2,8±3,7 a H ^{na} infarto de miocardio: 4 (8)	NA	NA	NA	NA	50	0	54,8 ± 5,6 (NI)	Duración enfermedad: 3,6±3,5 a H ^{na} infarto de miocardio: 9 (18)
Mollart 2003 [27]	20	100	5,66 ± 5,66 (18–36)	Gravedad:‡ 1,9 (1–4) Gestación:‡ 35,9 (32–38)	25	100	28,6 ± 5,15 (22–40)	Gravedad:‡ 2 (1–6) Gestación:‡ 36,2 (30–39)	10	100	29 ± 8,06 (21–46)	Gravedad:‡ 2,1 (1–6) Gestación:‡ 35,9 (33–37)
Nazari 2015 [83]	25	100	34,4 ± 6,6 (NI)	Duración enfermedad: 6,66±5,47 a	25	100	33,9 ± 5,6 (NI)	Duración enfermedad: 5,18±4,69 a	25	100	34,4 ± 7,7 (NI)	Duración enfermedad: 4,78±3,36 a
Nourmohammadi 2019 [84]	30	100	47,85 ± 8,39 (NI)	NI	30	100	50,86 ± 6,5 (NI)	NI	NA	NA	NA	NA
Ozdelikara 2017 [85]	30	100	50,93 ± 11,27 (NI)	NI	NA	NA	NA	NA	30	100	51,06 ± 10,97 (NI)	NI
Ozdemir 2013 [86]	40	68	43,1 ± 15,8 (NI)	NI	NA	NA	NA	NA	40	58	54 ± 12,8 (NI)	NI
Özkan 2017 [87]	20	30	NI ± NI (NI)	Tipo discapacidad: Diplejía: 6 (40,0) Hemiplejía: 4 (26,7) Cuadriplejía: 5 (33,3) 2 (13,3)	20	35	NI ± NI (NI)	Tipo discapacidad: Diplejía: 6 (40,0) Hemiplejía: 4 (26,7) Cuadriplejía: 5 (33,3)	20	35	NI ± NI (NI)	Tipo discapacidad: Diplejía: 3 (20,0) Hemiplejía: 8 (53,3) Cuadriplejía: 4 (26,7) Retraso mental: 6 (40,0)

Estudio	GI (reflexología)				GC (placebo)				GC (cuidado habitual / no intervención)			
	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†
				Retraso mental: 10 (66,7)				Retraso mental: 10 (66,7)				
Ozturk 2018 [88]	32	100	47,23 ± 4,71 (NI)	NI	NA	NA	NA	NA	31	100	47,23 ± 4,71 (NI)	NI
Poole 2007 [24]	77	62	47,2 ± 10,5 (NI)	NI	82	65	45,6 ± 12 (NI)	NI	75	51	47,45 ± 10,2 (NI)	NI
Quinn 2008 [25]	7	86	42 ± NI (24)	NI	8	50	45 ± NI (20)	NI	NA	NA	NA	NA
Ramezani bader 2018 [89]	50	0	NI ± NI (NI)	Hipertensión: 39 (78) DM: 26 (53) Ansiedad: 61,68±5,47	50	0	NI ± NI (NI)	Hipertensión: 44 (88,33) DM: 27 (55) Ansiedad: 60,52±5,53	50	0	NI ± NI (NI)	Hipertensión: 41 (82) DM: 25 (50) Ansiedad: 62,08±4,61
Ross 2002 [20]	7	NI	NI ± NI (NI)	NI	NA	NA	NA	NA	10	NI	NI ± NI (NI)	NI
Shaermoghdam 2016 [90]	30	NI	NI ± NI (NI)	NI	30	NI	NI ± NI (NI)	NI	30	NI	NI ± NI (NI)	NI
Shahgholian 2016 [91]	NI	NI	NI ± NI (NI)	NI	NI	NI	NI ± NI (NI)	NI	NI	NI	NI ± NI (NI)	NI
Shahsavari 2017 [92]	40	48	45,55 ± 1,78 (NI)	NI	NA	NA	NA	NA	40	50	48,23 ± 1,72 (NI)	NI

