

# Eficacia y seguridad de la aromaterapia

## Efficacy and safety of aromatherapy

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 aromaterapia

## Efficacy and safety of aromatherapy

Informe técnico  
SESCS

**INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN**



MINISTERIO  
DE SANIDAD



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



Gobierno  
de Canarias

DUARTE-DÍAZ, A.

Eficacia y seguridad de la aromaterapia / A. Duarte-Díaz, A. Rivero-Santana, L. Perestelo-Pérez, Y. Álvarez-Pérez, V. Ramos-García, A. Torres-Castaño, A. Abt-Sacks, A. Toledo-Chávarri, M. Padilla-Ruiz, L. Rodríguez-Rodríguez, P. Serrano-Aguilar – Madrid: Ministerio de Sanidad. Santa Cruz de Tenerife: Servicio Canario de la Salud, - 221 p.; 24 cm. – (Colección: Informes, estudios e investigación / Ministerio de Sanidad)

NIPO: 133-22-059-2

Palabras clave:

1. Aromaterapia. 2. Aceites esenciales. 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 revisores externos.

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

Fecha de publicación: 2022

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 Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la 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:

Duarte-Díaz, A., Rivero-Santana, A., Perestelo-Pérez, L., Álvarez-Pérez, Y., Ramos-García, V., Torres-Castaño, A., Abt-Sacks, A., Toledo-Chávarri, A., Padilla-Ruiz, M., Rodríguez-Rodríguez, L., Serrano-Aguilar, P. Eficacia y seguridad de la aromaterapia. Madrid: Ministerio de Sanidad. Santa Cruz de Tenerife: Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2022. (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, por su apoyo en las tareas de documentación y edición.



# Índice

<b>RESUMEN DIRIGIDO A LA CIUDADANÍA</b>	<b>15</b>
<b>SUMMARY ADDRESSED TO CITIZENS</b>	<b>17</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>19</b>
I.1. Descripción de la aromaterapia	20
I.2. Descripción de las indicaciones clínicas	21
I.3. Opciones terapéuticas habituales de referencia	22
<b>II. ALCANCE Y OBJETIVO</b>	<b>23</b>
<b>III. METODOLOGÍA</b>	<b>25</b>
III.1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda	25
III.2. Selección de estudios	26
III.3. Valoración de la calidad de los estudios	27
III.4. Extracción de datos y síntesis de la evidencia	28
III.5. Participación de los agentes de interés	29
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>31</b>
IV.1 Resultado de la búsqueda bibliográfica	31
IV.1.1 Características de los estudios incluidos	32
IV.1.2 Calidad metodológica de los estudios incluidos	33
IV.2. Descripción y análisis de resultados	35
IV.2.1 Seguridad	35
IV.2.2 Eficacia	35
IV.2.2.1. Alopecia areata	36
IV. 2.2.2. Cáncer	36
IV. 2.2.3. Cólicos infantiles	38
IV. 2.2.5. Cuidados intensivos	39

IV. 2.2.6. Cuidados paliativos	39
IV. 2.2.7. Demencia	41
IV. 2.2.8. Diabetes	42
IV. 2.2.9. Enfermedades cardiovasculares	42
IV. 2.2.10. Enfermedades reumáticas	43
IV. 2.2.11. Hemodiálisis	44
IV. 2.2.12. Infecciones tópicas	45
IV. 2.2.13. Insomnio y otros problemas del sueño	46
IV. 2.2.14. Menopausia	47
IV. 2.2.15. Obstetricia	49
IV. 2.2.16. Pediculosis (infestación por piojos)	55
IV. 2.2.17. Procedimientos médico-quirúrgicos y odontológicos	55
IV. 2.2.18. Psoriasis	59
IV. 2.2.19. Quemaduras	59
IV. 2.2.20. Salud dental	60
IV. 2.2.21. Síndrome del intestino irritable	63
IV. 2.2.22. Trastornos de ansiedad	64
IV. 2.2.23. Trastornos menstruales	64
IV. 2.2.24. Varias poblaciones	65
<b>V. DISCUSIÓN</b>	<b>73</b>
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	<b>77</b>
<b>CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES</b>	<b>79</b>
<b>DECLARACIÓN DE INTERESES</b>	<b>81</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>83</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>95</b>
Anexo 1. Estrategia de búsqueda	95
Anexo 2. Organizaciones contactadas	105

Anexo 3. Revisión externa	106
Anexo 4. Estudios excluidos a texto completo	109
Anexo 5. Características de los estudios incluidos	120
Anexo 6. Calidad metodológica de los estudios incluidos	153
Anexo 7. Resultados de seguridad de las RS incluidas	191
Anexo 8. Resultados de eficacia de las RS incluidas	197

# Índice de tablas

Tabla 1. Bases de datos electrónicas consultadas	25
Tabla 2. Criterios de selección de los estudios	26
Tabla 3. Resultados de las bases de datos consultadas	32

# Índice de figuras

Figura 1. Proceso de selección de los estudios incluidos

31

# Siglas y acrónimos

ADAS-cog	<i>Alzheimer Disease Assessment Scale-Cognitive</i>
AMSTAR-2	<i>A measurement Tool to Assess Systematic Reviews-2</i>
APGAR	<i>Appearance, Pulse, Grimace, Activity, and Respiration</i>
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
BFI	<i>Brief Fatigue Inventory</i>
BSPAS	<i>Burns Specific Pain Anxiety Scale</i>
CES-D	<i>Center for Epidemiological Studies-Depression scale</i>
DASS-21	<i>Depression Anxiety Stress Scale</i>
DM	Diferencia de medias
DME	Diferencia de medias estandarizada
ECA	Ensayo Controlado Aleatorizado
ECNA	Ensayo Controlado No Aleatorizado
EORTC	<i>European Organization of Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire</i>
EPDS	<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>
ETS	Evaluación de Tecnologías Sanitarias
EVA	Escala Visual Analógica
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
FSS	<i>Fatigue Severity Index</i>
GCS	<i>Greene Climacteric Scale</i>
GI	<i>Gingival Index</i>
GRADE	<i>Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HAMA	<i>Hamilton Anxiety Scale</i>
IC	Intervalo de confianza
k	Número de estudios

KMI	<i>Kupperman Menopausal Index</i>
MA	Meta-análisis
MDAS	<i>The Modified Dental Anxiety Scale</i>
MENQOL	<i>The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire</i>
MFI	<i>Multidimensional Fatigue Inventory</i>
MGI	<i>Modified Gingival Index</i>
MQOL	<i>McGill Quality of Life Questionnaire</i>
MRS	<i>The Menopause Rating Scale</i>
MRSA	<i>Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus</i>
MYMOP	<i>Measure Yourself Medical Outcome Profile</i>
n	Número de participantes
NCCAM	<i>National Center for Complementary and Alternative Medicine</i>
NePIQoL	<i>Neuropathic Pain Impact on Quality-of-Life Questionnaire</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NRS	<i>Numeric Rating Scale</i>
PASI	<i>Psoriasis Area and Severity Index</i>
PAT	<i>Pain Assessment Tool</i>
PFS-12	<i>Piper Fatigue Scale-12</i>
PI	<i>Plaque Index</i>
PMSQ	<i>Premenstrual Symptoms Questionnaire</i>
POMS	<i>The Profile Mood States</i>
PSQI	<i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i>
PSST	<i>Premenstrual Symptoms Screening Tool</i>
QHPI	<i>Quigley-Hein Plaque Index</i>
RCSQ	<i>Richards-Campbell Sleep Questionnaire</i>
RedETS	Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud
REEDA	<i>Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge and Approximation</i>
RR	Riesgo Relativo
RS	Revisión Sistemática
RSCL	<i>The Rotterdam Symptom Checklist</i>

SACL	<i>Stress Arousal Checklist</i>
SF-8	<i>Short Form Health Survey (8 items)</i>
SF-36	<i>Short Form Health Survey (36 items)</i>
STAI	<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>
VSH	<i>The Verran and Snyder-Halpern Sleep Scale</i>
WOMAC	<i>Western Ontario and McMaster</i>

# Resumen dirigido a la ciudadanía

<b>Nombre de la técnica con pretendida finalidad sanitaria</b>	Aromaterapia
<b>Definición de la técnica e indicaciones clínicas</b>	La aromaterapia es una rama de la fitoterapia que utiliza aceites esenciales (extraídos de plantas) con el objetivo de mejorar el bienestar, reducir la ansiedad, el estrés y otros síntomas clínicos tanto emocionales como físicos.
<b>Calidad de la evidencia</b>	En general, la calidad de la evidencia según las revisiones sistemáticas incluidas en este informe se ha considerado baja o muy baja. Muchos de los resultados son inconsistentes, imprecisos y se basan en estudios con riesgo de sesgo alto o incierto. Solo para las enfermedades cardiovasculares y la dismenorrea la evidencia se ha considerado moderada o alta.
<b>Resultados claves</b>	Se incluyeron 74 revisiones sistemáticas, en una amplia variedad de enfermedades y condiciones de salud. El aceite esencial más evaluado fue la lavanda y las variables de resultado más estudiadas la ansiedad y el dolor. Los resultados de los estudios incluidos sugieren que la aromaterapia mejora el ritmo cardíaco en personas con hipertensión, enfermedad coronaria, síndrome coronario agudo o fallo cardíaco (calidad de la evidencia alta). También parece reducir la ansiedad y la frecuencia respiratoria en enfermedades cardiovasculares y mejorar el dolor en dismenorrea (calidad de la evidencia moderada). La aromaterapia podría mejorar la presión arterial sistólica en personas con enfermedades cardiovasculares, reducir la necesidad de antieméticos tras procedimientos quirúrgicos, mejorar el dolor agudo y reducir el estrés subjetivo (calidad de la evidencia baja). La evidencia es incierta sobre el efecto de la

	aromaterapia en la mejora de la ansiedad, el dolor o la calidad de vida en personas con cáncer, la ansiedad y el dolor tras cesárea o la ansiedad ante procedimientos dentales (calidad de la evidencia muy baja).
<b>Conclusión final</b>	Las conclusiones no pueden ser definitivas debido a la baja calidad metodológica de muchos de los estudios incluidos en las revisiones sistemáticas identificadas. La aromaterapia puede ser un recurso complementario de algún valor para el tratamiento de síntomas físicos y psicológicos en enfermedades cardiovasculares y dismenorrea. Los aceites esenciales son naturales, pero no inocuos, y se han identificado una serie de eventos adversos leves asociados a su uso.