Estudio	GI (reflexología)				GC (placebo)				GC (cuidado habitual / no intervención)			
	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†
Sharp 2010 [11]	60	100	59,37 ± 10,47 (32–81)	NI	61	100	57,7 ± 10,1 (36–76)	NI	62	100	59,4 ± 10,2 (36–77)	NI
Sheikh 2017 [93]	30	50	51,23 ± 9,22 (NI)	Enfermedad subyacente: Riñón: 3 (10) Corazón: 5 (16,7) Neurológico: 10 (33,3) Gastrointestinal: 6 (20) Respiratorio: 6 (20)	NA	NA	NA	NA	30	53	50,3 ± 7,69 (NI)	Enfermedad subyacente: Riñón: 5 (16,7) Corazón: 7 (23,8) Neurológico: 7 (23,8) Gastrointestinal: 6 (20) Respiratorio: 5 (16,7)
Shobeiri 2017 [94]	42	100	27,28 ± 3,45 (NI)	Edad gestacional: 24,33±6,30 s	42	100	26,04 ± 6,7 (NI)	Edad gestacional: 23,92±7,11 s	42	100	25,85 ± 7,28 (NI)	Edad gestacional: 25,16±4,73 s
Siev-Ner 2003 [21]	27	63	46,2 ± 9,3 (NI)	Duración enfermedad: 11,9±9,2 a	26	65	49,2 ± 11 (NI)	Duración enfermedad: 13,4±9,1 a	NA	NA	NA	NA
Soheili 2018 [95]	25	100	34,4 ± 6,6 (NI)	Duración enfermedad: 6,66±5,47 a	25	100	33,9 ± 5,6 (NI)	Duración enfermedad: 5,18±4,69 a	25	100	34,04 ± 7,7 (NI)	Duración enfermedad: 4,78±3,36 a
Tovey 2002 [26]	19	NI	NI ± NI (NI)	NI	15	NI	NI ± NI (NI)	NI	NA	NA	NA	NA
Tsay 2008 [7]	30	NI	NI ± NI (NI)	NI	NA	NA	NA	NA	31	NI	NI ± NI (NI)	NI
Unal 2016 [96]	35	46	51,74 ± 12,29 (NI)	NI	35	54	53,89 ± 13,18 (NI)	NI	35	43	57,37 ± 13,12 (NI)	NI

Estudio	GI (reflexología)				GC (placebo)				GC (cuidado habitual / no intervención)			
	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†	n	% M	Edad (años)*	Clínica†
Uysal 2017 [97]	20	50	56,05 ± 15 (NI)	NI	20	60	60,6 ± 8,1 (NI)	NI	20	40	60,35 ± 8,61 (NI)	NI
Valiani 2010 [98]	44	100	25,22 ± NI (NI)	NI	NI	NA	NA	NA	44	100	24,02 ± NI (NI)	NI
Valizadeh 2015 [99]	23	NI	66,82 ± 4,8 (NI)	NI	23	NI	67,69 ± 4,28 (NI)	NI	23	NI	66,82 ± 3,84 (NI)	NI
Wilkinson 2006 [47]	7	29	77 ± NI (NI)	Antecedentes de tabaquismo: 43 paquetes/año (media)	NA	NA	NA	NA	7	57	75 ± NI (NI)	Antecedentes de tabaquismo: 69 paquetes/año (media)
Williamson 2002 [28]	42	100	50,8 ± 2,7 (NI)	NI	38	100	51,9 ± 2,5 (NI)	NI	NA	NA	NA	NA
Wyatt 2012 [100]	95	100	55,3 ± 9,4 (NI)	NI	95	100	54,8 ± 11,2 (NI)	NI	96	100	57,3 ± 11,8 (NI)	NI
*Media ± DE (Rango); †n(%) o media ± DE; ‡media (rango) a: años; AR: artritis reumatoide; CM: ciclo menstrual; d: días; DM: Diabetes mellitus; EAC: Enfermedad de las arterias coronarias; Enf.: Enfermedad/es; GC: grupo control; GI: grupo de intervención; H ^{ra} : Historia; M: mujeres; m: meses; n: tamaño de muestra; NA: no aplica; NI: no informa; s: semanas												

Tabla 6.3. Características de la intervención y comparador

Estudio	Intervención (reflexología podal)						Comparador
	Técnica	Profesional que aplica	Nº sesiones	Duración sesión (min)	Periodicidad sesiones	Duración total	
Abbaszadeh [50]	Posición supina. Orden: pie dcho – izdo. Puntos de presión: plexo solar y puntos corporales	Reflexólogo especialista certificado (8 años de experiencia y 1 año de formación en reflexología)	5	15	1/d	3 d	Placebo y cuidado habitual
Abdulaziz [51]	Puntos de presión: área hepática, renal, tracto gastrointestinal, intestino delgado, colon ascendente, colon transversal, ingle, linfáticos y tobillo	NI	18	30	3/s	6 s	Cuidado habitual
Attias [52]	Puntos de presión: columna vertebral, senos paranasales y plexo solar	Médicos con 5 años de experiencia y 1 en medicina complementaria	1	NI	NI	NI	Placebo y cuidado habitual
Azima [53]	Puntos de presión: áreas especiales de dismenorrea (hígado, bazo, riñones, hipófisis y plexo solar)	NI	10	40	1/d	10 d	Placebo y cuidado habitual
Bagheri-Nesami [54]	Método Ingham. Crema lubricante. Puntos de presión: plexo solar y glándulas	Investigador	4	20	1/d	4 d	Placebo
Bahonar [55]	Aceite para bebés. Puntos de presión: cabeza y cuello	Asistente de investigación certificado en reflexología podal	28	30	2/d	2 s	Placebo y cuidado habitual