# Summary addressed to citizens

<b>Name of the technique with health purposes</b>	Aromatherapy
<b>Definition of the technique and clinical indications</b>	Aromatherapy is a field of phytotherapy that utilizes essential oils (extracted from plants) with the aim of improving well-being and reducing anxiety, stress and other emotional and physical symptoms.
<b>Quality of the evidence</b>	In general, the quality of the evidence, based on the systematic reviews included in this report, has been rated as low or very low. Some results are inconsistent, imprecise and based on studies with high or unclear risk of bias. The evidence has been only considered moderate or high for cardiovascular diseases and dysmenorrhea.
<b>Key results</b>	74 systematic reviews were included, covering a wide variety of diseases and health conditions. The most evaluated essential oil was lavender, and the most studied outcomes were anxiety and pain. The results of the included studies show that aromatherapy improves heart rate in people with hypertension, coronary heart disease, acute coronary syndrome or heart failure (high quality of evidence). It also probably reduces anxiety and breathing rate in cardiovascular disease and improves pain in dysmenorrhea (moderate quality of evidence). Aromatherapy may improve systolic blood pressure in people with cardiovascular disease, reduce the need for anti-emetics after surgical procedures, improve acute pain and reduce subjective stress (low quality of evidence). The evidence is uncertain about the effect of aromatherapy in improving anxiety, pain or

	<p>quality of life in people with cancer, anxiety and pain after caesarean section or anxiety before dental procedures (very low quality of evidence).</p>
<p><b>Final conclusion</b></p>	<p>No definitive conclusion could be reached due to the low methodological quality of many of the studies included in the identified systematic reviews. Aromatherapy can be a valuable complementary resource for managing physical and psychological symptoms in cardiovascular diseases and dysmenorrhea. Essential oils are natural, but not necessarily harmless, and some mild adverse events associated with its use have been identified.</p>

# 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 e Innovación. 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 búsqueda de las publicaciones científicas del tipo revisiones sistemáticas y ensayos clínicos, limitada temporalmente al período 2012-2018, en la base de datos médica (Pubmed) sobre el listado de 138 terapias incluidas en el Documento de Situación de las Terapias Naturales del Ministerio de Sanidad [1,2]. El análisis exploratorio realizado no identificó ensayos clínicos o revisiones sistemáticas publicados durante el periodo 2012-2018 que proporcionaran evidencia científica en el caso de 71 de los procedimientos incluidos en el listado. 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, que 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 aromaterapia.

## I.1. Descripción de la aromaterapia

Las técnicas con pretendida finalidad sanitaria engloban una gran cantidad de prácticas que generalmente no se consideran parte de la medicina convencional. Estas prácticas se aplican en una amplia variedad de condiciones clínicas, observándose en los últimos años un incremento sustancial en su uso, tanto por parte de los profesionales de la salud, como por la población general [3–5].

De acuerdo con el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM, del inglés *National Center for Complementary and Alternative Medicine*) estadounidense, la aromaterapia se clasifica dentro del conjunto de prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo, junto a la osteopatía, la quiropraxia o el quiromasaje, entre otras [6]. Estas prácticas hacen énfasis en la manipulación o el movimiento de una o más partes del cuerpo bajo la convicción fundamental de que todos los sistemas del organismo trabajan conjuntamente de forma integrada.

La aromaterapia es un campo de la fitoterapia que utiliza aceites esenciales con el objetivo de mejorar el bienestar, reducir la ansiedad, el estrés y otros síntomas clínicos tanto físicos como emocionales. Los aceites esenciales son sustancias lipofílicas de bajo peso molecular que se obtienen a partir del metabolismo secundario de materias primas vegetales, como flores, hojas, raíces, cortezas o hierbas, principalmente mediante procesos de destilación y prensado [7,8].

Los aceites esenciales pueden ser absorbidos por el cuerpo por cuatro vías, siendo la vía inhalada y la vía tópica las más utilizadas [8–10]:

- **Vía inhalada:** los aceites esenciales se inhalan bien de forma directa, mediante algodones o telas impregnadas con aceites esenciales o el uso de un inhalador individual, bien de forma indirecta, por medio de sistemas de difusión que dispersan los aceites esenciales por el aire.
- **Vía tópica:** los aceites esenciales penetran en la piel por medio de masajes, compresas o baños y son, a su vez, inhalados tras su evaporación.
- **Vía oral:** los aceites esenciales se ingieren mediante cápsulas, gelatinas, comprimidos y otros preparados galénicos.
- **Vía interna:** los aceites esenciales son absorbidos a través de las mucosas internas, mediante el uso de enjuagues bucales, duchas vaginales, óvulos vaginales, tampones o supositorios.

El uso de los aceites esenciales es una práctica ancestral en numerosas tradiciones culturales y han sido ampliamente utilizados por las medicinas populares a lo largo de toda la historia [11]. A pesar de su amplia tradición como parte de la etnomedicina, desde la perspectiva biomédica, el origen del interés por los aceites esenciales se remonta a 1928, cuando el químico francés Rene-Maurice Gattefossé acuña el término “*Aromatherapie*” tras estudiar las propiedades del aceite esencial de lavanda [12]. En 1990, con la publicación del libro “*L’Aromatherapie Exactement*” de Daniel Pénöel y Pierre Franchomme [13], en el que describen las propiedades de más de 270 aceites esenciales, se inicia el estudio sistemático de su composición y propiedades bioquímicas. En los últimos años, se han llevado a cabo varios estudios dirigidos a profundizar en el mecanismo de acción de los aceites esenciales y se han informado de efectos a nivel psicológico, fisiológico y celular [14]. Cuando el cuerpo absorbe los aceites esenciales, sus moléculas parecen activar los sistemas olfativo, respiratorio o gastrointestinal en función de la vía de absorción empleada [10]. Los aceites esenciales inhalados se difunden a través de las fosas nasales hasta el bulbo olfatorio, que a su vez conecta con las entradas límbicas de la amígdala y el hipotálamo, relacionadas con la emoción y la memoria [9,10]. Por otro lado, la fricción empleada en los masajes puede estimular la dilatación de los vasos sanguíneos de la dermis y aumentar la absorción de los componentes de los aceites esenciales [9,15].

Aunque como se ha comentado, la aplicación de aceites esenciales no se restringe a la vía olfatoria, en este informe se mantendrá el uso del término “aromaterapia” para referirse a esta técnica, dado que es el usado generalmente.

## **I.2. Descripción de las indicaciones clínicas**

En relación con el uso de la aromaterapia con pretendida finalidad terapéutica, en los últimos años se han llevado a cabo varias RS que muestran algunos resultados favorables para la reducción del dolor [16], la ansiedad en pacientes sometidos a cirugía cardíaca [17], el insomnio [18], el síndrome premenstrual [19] o la reducción de la fatiga en pacientes con hemodiálisis [20]. Otros estudios referidos al dolor post-operatorio [21], la asistencia al parto [22] o la demencia [23] han observado resultados mixtos (nulos o favorables a la aromaterapia). En esta línea, instituciones internacionales como el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE, del inglés *National Institute for Health and Care Excellence*) no recomiendan su uso para el alivio del dolor

durante el parto y destacan la importancia de informar a las mujeres de que su efecto sobre la probabilidad de necesitar cesárea es incierto [24,25].

En este sentido, existe incertidumbre acerca de la eficacia de la aromaterapia en el contexto clínico, por lo que se hace necesario identificar, evaluar y sintetizar la evidencia científica disponible con el fin de conocer la eficacia y seguridad del uso de la aromaterapia con fines terapéuticos.

### **I.3. Opciones terapéuticas habituales de referencia**

Dado que no existen indicaciones específicas para la aromaterapia en el caso de condiciones de salud física o mental, no es posible describir las opciones habituales de tratamiento.

## II. Alcance y objetivo

Este informe pretende identificar, evaluar críticamente y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la eficacia y seguridad de la aromaterapia para la prevención y/o abordaje de cualquier indicación clínica o condición de salud. Se ha limitado el alcance del informe al uso de la aromaterapia con pretendida utilidad terapéutica, por lo que no se analiza el uso de los aceites esenciales en ámbitos no sanitarios como la cosmética o la seguridad alimentaria.

El presente informe está dirigido a la población general, a los usuarios de los servicios sanitarios, a los profesionales y gestores sanitarios.



# III. Metodología

Este informe se ha realizado de acuerdo a la Guía para la elaboración y adaptación de informes rápidos de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) desarrollada en la RedETS [26].

Para alcanzar el objetivo propuesto, se realizó una RS de la literatura, basada en la metodología Cochrane [27], sobre la eficacia y seguridad de la aromaterapia en el abordaje de cualquier indicación clínica o condición de salud.

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

En la tabla 1 se describen las bases de datos electrónicas que fueron consultadas hasta agosto de 2021 y en el Anexo 1, se hacen explícitas las estrategias de búsqueda llevadas a cabo.

Tabla 1. Bases de datos electrónicas consultadas	
Base de datos	Periodo de búsqueda
CINAHL (Ebsco)	2006 – agosto de 2021
EMBASE (Elsevier)	2006 – agosto de 2021
MEDLINE (Ovid)	2006 – agosto de 2021
PsycINFO (Ebsco)	2006 – agosto de 2021

El proceso de selección de los estudios se realizó por dos revisores de forma paralela e independiente y, en caso de duda y/o desacuerdo entre ellos, se acudió a un tercer revisor que comprobó los criterios del protocolo e intentó llegar a un consenso con los otros dos revisores. La selección de los estudios se realizó a partir de los resúmenes recuperados en las bases de datos según los criterios de selección establecidos y previa valoración de la relevancia para esta RS.

A continuación, se recuperaron las publicaciones completas, incluyendo todas aquellas en las que su elegibilidad no se podía determinar por el resumen, y se volvió a comprobar la concordancia con los criterios de la revisión. Una vez seleccionados los artículos, se extrajeron posibles referencias de interés. El análisis bibliográfico se

complementó con la consulta manual de referencias extraídas de los estudios incluidos, siempre que éstas cumplieren con los criterios de selección establecidos. Además, se consultó a personas expertas en el área de la aromaterapia y las terapias naturales para identificar posibles publicaciones de interés. Las referencias bibliográficas fueron gestionadas a través del programa Reference Manager 10.

## III.2. Selección de estudios

Los estudios fueron seleccionados siguiendo los criterios de selección que se describen en la tabla 2 y que corresponden a la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es la eficacia y seguridad de la aromaterapia, en comparación con placebo, cuidado convencional, otras técnicas basadas en la evidencia que no impliquen el uso de aceites esenciales o la no intervención, en personas de todas las edades, sanas o con cualquier patología o condición clínica?

En el protocolo del informe se planteó la posibilidad de incluir, de manera complementaria y/o en ausencia de RS, ensayos controlados aleatorizados (ECAs) publicados en los últimos 15 años (periodo 2006-2021). No obstante, dado el amplio número de RS identificadas, finalmente no se consideró la inclusión de ECAs. Para evitar la duplicidad de resultados, cuando se identificaron varias RS que incluían los mismos estudios primarios, se seleccionaron las más completas y se dio prioridad a aquellas que disponían de meta-análisis (MA).

Tabla 2. Criterios de selección de los estudios		
Criterio	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Población	Personas de cualquier edad, sanas o con cualquier patología o condición clínica consideradas para su intervención con aromaterapia.	Estudios con animales.
Intervención	Estudios que evalúen la eficacia específica de la aromaterapia. No se aplicarán restricciones con respecto al aceite esencial empleado, la vía de administración, las dosis o la duración de la intervención.	Estudios que evalúen la eficacia conjunta de la aromaterapia en combinación con otra intervención, de modo que no pueda aislarse el efecto específico de la aromaterapia.
Comparador	Aromaterapia placebo (simulada con un aceite no aromático); cuidado convencional; otras técnicas establecidas con base en la evidencia que no impliquen el uso de aceites esenciales; no intervención.	Otras terapias alternativas o complementarias; estudios que comparen el uso de diferentes formas de aplicación de la aromaterapia (i.e., aromaterapia inhalada vs aromaterapia mediante masaje) o diferentes aceites esenciales (i.e., aromaterapia con aceite de camomila

Tabla 2. Criterios de selección de los estudios		
Criterio	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
		vs aromaterapia con aceite de espliego).
Medidas de resultado	<p><u>Eficacia:</u> Sintomatología relacionada con la salud mental (i.e., ansiedad, depresión), sintomatología relacionada con la salud física (i.e., dolor y otros síntomas relacionados con la enfermedad de base) y/o calidad de vida (general, específica, física y mental).</p> <p><u>Seguridad:</u> Eventos adversos leves y graves (que requieran hospitalización y/o pongan en riesgo la vida).</p>	Estudios que no informen de medidas relacionadas con variables de salud (reducción de síntomas, calidad de vida, eventos adversos).
Diseño de estudio	<p>Estudios con alguno de los siguientes diseños publicados en revistas con un sistema de revisión por pares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisiones sistemáticas, con y sin meta-análisis, que incluyan ensayos controlados aleatorizados.</li> </ul>	<p>Estudios con los siguientes diseños:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensayos controlados aleatorizados.</li> <li>• Ensayos controlados no aleatorizados.</li> <li>• Ensayos no controlados.</li> <li>• Estudios observacionales.</li> <li>• Estudios cualitativos.</li> <li>• Revisiones narrativas, editoriales, cartas al editor y opiniones.</li> <li>• Resúmenes de congresos.</li> </ul>
Idioma	Inglés Español	Otros idiomas

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

La calidad metodológica de los estudios fue valorada críticamente por dos revisores de forma independiente y las discrepancias fueron resueltas por consenso. El instrumento utilizado para la valoración de la calidad de las RS incluidas fue la versión revisada de la herramienta *A measurement Tool to Assess Systematic Reviews* (AMSTAR-2) [28]. AMSTAR-2 es un cuestionario que contiene 16 dominios, de los cuales 7 se consideran críticos: 1) protocolo registrado antes de la revisión; 2) adecuada búsqueda en la literatura; 3) justificación de los estudios excluidos; 4) riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos; 5) métodos meta-analíticos apropiados; 6) consideración del riesgo de sesgo en la interpretación de los resultados de la revisión, y 7) evaluación de la presencia y el impacto probable del sesgo de publicación. Cada dominio se valora con opciones de respuesta simples: “sí” cuando el resultado es

positivo; “no” cuando no se cumplió el estándar o no se informa con detalle y “sí parcial” en casos de adherencia parcial al estándar de calidad.

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

Una vez identificados las RS a incluir en el informe, se realizó la extracción de los datos en un fichero Excel que incluyó la siguiente información:

- Identificación del artículo: autores y fecha de publicación.
- Metodología: bases de datos consultadas, fecha de búsqueda, criterios de selección, número y diseño de los estudios incluidos, instrumento de evaluación de la calidad metodológica y tipo de síntesis empleada.
- Población: características específicas de la población a la que se aplica la intervención.
- Intervención: aceites esenciales empleados y forma de administración.
- Comparador o comparadores.
- Resultados: medidas de resultado evaluadas, instrumentos utilizados y resultados del MA (cuando estuvo disponible).

La síntesis de la evidencia se ha llevado a cabo de forma narrativa y por medio de tablas, tratando de indicar, para cada grupo de población y medida de resultado, cuál es la comparación evaluada (i.e., aromaterapia frente a placebo o cuidado estándar o aromaterapia frente a cualquier comparador), qué tipo de aceite esencial se utiliza, cuál es el riesgo de sesgo de los estudios incluidos y la calidad de la evidencia, cuando estuvo disponible. Para las RS que incluyen MA, se presentan la diferencia de medias (DM), diferencia de medias estandarizada (DME o  $g$  de Hedges) o riesgos relativos (RR), los intervalos de confianza (IC) y el grado de heterogeneidad para cada medida de resultado y el posible sesgo de publicación. En el caso de las RS que realizan MA en red, se presentan, además, los datos relativos a la consistencia o inconsistencia de la red. En la exposición de resultados,  $k$  hace referencia al número de estudios y  $n$  al número de participantes.

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

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

Se realizó una invitación activa a través de correo electrónico a las organizaciones profesionales y de usuarios relacionadas con la aromaterapia 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 oficialmente acreditadas en el Estado español, estar relacionadas con las ciencias o el ámbito de la salud, y estar legalmente constituidas (ver Anexo 2). Se envió el protocolo de trabajo a estas asociaciones junto a un formulario de solicitud de información en el 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 a la invitación inicial, por parte de dos organizaciones (ver Anexo 2).

En mes de junio de 2022 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 cumplieran 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 dos organizaciones (con diferentes grupos de trabajo), recogidas en el Anexo 2. Las observaciones recibidas en este proceso se muestran en el Anexo 3.



# IV. Resultados

## IV.1 Resultado de la búsqueda bibliográfica

En la búsqueda electrónica se identificaron un total de 3124 referencias, de las que, tras eliminar duplicados, 813 se revisaron por título y resumen (Figura 1). En la Tabla 3 se muestran los resultados obtenidos en cada una de las bases de datos electrónicas consultadas. Del total de referencias revisadas, 234 fueron seleccionadas para su lectura a texto completo. Se excluyeron 161 referencias y 73 RS fueron incluidas en el informe [14,16–19,21,27–93] (en el Anexo 4, se describen los motivos de exclusión de las referencias no incluidas). A partir de la búsqueda manual en los listados de referencias de las revisiones incluidas, se identificó un nuevo MA en red [95] que fue finalmente incluido.

**Figura 1. Proceso de selección de los estudios incluidos**

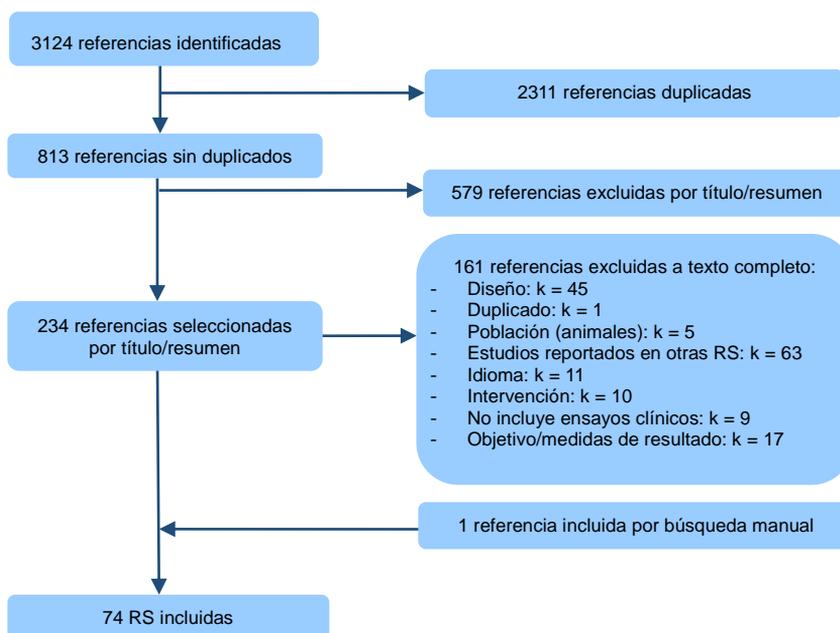


Tabla 3. Resultados de las bases de datos consultadas

Base de datos (plataforma)	Nº de resultados obtenidos
MEDLINE (Ovid)	914
EMBASE (Elsevier)	928
CINAHL (Ebsco)	1048
PsycINFO (Ebsco)	234
<i>Total de referencias con duplicados</i>	3124
<i>Total de referencias sin duplicados</i>	813

### IV.1.1 Características de los estudios incluidos

A continuación, se sintetizan las características más relevantes de los estudios seleccionados. En el Anexo 5, se muestra una tabla con las características detalladas de las 74 RS incluidas.

Cincuenta y siete de las 74 RS incluidas analizan la eficacia de la aromaterapia en poblaciones específicas: alopecia areata [29], cáncer [30–32], cólicos infantiles [33], cuidados intensivos [34,35], cuidados paliativos [36,37], demencia [23], diabetes [38], enfermedades cardiovasculares [39,40], enfermedades reumáticas [41], pacientes en hemodiálisis [20,42], infecciones tópicas [43], insomnio y otros problemas del sueño [18,44], menopausia [45–48], obstetricia, incluyendo embarazo, parto, post-parto y lactancia [49,50,59,51–58], población infantil con pediculosis [60], personas en espera de o sometidas a diferentes procedimientos médico-quirúrgicos y odontológicos [17,21,61–65], personas con quemaduras [66,67], salud dental [68–74], síndrome del intestino irritable [75], trastornos de ansiedad [76,77] y trastornos menstruales [19,78]. Las 17 RS restantes [14,78–93] evalúan la eficacia de la aromaterapia desde un punto de vista más amplio e incluyen participantes de poblaciones variadas (i.e., eficacia de la aromaterapia para la reducción de la ansiedad en personas sanas o con cualquier condición de salud física o mental).