Estudio	Intervención (reflexología podal)						Comparador
	Técnica	Profesional que aplica	Nº sesiones	Duración sesión (min)	Periodicidad sesiones	Duración total	
Bahrami [56]	Método Ingham. Aceite de almendras. Puntos de presión: plexo solar, glándula pituitaria, cerebro, corazón, intestinos, columna vertebral, glándula suprarrenal y riñón	Investigador certificado en reflexología podal	1	20	1/d	1 d	Placebo y cuidado habitual
Bakir [57]	Vaselina incolora sin aditivos. Orden: pie dcho - izdo. Puntos de presión: cerebro, plexo, sistema linfático, diafragma, punto tiroideo, estómago y glándulas suprarrenales	Investigador certificado en reflexología podal	6	60	1/s	6 s	Cuidado habitual
Brygee [14]	Posición supina. Puntos de presión: extremidades y espalda	Reflexólogo certificado	10	45	1/s	10 s	Placebo
Canbulat [58]	Aceite	Reflexólogo certificado	20	10	5/s	4 s	Cuidado habitual
Close [59]	Posición supina. Puntos de presión: espalda o pelvis	Reflexólogo de maternidad cualificado	6	30	1/s	6 s	Placebo y cuidado habitual
da Silva [60]	Método Enice Ingham. Posición supina. Orden: pie izdo - dcho	Reflexólogo certificado	12	NI	3/s	30 d	Cuidado habitual
Dashti [61]	NI	Masajista terapeuta	10	30	3/s	3 s	Placebo y cuidado habitual

Estudio	Intervención (reflexología podal)						Comparador
	Técnica	Profesional que aplica	Nº sesiones	Duración sesión (min)	Periodicidad sesiones	Duración total	
de Oliveira [62]	Protocolo para el alivio del dolor lumbar descrito por Gillanders. Crema neutra (VitaDerm®). Puntos de presión: columna, cadera, áreas primaria y secundaria del nervio ciático	Investigador	5	20	1/s	5 s	Placebo
Dikmen [63]	No loción o crema. Orden y puntos de presión: pie dcho: cerebro (lóbulo frontal), tiroides, linfáticos superiores, diafragma, pulmones, glándulas adrenales, hígado, médula espinal, nervio ciático, cintura y plexo solar; pie izdo: cerebro, cintura, linfáticos superiores e inferiores, intestinos y plexo solar	Investigador	16	30	2/s	8 s	Placebo y cuidado habitual
Dolatian [64]	Puntos de presión: glándula pituitaria, plexo solar, columna lumbar, sacra y área genital	Investigador tutelado por un especialista en reflexología	1	40	1/d	1 d	Placebo y cuidado habitual
Ebadi [65]	Posición supina. Aceite de bebé. Orden: pie izdo y luego dcho	Enfermeros	1	20	1/d	1 d	Placebo y cuidado habitual
Eghbali [66]	Posición supina. Puntos de presión: región lumbar	NI	6	40	3/s	2 s	Placebo
Elbasan [67]	Aceite. Puntos de presión: sistema gastrointestinal, sistema nervioso y sistema musculoesquelético	NI	16	20	2/s	8 s	Cuidado habitual

Estudio	Intervención (reflexología podal)						Comparador
	Técnica	Profesional que aplica	Nº sesiones	Duración sesión (min)	Periodicidad sesiones	Duración total	
Gok Metin [68]	Posición supina. Orden: pie dcho - izdo. Puntos de presión: glándula pituitaria, cabeza, cuello, hombros, glándula pineal, pituitaria, plexo solar, columna vertebral, rodillas y bajo	Enfermero certificado en masaje con aromaterapia y reflexología	6	40	1/s	6 s	Placebo y cuidado habitual
Gozuyesil [69]	Método Ingham. Aceite de oliva sin perfume	Investigador certificado en reflexología podal para la menopausia	12	45	2/s	6 s	Placebo
Hesami [70]	Aceite de almendra dulce. Orden: pie dcho – izdo	Investigadores entrenados	4	30	1/d	4 d	Cuidado habitual
Hodgson 2000 [19]	NI	Reflexólogo	3	40	1/d	3	Placebo
Hodgson 2008 [29]	NI	Reflexólogo certificado	4	30	1/s	4 s	Placebo
Hodgson 2012 [71]	NI	Reflexólogo certificado	4	20	4/s	4 s	Placebo
Holt [16]	Método Bayly. Puntos de presión: hipotálamo, hipófisis, suprarrenales, ovarios, trompas de falopio, útero, y "útero crónico", tiroides, paratiroides, columna lumbar/sacra y área de la vejiga y plexo solar	Enfermero certificado como reflexólogo	7	60	1/s 1/m	6 s 1 m	Placebo

Estudio	Intervención (reflexología podal)						Comparador
	Técnica	Profesional que aplica	Nº sesiones	Duración sesión (min)	Periodicidad sesiones	Duración total	
Hughes [22]	Método Eunice Ingham.	Reflexólogo certificado	10	45	1/s	10 s	Placebo
Imani [72]	Método Ingham. Puntos de presión: áreas cerebrales	Investigador certificado como reflexólogo	2	20	2/d	1 d	Placebo y cuidado habitual
Jahani [73]	Método de Ingham (manual Josef Eugster)	NI	3	30	1/d	3 d	Placebo
Jones [74]	Puntos de presión: cintura escapular	Reflexólogo	2	4,5	NI	NI	Placebo
Kobza [75]	Orden: pie izdo - dcho. Puntos de presión: plexo solar, pituitaria, corazón e hígado	NI	10	30	2/s	5 s	Placebo
Koc [76]	Orden: desde los dedos de un pie hasta el talón	Investigador certificado como reflexólogo	1	20-30	1/d	1 d	Cuidado habitual
Li [77]	Crema lubricante neutra. Puntos de presión: áreas de la cabeza y cerebro; glándulas pituitarias, paratiroides, tiroides y glándulas suprarrenales, así como ovarios, glándulas hormonales y sistema reproductivo	Enfermero reflexólogo certificado	5	30	1/d	5 d	Cuidado habitual
Mak [8]	Puntos de presión: tracto renal	Personal entrenado	21	45	1/d	3 s	Placebo

Estudio	Intervención (reflexología podal)						Comparador
	Técnica	Profesional que aplica	Nº sesiones	Duración sesión (min)	Periodicidad sesiones	Duración total	
Miller [78]	Puntos de presión: meridianos claves representativos de los principales órganos del cuerpo	Reflexólogo certificado con experiencia y cualificado en terapia de masaje	8	60	1/s	8 s	Placebo
Mirzaie [79]	Puntos de presión: puntos relacionados con pecho, pituitaria y plexo solar	NI	7	20	1/d	7 d	Placebo
Moeini [46]	Orden: pie izdo - dcho. Puntos de presión: plexo solar, pituitaria, corazón e hígado	NI	1	30	1/d	1 d	Cuidado habitual
Moghimi-Hanjani [80]	Aceite de oliva. Puntos de presión: glándula pituitaria, plexo solar y uterino	NI	1	40	1/d	1 d	Placebo
Mohammadi [81]	Método de Ingham. Aceite de oliva. Orden: pie izdo - dcho. Puntos de presión: áreas relacionadas con tórax, corazón y glándulas endocrinas	Masajista	1	30	1/d	1 d	Placebo
Molavi [82]	Posición supina. Aceite de girasol. Puntos de presión: plexo solar, glándula pituitaria y corazón	Reflexólogo	1	30	1/d	1 d	Cuidado habitual
Mollart [27]	Puntos de presión: zonas reflejas de pecho, abdomen, columna vertebral, pelvis y cabeza	NI	4	15	1/d	4 d	Placebo y cuidado habitual

Estudio	Intervención (reflexología podal)						Comparador
	Técnica	Profesional que aplica	Nº sesiones	Duración sesión (min)	Periodicidad sesiones	Duración total	
Nazari [83]	Puntos de presión: todos los puntos de reflexología plantar, puntos reflexológicos mayores del pie y plexo solar	NI	8	40	2/s	4 s	Placebo y cuidado habitual
Nourmohammadi [84]	Puntos de presión: puntos mayores de reflexología de las plantas (plexo solar, glándula pituitaria, médula espinal, columna vertebral, pelvis y extremidades)	NI	8	20	2/s	4 s	Placebo
Ozdelikara [85]	Puntos de presión: puntos vitales	Investigador cualificado	3	30/40	1/s	3 s	Cuidado habitual
Ozdemir [86]	Puntos de presión: áreas del dolor y calambres; hipófisis, tiroides, paratiroides, páncreas, glándula suprarrenal y puntos del plexo solar	Investigador certificado	3	30	3/s	1 s	Cuidado habitual
Özkan [87]	Orden: pie dcho – izdo. Puntos de presión: cerebro	Reflexólogo cualificado	24	20	2/s	12 s	Placebo y cuidado habitual
Ozturk [88]	NI	Enfermeras	3	20	1/d	3 d	Cuidado habitual
Poole [24]	Técnica Morrell. Puntos de presión: puntos de los pies que se cree que corresponden a otras partes del cuerpo	Reflexólogo cualificado	6-8	60	1/s	6-8 s	Placebo y cuidado habitual

Estudio	Intervención (reflexología podal)						Comparador
	Técnica	Profesional que aplica	Nº sesiones	Duración sesión (min)	Periodicidad sesiones	Duración total	
Quinn [25]	Método Eunice Ingham. Puntos de presión: vértebras de la columna vertebral y musculatura circundante	Reflexólogo cualificado	6	40	1/s	6 s	Placebo
Ramezanibadr [89]	Puntos de presión: plexo solar, corazón y reflejos pituitarios	Reflexólogo	1	20	1/d	1 d	Placebo y cuidado habitual
Ross [20]	NI	Reflexólogos entrenados	6	NI	1/s	6 s	Cuidado habitual
Shaermoghad am [90]	Posición supina. Puntos de presión: cabeza, glándula pituitaria, diafragma, pulmón y riñón/adrenal	Investigadores	1	20	1/d	1 d	Placebo y cuidado habitual
Shahgholian [91]	NI	NI	12	30-40	3/s	4 s	Placebo y cuidado habitual
Shahsavari [92]	Posición supina. Aceite de ajonjolí. Puntos de presión: pituitaria, plexo solar, corazón y pulmones	Investigador terapeuta certificado y experimentado	1	30	1/d	1 d	Cuidado habitual
Sharp [11]	NI	Dos terapeutas certificados y entrenados	8	60	1/s	8 s	Placebo y cuidado habitual
Sheikh [93]	Posición supina. Puntos de presión: corazón y pulmones	Investigadores	3	30	1/d	3 d	Cuidado habitual