En relación con el objetivo del estudio, 56 RS evalúan específicamente la eficacia de la aromaterapia [14,16,17,18,19,21,31,33–

44,46,47,49–52,54,55,57,59–61,63,65–69,71–75,78–80,82–92] mientras que otras evalúan la aromaterapia en el contexto de revisiones más amplias sobre intervenciones no farmacológicas [34,51,61,67], terapias alternativas y complementarias [29,33,35,54,59,81], masaje con o sin aromaterapia [32,38], distintos productos de higiene oral [69,95], terapias herbales occidentales [75], aromaterapia, masaje y reflexología [36] o cualquier intervención que se utilice para una indicación determinada [63,85]. En cuanto al tipo de estudios incluidos en las RS, 52 incluyen solamente ECAs [16–19,21,27–33,38–41,43,45–47,51–55,59,61–72,75,78,80,82–84,86–91,93,94], mientras que 22 incluyen tanto ECAs como otros diseños (ensayos controlados no aleatorizados (ECNAs) y pre-post, entre otros) [14,34–37,42,44,48–50,56–58,60,73,74,76,77,79,81,85,92]. Un total de 46 RS llevaron a cabo una síntesis de resultados cuantitativa, 41 por medio de MA tradicional [14,16–18,28,31,33,37–44,46,47,50,53,55,59,60,62,63,66,68–71,73,75,78–80,82,86,88,91,93] y 5 con MA en red [51,69,77,93,95]. Las 28 RS restantes sintetizaron los resultados de forma narrativa [19,21,27,29,30,32,34–36,48,49,51,52,54,56–58,61,65,67,74,76,77,84,85,87,89,92].

La mayoría de las RS incluidas no restringen por el tipo de aceite esencial empleado, mientras que 13 RS evalúan específicamente determinados aceites: 8 con lavanda [48,52,55,76,77,80,93,94], 2 con naranja [79,88], 2 con rosa de damasco [90,91] y 1 con bergamota [89]. La mayor parte de la evidencia hace referencia a estudios en población adulta y solo 3 RS evalúan el efecto de la aromaterapia específicamente en población infantil [33,60,81].

Las variables de salud más evaluadas fueron la ansiedad y el dolor, y los ámbitos en los que más se ha estudiado su eficacia han sido la obstetricia (embarazo, parto y post-parto) y la salud dental. Las escalas para la evaluación del riesgo más empleadas fueron las de la Colaboración Cochrane [96,97], seguida de la escala Jadad [98].

## IV.1.2 Calidad metodológica de los estudios incluidos

La valoración de la calidad metodológica de las RS incluidas, evaluadas mediante los criterios AMSTAR-2 [28], se muestran en el Anexo 6.

En todas las RS, salvo en 3 [55,60,68], la pregunta de investigación y los criterios de selección incluyeron los componentes PICO (población, intervención, comparador y medida de resultado) (Criterio 1). Asimismo, 29 RS [16,21,28,30,31,33,36,37,41,43,44,48,50,53,55,57,58,60,63,64,70,75,77,79,86,90,92–94] mencionan una declaración explícita de que los

métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización (Criterio 2). Sin embargo, solo en 18 RS [16,21,30,33,36,39–41,53,55,60,75,76,86,92,93,98], los autores explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir (Criterio 3). En todas las RS, salvo en 4 [68,69,76,95] se usó una estrategia de búsqueda exhaustiva en al menos dos bases de datos (Criterio 4).

Solo en 13 [14,27,46,49,50,54,63,71,74,78,79,88,91] de las 74 RS, la selección de los estudios no se realizó de forma independiente por al menos dos revisores (Criterio 5); mientras que en 15 RS [27,46,49,54,63,66–69,71,78,79,82,88,89] no se explicitó que la extracción de datos se llevara a cabo por duplicado (Criterio 6). En 11 RS [21,28, 47,53,55,60,64,67,86,93,94], los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones (Criterio 7). Todas las RS describieron los estudios incluidos con suficiente detalle (Criterio 8).

En 4 RS [16,41,72,81] no se especificó el instrumento utilizado para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos (Criterio 9) y en 13 RS [14,32,35–37,46,51,54,67,68,69,71,74,76,85,89,91,98] no se consideró el riesgo de sesgo a la hora de interpretar/discutir los resultados de la revisión (Criterio 13). Solo 11 RS [21,28,53–55,60,63,66,72,86,93] identificaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos (Criterio 10).

En relación a la síntesis de la evidencia, 46 RS [14,16,17, 18,28,31,33,37–47,50,53,55,59,60,62–64,66,68–73,75,78–80,82,86,88, 90,91,93,94] realizaron MA con métodos apropiados para la combinación estadística de los resultados (Criterio 11), y 24 RS [16,17,28,31,33,37,39–47,53,59,75,78,86,88,93] evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo de los estudios individuales sobre los resultados del MA (Criterio 12). El sesgo de publicación y su posible impacto en los resultados fue evaluado en 33 RS con MA [14,16–18,28,31,33,40,47,50,53, 55,59,60,64,66,70,75,78,79,81,83,86,88,91,93, 94,98] (Criterio 15). Por último, la mayoría de las RS proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada (Criterio 14) e informaron de las fuentes potenciales de conflicto de intereses, incluyendo la financiación recibida para llevar a cabo la revisión (Criterio 16).

## IV.2. Descripción y análisis de resultados

### IV.2.1 Seguridad

En el Anexo 7, se muestra una tabla con los resultados de seguridad de las RS incluidas en el informe. De las 74 RS, 41 RS no presentan datos sobre seguridad [16–18,28,29,31–36,39,40,42,46–49,55,56,58,63–69, 71, 74,76,78,79,83,88–92,94], 18 RS informan de la ausencia de eventos adversos asociados al uso de la aromaterapia [14,27, 43,45,50,51,53,57,59–61,62,73,80,82,84,85,91] y las 15 RS restantes [19,21,30,37,41,44,52,54,70,72,75,77,86,87,93] presentan algún evento adverso en el grupo de aromaterapia, aunque leves en todos los casos.

La aplicación tópica de la aromaterapia con diferentes aceites esenciales se ha asociado con irritación en la zona de aplicación [29], erupción cutánea [32,36], prurito, picazón y descamación ligera de la piel [43], eritema y escozor [60], sequedad de la piel [43,60] y malestar general [32,36]. Por otro lado, 2 RS informan de la aparición de irritación cutánea leve en algunas personas tratadas con baños de aromaterapia [50,58]. No obstante, en todos los casos la aparición de estos eventos adversos fue poco frecuente.

En relación con la seguridad específica de determinados aceites esenciales, una RS en personas con síndrome del intestino irritable [75] concluyó que el RR de sufrir eventos adversos era superior para las personas tratadas con aceite esencial de menta que para las intervenidas con placebo (RR = 3.04, IC95%: 1.99, 4.66). Los eventos adversos más frecuentes asociados al uso de aromaterapia fueron la aparición de acidez y ardor perianal, seguida de náuseas, vómitos, ataxia, anorexia, dispepsia e infección del tracto respiratorio superior [75]. Respecto a la aromaterapia con aceite esencial de lavanda, inhalada o por vía oral (Silexan®), algunos estudios refieren la aparición, infrecuente, de eventos adversos leves como cefalea [77,80], palpitaciones [80] y trastornos gastrointestinales [77,80]. Por último, se ha descrito la aparición de cefaleas, náuseas, vómitos [90] y rinitis alérgica [91] en algunas personas tratadas con aceite esencial de rosa de damasco.

### IV.2.2 Eficacia

A continuación, se describen los resultados de eficacia disponibles de las RS incluidas. Se presentan primero los resultados de los estudios que evalúan la eficacia de la aromaterapia en condiciones de salud específicas

y después los que incluyen estudios con muestras variadas (i.e., ansiedad en personas con cualquier condición de salud, física o mental). En el Anexo 8, se presenta una tabla con la síntesis de los resultados de eficacia.

#### IV.2.2.1. Alopecia areata

Tkachenko et al. (2019) [29] evaluaron la eficacia de diferentes terapias alternativas y complementarias en personas con alopecia areata. Incluyeron 2 ECAs doble-ciego (n = 124), de alta calidad metodológica, que compararon el masaje del cuero cabelludo con aceites esenciales, frente a masaje en solitario. En ambos casos se observó un efecto significativamente favorable a la aromaterapia tanto en el crecimiento del pelo, como en la reducción del área afectada ( $p < 0.05$ ).

#### IV. 2.2.2. Cáncer

##### **Ansiedad**

En la revisión Cochrane de Shin et al (2016) [32] se incluyeron 2 ECAs (n = 253) que compararon la aromaterapia en masaje, frente a atención habitual o no intervención, para la reducción de la ansiedad (*State Trait Anxiety Inventory*, STAI) en personas con cáncer. La combinación de estos 2 estudios mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia (DM = -4.50, IC95%: -7.70, -1.30,  $I^2 = 0\%$ , calidad de la evidencia muy baja según el sistema *Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation* (GRADE) [100].

Farahani et al. (2019) [31] incluyen 16 estudios, 10 ECAs (n = 1096) y 6 estudios cuasi-experimentales (n = 329) que evaluaron la eficacia de la aromaterapia, en masaje (k = 12) o inhalada (k = 4), para la mejora de la ansiedad en personas con cáncer. En 12 estudios la aromaterapia tuvo un efecto positivo sobre los síntomas de ansiedad, evaluada en la mayoría de los estudios con la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) y STAI.

##### **Calidad de vida**

Tres ECAs (n = 292) incluidos en Shin et al. (2016) [32] evaluaron calidad de vida en personas con cáncer, comparando aromaterapia en masaje frente a atención habitual o no intervención. En 1 estudio (n = 29), se observó una mejora significativa en la calidad de vida (*Measure Yourself Medical Outcome Profile*, MYMOP) en el grupo de aromaterapia con masaje en comparación con la atención habitual (DM = -2.00, IC95%: -

3.46, -0.54, calidad de la evidencia muy baja según el sistema GRADE). Los otros 2 estudios (n = 263), no muestran diferencias significativas entre los grupos en calidad de vida (*The Rotterdam Symptom Checklist*, RSCL y *European Organization of Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire*, EORTC).