Estudio	Intervención (reflexología podal)						Comparador
	Técnica	Profesional que aplica	Nº sesiones	Duración sesión (min)	Periodicidad sesiones	Duración total	
Shobeiri [94]	Puntos de presión: plexo solar	Tres investigadores expertos en reflexología	10	30	2/s	5 s	Placebo y cuidado habitual
Siev-Ner [21]	Puntos de presión: plantas del pie y masaje de la zona de la pantorrilla	Reflexólogos	11	45	1/s	11 s	Placebo
Soheili [95]	Posición supina. Orden: pie izdo - dcho. Puntos de presión: plexo solar, hipotálamo, pituitaria, médula espinal y glándulas suprarrenales en la pelvis	NI	8	40	2/s	4 s	Placebo y cuidado habitual
Tovey [26]	NI	Reflexólogo	6	30	4/s + 2/q	10 s	Placebo
Tsay [7]	Puntos de presión: sistema digestivo del abdomen superior e inferior, hígado, bazo, vesícula biliar, duodeno, intestino y colon	Enfermera reflexóloga	3	20	1/d	3 d	Cuidado habitual
Unal [96]	Puntos de presión: glándula hipófisis, hipotálamo, cerebro, cuerpo pineal, médula espinal y plexo solar	Reflexólogo	8	30	2/s	8 s	Placebo y cuidado habitual
Uysal [97]	Orden: pie dcho - izdo. Puntos de presión: sistema linfático, órganos, región de irradiación	Investigador certificado	10	30	2/s	5 s	Placebo y cuidado habitual

Estudio	Intervención (reflexología podal)						Comparador
	Técnica	Profesional que aplica	Nº sesiones	Duración sesión (min)	Periodicidad sesiones	Duración total	
Valiani [98]	Puntos de presión: plexo solar, áreas relacionadas con órganos digestivos, área pélvica, pituitaria, senos paranasales, extremidades superiores e inferiores	NI	2	60	Durante la dilatación del parto	NA	Cuidado habitual
Valizadeh [99]	Aceite de oliva. Puntos de presión: glándula pineal	Asistente de investigación certificado y entrenado	6	10	1/s	6 s	Placebo y cuidado habitual
Wilkinson [47]	Puntos de presión: todas las zonas	Reflexólogo	4	50	1/s	4 s	Cuidado habitual
Williamson [28]	Puntos de presión: localización puntual	Reflexólogos entrenados	9	45	Intervalos entre 5-9 d	19 s	Placebo
Wyatt [100]	Puntos de presión: reflejos esenciales específicos del cáncer de mama	Investigadora principal (enfermera reflexóloga certificada)	4	30	4/s	1 s	Placebo y cuidado habitual
d: día; dcho: derecho; izdo: izquierdo; s: semana; q: quincena							

Tabla 6.4. Medidas de resultado evaluadas

Estudio	Ansiedad	Depresión	CVRS	Fatiga	Dolor	Constantes vitales	Calidad del sueño	Síntomas de la enfermedad	Eventos adversos
Abbaszadeh 2018 [50]	√					√			
Abdulaziz 2016 [51]						√		√	
Attias 2016 [52]	√		√						
Azima 2015 [53]	√				√				
Bagheri-Nesami 2014 [54]	√								
Bahonar 2019 [55]								√	
Bahrami 2018 [56]				√		√			
Bakir 2018 [57]					√		√		
Brygee 2002 [14]			√			√		√	
Canbulat 2017 [58]								√	
Close 2016 [59]	√				√			√	√
da Silva 2015 [60]								√	
Dashti 2016 [61]								√	√
de Oliveira 2017 [62]					√	√			
Dikmen 2019 [63]			√	√	√				√
Dolatian 2011 [64]					√				√
Ebadi 2015 [65]						√			
Eghbali 2016 [66]					√				
Elbasan 2018 [67]								√	

Estudio	Ansiedad	Depresión	CVRS	Fatiga	Dolor	Constantes vitales	Calidad del sueño	Síntomas de la enfermedad	Eventos adversos
Gok Metin 2016 [68]				√	√				
Gozuyesil 2016 [69]			√					√	
Hesami 2019 [70]				√					
Hodgson 2000 [19]	√	√	√		√				
Hodgson 2008 [29]	√	√			√	√			√
Hodgson 2012 [71]	√				√				√
Holt 2009 [16]	√	√						√	√
Hughes 2009 [22]		√	√	√	√			√	√
Imani 2018 [72]					√				
Jahani 2018 [73]	√				√				
Jones 2013 [74]	√				√	√			√
Kobza 2017 [75]					√				
Koc 2015 [76]					√	√			
Li 2011 [77]							√		
Mak 2007 [8]			√					√	
Miller 2013 [78]	√	√	√		√		√	√	√
Mirzaie 2018 [79]	√	√				√		√	√
Moeini 2011 [46]						√			
Moghimi-Hanjani 2015 [80]	√				√				
Mohammadi 2018 [81]				√	√				

Estudio	Ansiedad	Depresión	CVRS	Fatiga	Dolor	Constantes vitales	Calidad del sueño	Síntomas de la enfermedad	Eventos adversos
Molavi 2013 [82]	√								
Mollart 2003 [27]	√			√	√				
Nazari 2015 [83]				√					
Nourmohammadi 2019 [84]				√					
Ozdelikara 2017 [85]			√	√	√		√	√	
Ozdemir 2013 [86]				√	√				
Özkan 2017 [87]			√					√	
Ozturk 2018 [88]	√				√				
Poole 2007 [24]		√	√		√				
Quinn 2008 [25]			√		√			√	√
Ramezanibadr 2018 [89]	√								
Ross 2002 [20]	√	√						√	√
Shaermoghadam 2016 [90]	√								
Shahgholian 2016 [91]								√	
Shahsavari 2017 [92]	√					√			
Sharp 2010 [11]	√	√	√						
Sheikh 2017 [93]						√			
Shobeiri 2017 [94]				√					
Siev-Ner 2003 [21]					√			√	√
Soheili 2018 [95]	√	√							

Estudio	Ansiedad	Depresión	CVRS	Fatiga	Dolor	Constantes vitales	Calidad del sueño	Síntomas de la enfermedad	Eventos adversos
Tovey 2002 [26]					√				
Tsay 2008 [7]	√				√				
Unal 2016 [96]				√			√		
Uysal 2017 [97]			√	√	√			√	
Valiani 2010 [98]					√	√			
Valizadeh 2015 [99]							√		
Wilkinson 2006 [47]			√			√		√	
Williamson 2002 [28]	√	√					√	√	
Wyatt 2012 [100]	√	√	√	√	√			√	
√: medida/s de resultados principal/es CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud									

Anexo 7. Riesgo de sesgo de los estudios incluidos

Estudio	Sesgo derivado del proceso de aleatorización	Sesgo debido a desviaciones de las intervenciones previstas	Sesgo por falta de datos de resultados	Sesgo debido a la medida de resultado	Sesgo debido a la selección de resultados informados	Riesgo de sesgo general del estudio
Abbaszadeh, 2018	Bajo	Poco claro	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Abdulaziz, 2016	Poco claro	Alto	Poco claro	Bajo	Poco claro	Alto
Attias, 2016	Alto	Poco claro	Bajo	Alto	Alto	Alto
Azima, 2015	Poco claro	Alto	Poco claro	Bajo	Poco claro	Alto
Bagheri-Nesami, 2014	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Bahonar, 2019	Bajo	Poco claro	Bajo	Bajo	Poco claro	Alto
Bahrami, 2018	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Bakir, 2018	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Poco claro	Alto
Brygee, 2001	Poco claro	Bajo	Bajo	Bajo	Poco claro	Alto
Canbulat Sahiner, 2017	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro
Close, 2016	Bajo	Alto	Alto	Poco claro	Poco claro	Alto
da Silva, 2015	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Bajo	Poco claro	Alto
Dashti, 2016	Poco claro	Poco claro	Bajo	Alto	Bajo	Alto
de Oliveira, 2017	Bajo	Poco claro	Bajo	Bajo	Bajo	Poco claro

Dikmen, 2019	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Alto
Dolatian, 2011	Poco claro	Alto	Bajo	Poco claro	Poco claro	Alto
Ebadi, 2015	Bajo	Poco claro	Alto	Bajo	Alto	Alto
Eghbali, 2016	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Alto
Elbasan, 2018	Poco claro	Alto	Alto	Alto	Poco claro	Alto
Gok Metin, 2016	Poco claro	Alto	Bajo	Poco claro	Poco claro	Alto
Gozuyesil, 2016	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Alto
Hesami, 2019	Poco claro	Poco claro	Bajo	Bajo	Poco claro	Alto
Hodgson, 2000	Alto	Poco claro	Alto	Poco claro	Alto	Alto
Hodgson, 2008	Poco claro	Alto	Alto	Bajo	Poco claro	Alto
Hodgson, 2012	Poco claro	Poco claro	Bajo	Poco claro	Poco claro	Alto
Holt, 2008	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Alto
Hughes, 2009	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Poco claro	Poco claro
Imani, 2018	Bajo	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Bajo	Alto
Jahani, 2018	Poco claro	Poco claro	Bajo	Poco claro	Poco claro	Alto
Jones, 2013	Bajo	Poco claro	Bajo	Bajo	Poco claro	Alto
Kobza, 2017	Poco claro	Poco claro	Bajo	Poco claro	Poco claro	Alto
Koc, 2015	Bajo	Poco claro	Bajo	Alto	Poco claro	Alto
Li, 2011	Alto	Poco claro	Alto	Alto	Poco claro	Alto