Farahani et al. (2019) [31] incluyeron 9 ECAs (n = 746). La aromaterapia en masaje, generalmente con aceite esencial de lavanda, mejoró de forma significativa la calidad de la vida de las personas con cáncer en 6 estudios, mientras que en 3 no se observó ningún efecto.

### **Depresión**

Shin et al. (2016) [32] incluyeron 4 ECAs (n = 361) que evaluaron depresión (*Beck Depression Inventory*, BDI; Escala Visual Analógica, EVA 0-10; *Center for Epidemiological Studies-Depression scale*, CES-D y HADS). La aromaterapia en masaje, en comparación con atención habitual o no intervención, no redujo significativamente la depresión en el corto, medio o largo plazo.

Farahani et al. (2019) [31] incluyeron 6 estudios, 4 ECAs (n = 754) y 2 estudios cuasi-experimentales (n = 75) que evaluaron la eficacia de la aromaterapia en masaje (k = 5) o inhalada (k = 1) para la reducción de los síntomas depresivos en personas con cáncer. Cuatro de los 5 estudios con aromaterapia en masaje tuvieron un efecto positivo, mientras que la aromaterapia inhalada no redujo los síntomas depresivos.

### **Dolor**

Chen et al. (2016) [30] incluyeron 3 ECAs (n = 278), 1 con riesgo de sesgo incierto y 2 con alto riesgo de sesgo, que compararon la aromaterapia en masaje frente a la atención habitual, para la reducción del dolor (*Pain Assessment Tool*, PAT, EORTC, EVA 0-10) en personas con cáncer. El MA de los 3 estudios no mostró diferencias significativas entre los grupos (DME = 0.01, IC95%: -0.23, 0.24, I<sup>2</sup> = 0%). No hubo evidencia de sesgo de publicación.

En la revisión de Shin et al. (2016) [32] se incluyeron 5 ECAs (n = 447) que compararon masaje con aromaterapia frente a atención habitual o no intervención para el manejo del dolor en personas con cáncer. Tres ECAs (n = 140) evaluaron intensidad del dolor usando la EVA, encontrándose un efecto significativamente favorable al masaje con aromaterapia en 2 de ellos y ausencia de diferencias significativas en el restante. Un ECA (n = 221) empleó el cuestionario EORT y no encontró diferencias significativas en el corto, medio o largo plazo. Por último, 1 estudio (n = 86) mostró un efecto significativo favorable al masaje con

aromaterapia en la subescala de dolor del *Short Form Health Survey* (SF-8), tanto en el medio (DM = 5.30, IC95%: 1.52, 9.08), como en el largo plazo (DM = 3.80, IC95%: 0.19, 7.41, calidad de la evidencia muy baja según el sistema GRADE).

Farahani et al. (2019) [31], por su parte, incluyeron 13 estudios en su RS, 8 ECAs (n = 421) y 5 estudios cuasi-experimentales (n = 289). La mayoría de los estudios emplean aromaterapia en masaje y el aceite esencial más usado fue la lavanda. Se observó un efecto significativo de la aromaterapia sobre la reducción del dolor en 9 de los 13 estudios.

### **Fatiga**

Dos ECAs (n = 287) incluidos en Shin et al. (2016) [32] compararon aromaterapia frente a atención habitual para la mejora de la fatiga en personas con cáncer, 1 con la EVA y 1 con el cuestionario EORT. En el primero (n = 66) se observó una reducción significativa de la fatiga en el seguimiento a corto plazo, mientras que el segundo (n = 221) no encontró diferencias significativas entre los grupos tras 10 semanas de intervención.

Farahani et al. (2019) [31] incluyeron 4 estudios con aromaterapia, 3 ECAs (n = 199) y 1 estudio cuasi-experimental (n = 20), que evaluaron fatiga en personas con cáncer. En los 4 estudios, 3 en masaje y 1 en baños, la aromaterapia tuvo un efecto significativo sobre la reducción de fatiga.

### **Náuseas y vómitos**

En la RS de Farahani et al. (2019) [31] se incluyen 9 estudios en personas con cáncer, 7 ECAs (n = 465) y 2 estudios cuasi-experimentales (n = 135). La mayoría de los estudios emplearon aromaterapia inhalada con aceites de menta, cardamomo o jengibre. Se obtuvo un efecto significativamente favorable a la aromaterapia en 6 de los 9 estudios.

#### IV. 2.2.3. Cólicos infantiles

En la RS de Çetinkaya et al. (2021) [33] se incluyeron 2 ECAs (n = 165) que evaluaron la eficacia de la aromaterapia, oral y en masaje, para la mejora de los cólicos infantiles. En 1 estudio (n = 125), con riesgo de sesgo incierto, la aromaterapia oral con aceite de semillas de hinojo redujo de forma significativa los cólicos infantiles, según los criterios de Wessel<sup>1</sup>, en comparación con el placebo (p < 0.01). En otro estudio (n = 40), con alto

---

<sup>1</sup> Llanto que dura más de tres horas al día, más de tres días a la semana y que persiste más de tres semanas.

riesgo de sesgo, el masaje con aceite de lavanda, en comparación con la no intervención, redujo significativamente el tiempo semanal de llanto en niños con cólicos infantiles ( $p < 0.05$ ).

#### IV. 2.2.5. Cuidados intensivos

##### **Ansiedad**

Thrane et al. (2019) [35] incluyeron 2 ECAs ( $n = 120$ ), 1 con alto riesgo de sesgo y 1 con riesgo incierto, que compararon la aromaterapia inhalada con lavanda frente a placebo o no intervención para la reducción de la ansiedad en personas en cuidados intensivos. En ambos estudios se encontró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia.

##### **Sueño**

En la revisión Cochrane de Hu et al. (2015) [34] se evaluó el impacto de diferentes intervenciones no-farmacológicas para la promoción del sueño en cuidados intensivos. Incluyeron 1 ECA ( $n = 25$ ), con alto riesgo de sesgo, que comparó la aromaterapia inhalada (lavanda), frente a atención habitual, sobre la calidad del sueño (*Richards-Campbell Sleep Questionnaire*, RCSQ). Las diferencias entre los grupos no fueron estadísticamente significativas.

Por otro lado, 1 ECA ( $n = 60$ ) con pacientes coronarios en cuidados intensivos incluido en Thrane et al. (2019) [35] mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia con lavanda, frente a no intervención, en la mejora de la calidad del sueño.

##### **Estrés mental**

Un ECA ( $n = 60$ ) incluido en Thrane et al. (2019) [35] con pacientes sometidos a cirugía de bypass de la arteria coronaria, no encontró diferencias significativas entre aromaterapia inhalada (lavanda) y el placebo en la mejora del estrés mental.

#### IV. 2.2.6. Cuidados paliativos

##### **Ansiedad**

Candy et al. (2019) [36] incluyeron 1 ECA ( $n = 42$ ) con alto riesgo de sesgo, que comparó el efecto de la aromaterapia en masaje (lavanda), frente a masaje sin aromaterapia y no intervención, sobre la mejora de la ansiedad de personas con cáncer avanzado en cuidados paliativos. No se describen las diferencias inter-grupo, pero en ninguno de los tres grupos de intervención se observó un cambio significativo en la ansiedad (HADS). Por otro lado, 2 ECAs ( $n = 85$ ) midieron ansiedad a largo plazo, 1 en

cáncer avanzado y 1 en enfermedad renal crónica terminal. En el primero no se observaron diferencias significativas entre aromaterapia en masaje y terapia cognitivo-conductual en la mejora de la ansiedad (subescala de ansiedad de *The Profile Mood States*, POMS). En el segundo tampoco se encontraron diferencias significativas en el estado de ansiedad (STAI) entre las personas tratadas con aromaterapia inhalada con aceite esencial de rosa y las que recibieron atención habitual tras dos y cuatro semanas de intervención.

En la RS de Hsu et al. (2019) [37] se comparó la eficacia de la aromaterapia en masaje frente al masaje en solitario en la reducción de la ansiedad de personas en cuidados paliativos. Se incluyeron 3 ECAs (n = 160), no incluidos en Candy et al. (2019) [36], todos con alto riesgo de sesgo. El MA de los 3 estudios no mostró diferencias estadísticamente significativas en la reducción de la ansiedad (STAI) (DME = -2.60, IC95%: -7.82, 2.63, I<sup>2</sup> = 13%).

### **Calidad de vida**

Dos ECAs (n = 87) con alto riesgo de sesgo, con personas con cáncer avanzado en cuidados paliativos, incluidos en la RS de Candy et al. (2019) [36], compararon aromaterapia en masaje frente a masaje sin aromaterapia y no intervención para la mejora de la calidad de vida a corto plazo (*McGill Quality of Life Questionnaire*, MQOL y RSCL). Ninguno de los 2 estudios observó diferencias significativas entre la aromaterapia y los grupos control en la calidad de vida global.

### **Dolor**

En la RS de Candy et al. (2019) [36] se incluyó 1 ECA (n = 42) que comparó la aromaterapia en masaje (lavanda), frente a masaje sin aromaterapia y no intervención, en la reducción del dolor a corto plazo (EVA 0-10) en personas con cáncer avanzado en cuidados paliativos. Este estudio no presentó correctamente las diferencias inter-grupo, pero en ninguno de los tres grupos de intervención se observó un cambio significativo en la intensidad del dolor.

### **Estado de ánimo**

Dos ECAs (n = 85) con alto riesgo de sesgo, incluidos en Candy et al. (2019) [36], evaluaron el estado de ánimo (POMS). No se observaron diferencias significativas entre aromaterapia y los grupos de comparación (atención habitual en un estudio y terapia cognitivo-conductual en otro).

## **Sueño**

Un estudio (n = 42) con alto riesgo de sesgo, incluido en Candy et al. (2019) [36] comparó aromaterapia en masaje frente a la atención habitual para la mejora del sueño. Tras 4 semanas de intervención, el grupo de aromaterapia en masaje mostró un efecto significativamente superior en la mejora del sueño (p = 0.04) (*The Verran and Snyder-Halpern Sleep Scale*, VSH).

### IV. 2.2.7. Demencia

La revisión Cochrane de Ball et al. (2020) [23] incluyó ECAs con personas con demencia (diagnosticada clínicamente o mediante tests cognitivos validados) que compararon aromaterapia frente a placebo o atención habitual/no intervención. Se incluyeron 13 estudios (n = 708), pero no se realizó MA debido a heterogeneidad metodológica o ausencia de datos presentados. Para todas las variables analizadas, la calidad de la evidencia se consideró muy baja, según la clasificación GRADE, debido principalmente al riesgo de sesgo de la mayoría de los estudios y a la imprecisión de los resultados.

- **Agitación (variable primaria):** de 8 estudios que ofrecieron resultados (escalas *Cohen-Mansfield Agitation Inventory*, *Pittsburgh Agitation Scale* y evaluaciones conductuales), solo uno obtuvo un resultado significativo (a favor de la intervención), con la escala *Cohen-Mansfield Agitation Inventory*.
- **Sintomatología global (psicológica y conductual):** 3 estudios obtuvieron beneficios significativos y 3 resultados nulos, todos con la escala *Neuropsychiatric Inventory*.
- **Calidad de vida:** 1 estudio no obtuvo resultados significativos en el cuestionario *Blau Quality of Life Scale*.
- **Estado de ánimo:** 2 estudios evaluaron esta variable, observándose un efecto significativo sobre el nivel de depresión en uno de ellos (escala *Cornell Scale for Depression in Dementia*).
- **Cognición:** 2 estudios no obtuvieron diferencias significativas con los instrumentos *Minimental State Examination* y la subescala cognitiva de la *Alzheimer's Disease Assessment Scale*, respectivamente.
- **Actividades de la vida diaria:** 1 estudio no obtuvo resultados significativos en la escala *Barthel Index for Activities of Daily Living*.

#### IV. 2.2.8. Diabetes

En la RS de Bayat et al. (2019) [38] se evaluó el efecto de diferentes modalidades de masaje para el manejo de las complicaciones de la diabetes. Se incluyó un ECA (n = 46), de alta calidad metodológica, que comparó la eficacia del masaje con aromaterapia (coco, romero, geranio, lavanda, eucalipto y manzanilla), frente a la atención habitual, para la reducción del dolor neuropático (EVA 0-10) y la mejora de la calidad de vida (*Neuropathic Pain Impact on Quality-of-Life Questionnaire*, NePIQoL) en personas con diabetes. En ambas medidas, se observó un efecto significativamente favorable al masaje con aromaterapia.

#### IV. 2.2.9. Enfermedades cardiovasculares

##### ***Ansiedad y variables hemodinámicas***

Turan et al. (2021) [39] incluyeron 12 ECAs (n = 952) en personas adultas con diagnóstico de hipertensión, enfermedad coronaria, síndrome coronario agudo o fallo cardíaco. El objetivo de la RS era evaluar la efectividad de la aromaterapia inhalada, en comparación con atención habitual o placebo, en la mejora de la ansiedad y variables hemodinámicas relevantes en personas con enfermedades cardiovasculares. Los aceites esenciales más empleados fueron la lavanda y la menta.

- **Ansiedad:** El MA de 12 estudios (n = 952) mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia inhalada (g = 1.749, IC95%: 1.07, 2.43, I<sup>2</sup> = 95%). Hubo evidencia de sesgo de publicación en el test de Egger, por lo que el tamaño del efecto fue corregido utilizando el método de Duval y Tweedie. Tras la corrección, el MA de los 12 estudios apenas se vio modificado (g = 1.75, IC95%: 1.07, 2.42). La calidad de la evidencia fue moderada según el sistema GRADE. Al analizar solo los 6 estudios (n = 425) que usaron aceite esencial de lavanda, también se obtuvo un efecto estadísticamente significativo (g = 1.23, IC95%: 0.68, 1.79), con una alta heterogeneidad (I<sup>2</sup> = 84%) pero sin evidencia de sesgo de publicación.
- **Ritmo cardíaco:** el MA de 3 ECAs (n = 292) con aceites esenciales de lavanda, limón y naranja, mostró un resultado significativamente favorable a la aromaterapia en la mejora del ritmo cardíaco (g = -0.95, IC95%: -1.22, -0.69, I<sup>2</sup> = 15.7%). La calidad de la evidencia fue alta según el sistema GRADE.
- **Frecuencia respiratoria:** 2 ECAs (n = 192) obtuvieron diferencias significativas favorable a la aromaterapia con lavanda o naranja

en la reducción de la frecuencia respiratoria (g = -0.60, IC95%: -0.90, -0.31, I<sup>2</sup> = 0%). Calidad de la evidencia moderada según GRADE.

### **Presión arterial**

La RS de Hur et al. (2010) [40] incluyó 1 ECA cruzado (n = 30) y 4 ECNAs (n = 170) que compararon la aromaterapia frente a placebo o no intervención en personas con hipertensión. El único ECA incluido mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia (lavanda y jojoba), en comparación con el placebo, en la reducción de la presión arterial sistólica (p < 0.00001) y diastólica (p < 0.0001). De los 4 ECNAs incluidos, solo 2 reportaron diferencias inter-grupo. En ambos casos se observó un efecto significativo de la aromaterapia en la reducción de la presión arterial sistólica, pero no en la diastólica.

Turan et al (2021) [39] incluyeron 4 ECAs (n = 352), con aceites de lavanda, limón y naranja, que midieron presión arterial. El MA mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia en sistólica (g = -0.83, IC95%: -1.25, -0.41) pero no en la diastólica (g = -0.61, IC95%: -1.36, 0.14). La calidad de la evidencia fue baja según GRADE.

#### IV. 2.2.10. Enfermedades reumáticas

Barao-Paixao et al. (2021) [41] analizaron el efecto de los aceites esenciales en personas con enfermedades reumáticas. Incluyeron 9 ECAs (n = 550), todos controlados por placebo, 4 en artrosis (n = 363), 2 en artritis (n = 76), 2 en muestras mixtas de artrosis y artritis reumatoide (n = 68) y 1 (n = 43) en fibromialgia. Todos menos 1 estudio, emplearon el masaje como forma de administración.

- **Dolor:** en 4 estudios (n = 225), 2 en artrosis, 1 en artritis reumatoide y 1 con una muestra mixta, se observó una reducción significativa del dolor. Por otro lado, en 2 estudios (n = 52), 1 incluyendo personas tanto con artrosis como con artritis reumatoide y otro en fibromialgia, el efecto del masaje con aceites esenciales no fue significativo, aunque en 1 de ellos los pacientes tratados con aromaterapia requirieron un menor uso de fármacos analgésicos.
- **Funcionalidad:** en 3 estudios (n = 239), 2 en artrosis y 1 en artritis reumatoide, se encontró un efecto significativamente favorable al masaje con aceites esenciales en la mejora de la funcionalidad (mayoritariamente evaluada a través del cuestionario *Western*

*Ontario and McMaster, WOMAC*). En cambio, en el ECA con personas con fibromialgia (n = 43), el efecto de la aromaterapia sobre la funcionalidad no fue significativo.

- **Calidad de vida:** solo 1 estudio (n = 90) evaluó calidad de vida, encontrándose un efecto significativo favorable a la aromaterapia en masaje.
- **Fatiga:** solo 1 estudio (n = 93), con aromaterapia inhalada (lavanda), evaluó fatiga en personas con artrosis. Se observó un efecto significativamente favorable a la aromaterapia.
- **Depresión:** 1 estudio (n = 40) en personas con artritis reumatoide obtuvo resultados significativamente favorables a la aromaterapia en masaje en la mejora de los síntomas depresivos.

#### IV. 2.2.11. Hemodiálisis

##### ***Ansiedad***

En la RS de Bouya et al. (2018) [42] se incluyeron 6 ECAs (n = 197), que compararon la eficacia de la aromaterapia inhalada con distintos aceites esenciales, frente a atención habitual o no intervención, para la mejora de la ansiedad (*Depression Anxiety Stress Scale, DASS-21; STAI y HADS*). El efecto fue significativamente favorable a la aromaterapia inhalada con lavanda en 2 estudios, mientras que en 1 se observó un efecto positivo, pero no significativo. En los estudios que usaron aceite esencial de rosa (k = 1), naranja (k = 1) y rosa de damasco (k = 1), se observó un efecto significativamente favorable a la aromaterapia.

##### ***Cefalea***

En 1 ECA (n = 50) incluido en Bouya et al. (2018) [42] el masaje con aceite esencial de lavanda y romero fue significativamente superior a la atención habitual en la mejora de la cefalea (EVA 0-10).

##### ***Depresión***

Tres ECAs (n = 190) incluidos en Bouya et al. (2018) [42], compararon el efecto de la aromaterapia inhalada (lavanda y rosa de damasco) sobre la depresión (*DASS-21, HADS*), en comparación con atención habitual o no intervención. En todos se observó un efecto significativamente favorable a la aromaterapia.

##### ***Dolor***

Dos ECAs (n = 126) incluidos en Bouya et al. (2018) [42] mostraron un efecto significativamente superior de la aromaterapia inhalada con lavanda sobre la mejora del dolor (EVA 0-10, *Numeric Rating Scale*, NRS) por punción de fístula arteriovenosa en pacientes en hemodiálisis.

### **Estrés**

En 2 ECAs (n = 118) incluidos en Bouya et al. (2018) [42], el efecto de la aromaterapia inhalada (lavanda y rosa de damasco) fue significativamente superior a la atención habitual/no intervención en la reducción del estrés (DASS-21).

### **Fatiga**

Cuatro ECAs (n = 201) incluidos en Bouya et al. (2018) [42], compararon la aromaterapia inhalada (lavanda, romero y naranja dulce) frente a placebo (k = 1) y atención habitual/no intervención (k = 3) para la reducción de la fatiga (*Brief Fatigue Inventory*, BFI; *Fatigue Severity Index*, FSS; *Multidimensional Fatigue Inventory*, MFI y *Piper Fatigue Scale-12*, PFS-12). En 3 estudios el resultado fue significativamente favorable a la aromaterapia, mientras que en el restante no hubo efecto significativo.