Mak, 2007	Poco claro	Poco claro	Alto	Poco claro	Poco claro	Alto
Miller, 2013	Alto	Poco claro	Poco claro	Bajo	Poco claro	Alto
Mirzaie, 2018	Poco claro	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Poco claro
Moeini, 2011	Poco claro	Alto	Bajo	Poco claro	Poco claro	Alto
Moghimi Hanjani, 2015	Bajo	Poco claro	Poco claro	Bajo	Bajo	Alto
Mohammadi, 2018	Poco claro	Poco claro	Bajo	Bajo	Poco claro	Alto
Molavi Vardanjani, 2013	Poco claro	Poco claro	Bajo	Poco claro	Poco claro	Alto
Mollart, 2003	Poco claro	Poco claro	Alto	Poco claro	Poco claro	Alto
Nazari, 2015	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Bajo	Poco claro	Alto
Nourmohammadi, 2019	Poco claro	Poco claro	Bajo	Bajo	Poco claro	Alto
Ozdelikara, 2017	Poco claro	Poco claro	Bajo	Poco claro	Poco claro	Alto
Ozdemir, 2013	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Alto
Özkan, 2017	Poco claro	Alto	Alto	Alto	Poco claro	Alto
Ozturk, 2018	Poco claro	Alto	Bajo	Poco claro	Poco claro	Alto
Poole, 2007	Poco claro	Alto	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Alto
Quinn, 2008	Poco claro	Poco claro	Bajo	Bajo	Poco claro	Alto
Ramezanibadr, 2018	Poco claro	Poco claro	Bajo	Bajo	Poco claro	Alto
Ross, 2002	Poco claro	Poco claro	Bajo	Poco claro	Poco claro	Alto
Shaermoghadam, 2016	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Alto

Shahgholian, 2016	Poco claro	Alto	Bajo	Alto	Poco claro	Alto
Shahsavari, 2017	Poco claro	Bajo	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Sharp, 2010	Bajo	Alto	Bajo	Poco claro	Poco claro	Alto
Sheikh, 2017	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Alto
Shobeiri, 2017	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Bajo	Alto
Siev-Ner, 2003	Bajo	Alto	Bajo	Poco claro	Poco claro	Alto
Soheili, 2017	Poco claro	Poco claro	Bajo	Poco claro	Poco claro	Alto
Tovey, 2002	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Alto
Tsay, 2008	Bajo	Poco claro	Bajo	Bajo	Poco claro	Alto
Unal, 2016	Poco claro	Alto	Bajo	Poco claro	Poco claro	Alto
Uysal, 2017	Poco claro	Poco claro	Bajo	Alto	Poco claro	Alto
Valiani, 2010	Alto	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Alto
Valizadeh, 2015	Alto	Poco claro	Bajo	Poco claro	Bajo	Alto
Wilkinson, 2006	Alto	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Alto
Williamson, 2002	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Alto
Wyatt, 2012	Alto	Poco claro	Bajo	Poco claro	Poco claro	Alto
Alto: Alto riesgo de sesgo; Bajo: Bajo riesgo de sesgo; Poco claro: riesgo de sesgo poco claro.						

Anexo 8. Resultados de la reflexología sobre otras medidas de resultado

Problema de salud	Estudio	Variable	Resultado	P-valor
Cáncer	Ozdelikara [85]	Funcionamiento físico ¹	Mejora a favor reflexología	0,000
		Síntomas ^{1a}	Mejora a favor reflexología	0,001
	Ross [20]	Severidad de síntomas ^b	No efecto	ns
	Uysal [97]	Control de síntomas ^{2c}	No efecto	ns
	Wyatt [100]	Funcionamiento físico ^d	Mejora a favor reflexología	0,04*
		Síntomas ³	Mejora de la disnea	<0,01* 0.02 ⁺
Esclerosis múltiple	Hughes [22]	Espasmos ^e	No efecto	NI
		Discapacidad ^f	No efecto	0,15
	Miller [78]	Severidad síntomas ^{4e}	No efecto	ns
	Siev-Ner [21]	Intensidad de parestesias ^e	Disminución a favor reflexología	0,01
		Síntomas urinarios ^g	Mejora a favor reflexología	0,03
		Fuerza muscular ^h	No efecto	0,06
		Espasticidad ⁱ	Mejora a favor reflexología	0,03
Asma	Brygee [14]	Función pulmonar	No efecto	NI
	Dashti [61]	Control del asma ^j	No efecto	NI
Parálisis cerebral	Elbasan [67]	Funciones motoras ^k	No efecto	>0,05
		Estreñimiento ^l	Mejora en el grupo de reflexología	<0,001

Problema de salud	Estudio	Variable	Resultado	P-valor
	Özkan [87]	Espasticidad ^m	Mejoras en músculo gastrocnemio derecho y músculos sóleo derecho e izquierdo	<0,05
		Funciones motoras ^k	Mejora a favor reflexología	0,01
		Dependencia ⁿ	Disminución a favor reflexología	<0,05
Menopausia	Gozuyesil [69]	Sofocos, sudores y sudores nocturnos	Mejora a favor reflexología	≤0,001
	Williamson [28]	Síntomas somáticos, vasomotores y menstruales, memoria/concentración, sueño, atracción y comportamiento sexual	No efecto	ns
		Sofocos	No efecto	ns
		Sudores nocturnos	No efecto	ns
Preeclampsia con edema maleolar	Abdulaziz [51]	Volumen del edema maleolar	Efecto a favor reflexología	<0,001
Dolor lumbar y/o pélvico durante embarazo	Close [59]	Discapacidad ^f	No efecto	NI
		Movilidad ^h	No efecto	NI
Deterioro pies en DM2	da Silva [60]	Discapacidad del pie ^o	Mejoras en algunos indicadores relacionados con el pelo y la discapacidad del pie	<0,05
Dolor lumbar	Quinn [25]	Discapacidad ^f	No efecto	NI
EPOC	Wilkinson [47]	Cambios función pulmonar	No efecto	NI
		Síntomas del EPOC	No efecto	NI
Estado comatoso	Bahonar [55]	Nivel de conciencia ^p	No efecto	0,02
		Nº pacientes que recuperaron la plena conciencia	Efecto a favor reflexología	

Problema de salud	Estudio	Variable	Resultado	P-valor
		Nº días de conciencia	Efecto a favor reflexología	0,032 ⁺
		Nº de pacientes con conciencia plena	Efecto a favor reflexología	0.001*
Estreñimiento funcional	Canbulat [58]	Frecuencia defecación	No efecto	>0,05
		Consistencia defecación	No efecto	>0,05
Síndrome de piernas inquietas en pacientes en hemodiálisis	Shahgholian [91]	Severidad del síndrome	No efecto	NI
Hiperactividad idiopática del músculo detrusor	Mak [8]	Frecuencia micción diurna	Efecto a favor reflexología	0,029
		Frecuencia micción 24h	Efecto a favor reflexología	0,055
		Episodios nocturnos	No efecto	0,46
		Episodios urgentes	No efecto	0,32
		Percepción gravedad problema	No efecto	0,172
Anovulación	Holt [16]	Nivel de progesterona (>30 nmol/L / ovulación	No efecto	0,83
		Regularidad de los periodos	No efecto	0,33
		Pesadez de los periodos	No efecto	0,27
		Calidad de la piel	Efecto a favor de placebo	0,01
Postparto de prematuro	Mirzaie [79]	Volumen de leche materna	Efecto a favor reflexología	<0,001
		Cambio peso bebé	No efecto	0,163
		Saturación de oxígeno bebé	No efecto	0,068
		Frecuencia cardíaca bebé	No efecto	0,599

Problema de salud	Estudio	Variable	Resultado	P-valor
^aSubescala del cuestionario <i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaires (EORTC QLQ) C30; ^bEscala de 10 puntos que evalúa la gravedad de 10 síntomas comunes; ^cSubescala de síntomas de los cuestionarios <i>EORTC QLQ C30 and CR 29</i>; ^d<i>Physical function subscale of the SF-36</i>; ^e<i>Visual Analogue Scale (VAS)</i>; ^f<i>Roland—Morris disability questionnaire</i>; ^g<i>American Urological Association (AUA) symptom score</i>; ^h<i>British Medical Research Council (BMRC) scale</i>; ⁱAshworth score; ^j<i>Asthma control questionnaire (ACQ)</i>; ^k<i>Gross Motor Function Measure (GMFM)</i>; ^l<i>Modified Constipation Assessment Scale (MCAS)</i>; ^m<i>Modified Ashworth Scale (MAS)</i> y <i>Modified Tardieu Scale</i>; ⁿ<i>Functional Independence Measure for Children (WeeFIM)</i>; ^o<i>Pregnancy Mobility Index</i>; ^pEscala de los propios autores que evalúa la integridad del tejido de los pies de personas con DM de acuerdo a indicadores relacionados con la piel y pelo, la circulación sanguínea, la sensibilidad y la temperatura; ^qGlasgow Coma Scale</i> ¹Nauseas/vómitos, dificultades respiratorias, pérdida apetito, estreñimiento y diarrea; ²Nauseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, distensión, frecuencia urinaria y prócticas; ³Disnea y nauseas; ⁴Espasmos musculares, rigidez muscular, función urinaria y función intestinal DM2: Diabetes mellitus tipo 2; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; NI: no informa; ns: no significativo * comparado con grupo control; †: comparado con placebo				