En la RS de Yangoz et al. (2021) [20] se incluyeron 8 ECAs (n = 606), todos con riesgo de sesgo incierto, que evaluaron el efecto de la aromaterapia, en comparación con atención habitual, no intervención o intervención sin aceites esenciales, sobre la mejora de la fatiga (FSS, BFI, EVA) en pacientes en hemodiálisis. El MA de los 8 ECAs, incluyendo 3 de los estudios incluidos en Bouya et al. (2018) [42], mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia (g = 1.70; IC95%: 0.96, 2.43) pero con una alta heterogeneidad ( $I^2 = 92.57\%$ ).

### **Sueño**

En Bouya et al. (2018) [42], se incluyeron 2 ECAs (n = 122) que evaluaron calidad del sueño (*Pittsburgh Sleep Quality Index*, PSQI), observándose en ambos un efecto significativamente favorable a la aromaterapia inhalada con lavanda, en comparación con atención habitual/no intervención.

#### IV. 2.2.12. Infecciones tópicas

Deyno et al. (2019) [43] evaluaron la eficacia y seguridad de los aceites esenciales en el tratamiento de las infecciones tópicas. Se identificaron 18 estudios, de calidad baja-moderada, incluyendo ECAs, ECNAs y ensayos no controlados.

### **Reducción del acné**

Cinco estudios (n = 256), 4 de ellos controlados, evaluaron la eficacia de diferentes aceites esenciales, frente a placebo o atención habitual, para el tratamiento del acné. Los aceites esenciales fueron superiores al placebo en 2 estudios.

### **Descolonización de estafilococo resistente a la meticilina**

Cinco estudios (n = 620), 4 ECAs y 1 ensayo no controlado, evaluaron la eficacia de los aceites esenciales, frente a la atención habitual, para la decolonización de estafilococo resistente a la meticilina (MRSA, del inglés *Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus*). La reducción de MRSA fue superior, aunque no significativa, en el grupo de aromaterapia (69%, IC95% 34%-96% vs 45%, IC95%: 36%-53%). La aromaterapia redujo de forma significativa la aparición de nuevos MRSA (9%, IC95%: 5%, 14% vs 53%, IC95%: 30%, 75%).

### **Tratamiento de infecciones fúngicas**

Ocho estudios (n = 631), 7 de ellos controlados, evaluaron la eficacia de diferentes aceites esenciales para el tratamiento de las infecciones fúngicas tópicas. Los comparadores fueron atención habitual (*ketoconazol* o *butenafina*) o placebo. En general, los aceites esenciales fueron superiores al placebo, pero no a la atención habitual.

## IV. 2.2.13. Insomnio y otros problemas del sueño

### **Ansiedad, depresión y estrés**

En la RS con MA de Cheong et al. (2021) [18] se incluyeron ECAs en personas con insomnio y otros problemas del sueño. Los distintos MA mostraron un resultado significativamente favorable a la aromaterapia, frente a distintos comparadores, para la mejora de la ansiedad (g = 0.60, IC95%: 0.33, 0.87), la depresión (g = 0.57, IC95%: 0.33, 0.78) y el estrés (g = 0.84, IC95%: 0.54, 1.14).

### **Fatiga**

Cheong et al. (2021) [18] también evaluaron la efectividad de la aromaterapia, frente a distintos comparadores, para la mejora de la fatiga. El MA mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia (g = 0.54, IC95%: 0.37, 0.72).

### **Sueño**

En el MA de Tang et al. (2021) [44] se incluyeron ECAs con personas con insomnio, comparando la aromaterapia frente a la no intervención o el placebo en la mejora de la calidad del sueño, evaluada en todos los casos con el PSQI. Se incluyeron 16 estudios (n = 1346) con 19 comparaciones. La mayoría de los estudios fueron de alta calidad según la escala Jadad y no hubo evidencia de sesgo de publicación (evaluado mediante el test de Begg). El MA de las 19 comparaciones mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia (DME = -2.52, IC95%: -3.24, -1.79) pero con alta heterogeneidad ( $I^2 = 90.6\%$ ). Los análisis de subgrupos mostraron los siguientes resultados:

- El efecto fue más intenso en los estudios llevados a cabo en Irán (k = 10) y Turquía (k = 4) que en los realizados en China (k = 5).
- El efecto significativo se produjo en los subgrupos de aromaterapia inhalada (k = 15) y otras formas de aromaterapia (k = 2) pero no en el grupo de aromaterapia mediante masaje (k = 2).
- El efecto fue significativo con independencia de la duración de la intervención: menos de dos semanas (k = 6), de dos a cuatro semanas (k = 3) y más de cuatro semanas (k = 11); del tipo de comparador: placebo (k = 12) y no intervención (k = 7); y del aceite esencial empleado: lavanda (k = 11), rosa (k = 3) y otros (k = 5).
- El efecto fue significativo para todos los subgrupos de población: post-parto (k = 3), adultos en general (k = 5), pacientes con cardiopatías (k = 3), cáncer (6) y pacientes hospitalizados (k = 2).

Cheong et al. (2021) [18] incluyeron 34 ECAs que compararon la aromaterapia inhalada frente a cualquier comparador. El MA mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia (g = 0.650, IC95%: 0.542, 0.757). La aromaterapia inhalada con un solo aceite esencial, especialmente lavanda, fue más efectiva que la combinación de diferentes aceites.

#### IV. 2.2.14. Menopausia

##### ***Función sexual***

Khadvizadeh et al (2018) [46] y Lee et al (2021) [47] incluyeron los mismos 3 estudios, 2 con riesgo de sesgo incierto y 1 con alto riesgo. Solo los primeros realizaron MA. En conjunto, la aromaterapia (con lavanda, naranja amarga y un mix de varios aceites esenciales) fue superior al placebo para la mejora del deseo sexual (*Female Sexual Function Index*,

FSFI; EVA 0-10 e ítem de deseo sexual de la *Greene Climacteric Scale*, GCS) en mujeres post-menopáusicas (DME = 0.56, IC95%: 0.31, 0.82, I<sup>2</sup> = 42%).

### **Síntomas de la menopausia**

Salehi-Pourmehr et al. (2020) [48] incluyeron 4 ECAs (n = 236) con alto riesgo de sesgo, que compararon la aromaterapia con lavanda, inhalada o en masaje, frente a placebo o control, en la mejora del conjunto de síntomas de la menopausia (*The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire*, MENQOL, *The Menopause Rating Scale*, MRS y *Kupperman Menopausal Index*, KMI). El MA de los 4 estudios mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia (DME = -1.39, IC95%: -1.98, -0.80, I<sup>2</sup> = 76%). El efecto significativo se produjo tanto en el subgrupo de aromaterapia inhalada (k = 3) como en el de masaje (k = 1).

En la RS de Lee et al. (2021) [47] se incluyeron también 4 ECAs (n = 312), 2 con alto riesgo de sesgo y 2 con riesgo de sesgo incierto, que compararon aromaterapia frente a placebo para la mejora general de los síntomas de la menopausia (*Green Climacteric Scale*, GCS; MRS y MENQOL). No se realizó MA debido a la alta heterogeneidad entre los estudios, incluyendo el uso de diferentes aceites esenciales. Tres estudios emplearon aromaterapia inhalada y uno utilizó aromaterapia mediante masaje. Dos estudios con aromaterapia inhalada (naranja amarga a dosis bajas y lavanda) y 1 con masaje, obtuvieron mejoras significativas en los síntomas de la menopausia. En cambio, en 1 estudio de aromaterapia inhalada con diferentes aceites esenciales combinados no se encontraron diferencias significativas.

### **Síntomas psicológicos**

Babakhanian et al. (2018) [45] incluyeron 4 ECAs (n = 228) con mujeres post-menopáusicas o en climaterio, todos con alto riesgo de sesgo, que compararon aromaterapia en masaje frente a atención habitual/no intervención. El MA de 3 estudios (n = 176) mostró un resultado significativamente favorable a la aromaterapia en la mejora de los síntomas psicológicos (STAI, BDI y MRS) (DME = -1.25, IC95%: -1.89, -0.61; I<sup>2</sup> = 76%).

### **Síntomas vasomotores**

En la RS de Lee et al. (2021) [47] se incluyeron 2 ECAs (n = 181), 1 con riesgo de sesgo incierto y 1 con alto riesgo de sesgo, que compararon la aromaterapia por inhalación de aceite esencial de lavanda o neroli, frente a placebo, en la reducción de los sofocos y la sudoración nocturna. Solo el primero obtuvo un resultado significativamente favorable a la aromaterapia.

### **Sueño**

En la RS de Salehi-Pourmehr et al. (2020) [48] se incluyeron 2 ECAs (n = 132) y 1 ECNA (n = 67) que compararon aromaterapia frente a placebo o atención habitual en la mejora de la calidad del sueño (PSQI y VSH) en mujeres en periodo de post-menopausia. El MA de los 3 estudios (n = 199) mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia (DME = -2.16, IC95%: -3.77, -0.54), con una alta heterogeneidad ( $I^2 = 95\%$ ). El efecto fue significativo tanto para aromaterapia inhalada (k = 2) como en masaje (k = 1), pero con un tamaño del efecto mayor en el grupo de inhalación. Dos estudios fueron calificados con riesgo de sesgo incierto y 1 con alto riesgo de sesgo.

Lee et al. (2021) [47] incluyeron 2 ECAs (n = 147) sobre el efecto de la aromaterapia, en comparación con el placebo, en la mejora de la calidad del sueño (PSQI), 1 de ellos no incluido en Salehi-Pourmehr et al. (2020) [48]. En este estudio (n = 74), con riesgo de sesgo incierto, también se observó un efecto significativamente favorable a la aromaterapia.

## IV. 2.2.15. Obstetricia

### Embarazo y parto

#### **Ansiedad durante el embarazo**

En la RS de Di Vito et al. (2020) [50] se incluyeron 2 estudios (n total = 48) que evaluaron la eficacia de la aromaterapia, con diferentes aceites esenciales y formas de administración, en la reducción de los síntomas de ansiedad durante el embarazo. En los 2 estudios se observaron menores niveles de ansiedad en las pacientes tratadas con aromaterapia.

#### **Náuseas y vómitos durante el embarazo**

Ozgoli et al. (2018) [54] incluyeron 1 ECA simple-ciego (n = 60). Este estudio concluyó que la aromaterapia por inhalación de aceite esencial de menta no es significativamente superior al placebo en la reducción de las náuseas y vómitos durante el embarazo.

Di Vito et al. (2020) [50], por su parte, incluyeron 2 ECAs doble-ciego (n total = 167) que compararon aromaterapia frente a placebo. Solo en 1 de los estudios (n = 100) se observaron diferencias significativas favorables a la aromaterapia con aceite esencial de limón.

### ***Dolor de espalda durante el embarazo***

Un ECA (n = 120) incluido en Nayebi et al. (2017) [91] evaluó la aplicación tópica de aceite esencial de rosa de damasco para la reducción del dolor de espalda en mujeres embarazadas. Tras cuatro semanas de intervención, la aromaterapia redujo de forma significativa el dolor (EVA 0-10) en comparación con placebo ( $p < 0.001$ ) y no tratamiento ( $p < 0.001$ ).

### ***Dolor durante el parto***

En la RS con MA de Chen et al. (2019) [49] se incluyeron 17 ECAs (n = 1926) que compararon la eficacia de la aromaterapia frente a varios comparadores en el alivio del dolor durante el parto, evaluado en la mayoría de casos con una EVA 0-10.

- **Fase activa tardía** (8-10 centímetros de dilatación): el MA de 6 estudios (n = 652) mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia (DME = -0.82, IC95%: -1.55, -0.09) con una alta heterogeneidad ( $I^2 = 93\%$ ).
- **Sin información sobre dilatación**: el MA de 4 estudios (n = 364) mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia (DME = -2.01, IC95%: -3.63, -0.39) con una alta heterogeneidad ( $I^2 = 96\%$ ).

Di Vito et al. (2020) [50] realizaron un MA con 4 estudios (n = 349). Se observó un efecto significativamente favorable a la aromaterapia con lavanda y rosa de damasco en la reducción del dolor en parto en comparación con el placebo (DME = -2.10, IC95%: -3.59, -0.61) pero con una alta heterogeneidad ( $I^2 = 96.7\%$ ).

Kazeminia et al. (2020) [52] restringieron su revisión a la eficacia de la aromaterapia con lavanda. El MA de 13 estudios (n = 1589), con calidad media y alta, mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia, en comparación con el control, en la reducción del dolor (EVA 0-10) (ES =  $5.4 \pm 0.58$  en el grupo intervención y ES =  $7.2 \pm 0.48$  en el grupo control).

En la RS con MA de Liao et al. (2020) [53] se incluyeron 5 ECAs, todos con alto riesgo de sesgo. Se comparó la aromaterapia con distintos aceites y formas de administración, frente a la atención habitual, para el

manejo del dolor en las distintas fases del parto (EVA 0-10) en mujeres primerizas:

- **Fase latente** (3-4 centímetros de dilatación): el MA de 5 estudios (n = 537) mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia (DM = -1.88, IC95%: -2.98, -0.78) con una alta heterogeneidad ( $I^2 = 97\%$ ).
- **Fase activa temprana** (5-7 centímetros de dilatación): el MA de 4 estudios (n = 446) resultó significativamente favorable a la aromaterapia (DM = -1.78, IC95%: -2.83, -0.72) con una alta heterogeneidad ( $I^2 = 97\%$ ).
- **Fase activa tardía** (8-10 centímetros de dilatación): en el MA de 4 estudios (n = 446) se observaron diferencias significativamente favorables a la aromaterapia (DM = -1.72, IC95%: -2.69, -0.76) con una alta heterogeneidad ( $I^2 = 98\%$ ).

Cuatro estudios (n = 436) incluidos en Liao et al. (2020) [53] compararon, además, el nivel de dolor en el momento del ingreso y después del tratamiento con aromaterapia. En este caso, el MA de estos 4 estudios mostró un resultado no significativo (DM = -0.67, IC95%: -2.49, 1.16,  $I^2 = 99\%$ ).

Tabatabaeichehr et al. (2020) [57] incluyeron 25 ensayos (n = 4258) con riesgo de sesgo alto: 17 con aromaterapia inhalada, 6 con masaje y 2 con aromaterapia inhalada y baño, siendo la lavanda el aceite esencial más empleado. No realizaron MA, pero se observó un efecto significativo de la aromaterapia sobre la reducción del dolor del parto en 23 de los 25 estudios. El riesgo de sesgo fue alto en todos los estudios, principalmente por la falta de cegamiento de participantes y evaluadores.

Shaterian et al. (2021) [56] incluyeron 22 ECAs y 5 ECNAs (n total = 2566) que compararon la aromaterapia frente a diferentes comparadores en la reducción del dolor durante el parto (EVA o escala numérica). El MA de los 27 estudios, todos con alto riesgo de sesgo, mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia (DM = 1.75, IC95%: 1.13, 2.37), con una alta heterogeneidad ( $I^2 = 99\%$ ). El efecto fue significativo en todas las fases del parto: dilatación de 0-4 centímetros (k = 15), 4-6 centímetros (k = 17), 6-8 centímetros (k = 10) y 8-10 centímetros (k = 19). No hubo evidencia de sesgo de publicación.

Hu et al. (2021) [51] llevaron a cabo una RS con MA en red, mediante un modelo bayesiano, para comparar la eficacia de diferentes intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor en el parto. Se incluyeron en la red las siguientes intervenciones: acupresión, acupuntura, aromaterapia, hidroterapia, masaje, musicoterapia, electroestimulación

percutánea nerviosa, atención habitual y placebo. Incluyeron 3 ECAs (n = 327) compararon aromaterapia frente a placebo o atención habitual, todos con riesgo de sesgo incierto. El MA tradicional de los 3 estudios ofreció un resultado significativamente favorable a la aromaterapia (DM = -1.81, IC95%: -3.01, -0.61) pero con una alta heterogeneidad ( $I^2 = 99\%$ ). En el MA en red también se observó que la aromaterapia tiene un efecto significativo sobre la reducción del dolor del parto en comparación con la atención habitual (DME = -2.01, IC95%: -3.70, -0.35) y placebo (DME = -1.69, IC95%: -3.26, -0.16). De acuerdo con el ranking de intervenciones, la aromaterapia resultó ser la intervención más eficaz para la reducción del dolor en el parto.

### ***Ansiedad durante el parto***

En la RS de Di Vito et al. (2020) [50] se incluyó 1 estudio (n = 126) que comparó la aromaterapia con aceite de naranja amarga frente a placebo para la reducción de la ansiedad durante la primera etapa del parto. Los niveles de ansiedad (STAI) fueron significativamente inferiores en el grupo de aromaterapia ( $p < 0.001$ ).

Tabatabaeichehr et al. (2020) [57], por su parte, incluyeron 17 estudios con riesgo de sesgo alto (n = 3231). La forma de administración más frecuente fue la vía inhalada (k = 13), seguida del masaje (k = 3) y una combinación de baño e inhalación (k = 1). Se observó un efecto favorable a la aromaterapia en 14 de los 17 estudios.

### ***Duración del parto***

Chen et al. (2019) [49] evaluaron el impacto de la aromaterapia frente a diferentes comparadores (atención habitual, placebo o masaje sin aromaterapia):

- **Duración total del parto:** el MA de 4 estudios (n = 737) no resultó significativo (DM = -0.62, IC95%: -1.70, 0.47,  $I^2 = 86\%$ ).
- **Duración de la primera etapa del parto:** el MA de 6 estudios (n = 531) mostró efecto significativamente favorable a la aromaterapia (DM = -0.69, IC95%: -1.02, -0.36,  $I^2 = 27\%$ , k = 6).
- **Duración de la segunda etapa del parto:** en el MA de 12 estudios (n = 1246) no se observaron diferencias significativas entre aromaterapia y control (DM = -3.92, IC95%: -8.42, 0.58,  $I^2 = 78\%$ ).
- **Duración de la tercera etapa del parto:** el MA de 4 estudios (n = 228) ofreció un resultado significativamente favorable a la

aromaterapia (DM = -3.32, IC95%: -6.26, -0.38, k = 4), pero con una alta heterogeneidad ( $I^2 = 95\%$ ).

### ***Puntuación APGAR***

Shaterian et al. (2021) [56] incluyeron 10 ECAs (n = 1119) que evaluaron el posible impacto de la aromaterapia sobre el test APGAR (del inglés *Appearance, Pulse, Grimace, Activity, and Respiration*), al minuto y a los cinco minutos tras el nacimiento. Se realizaron MA para ambas medidas, pero en ningún caso se observaron diferencias estadísticamente significativas (APGAR 1 minuto: DM = 0.01, IC95%: -0.78, 0.81,  $I^2 = 21\%$ , k = 10; APGAR 5 minutos: DM = 0.19, IC95%: -1.08, 1.47,  $I^2 = 15\%$ , k = 9).

### Post-parto y lactancia

#### ***Náuseas y vómitos tras cesárea***

Tsai et al. (2019) [58] incluyeron 1 ECA (n = 35) de alta calidad metodológica, que comparó la aromaterapia inhalada con aceite esencial de menta, frente a placebo o atención habitual con antieméticos, para la reducción de las náuseas y vómitos tras cesárea (escala numérica 0-6). La aromaterapia fue significativamente superior que ambos controles.

#### ***Dolor tras cesárea***

La revisión Cochrane de Zimpel et al. (2020) [59] incluyó 4 ECAs (n = 420) que compararon aromaterapia más analgésicos frente a placebo más analgésicos en la reducción del dolor en las 12-24 horas siguientes a la cesárea. Tres estudios (n = 360) evaluaron la reducción del dolor a las 12 horas con una EVA, mostrando un resultado significativamente favorable a la aromaterapia (DM = -2.63, IC95%: -3.48, -1.77, calidad de la evidencia muy baja según GRADE). Solo 1 estudio (n = 200) midió el dolor a las 24 horas, obteniéndose también diferencias significativas favorables a la aromaterapia (calidad de la evidencia muy baja). Por otro lado, se analizó el efecto de la aromaterapia sobre la necesidad de usar analgésicos de rescate tras la cesárea. El MA de 3 ECAs (n = 220) mostró un resultado conjunto no significativo en el número de pacientes que requirió analgésicos de rescate (RR = 0.69, IC95%: 0.19, 2.49,  $I^2 = 99\%$ , calidad de la evidencia muy baja según el sistema GRADE).

#### ***Ritmo cardíaco y presión sanguínea tras cesárea***

Zimpel et al. (2020) [59] incluyeron además 1 ECA (n = 80) que evaluó estas variables. Se comparó aromaterapia más analgésicos frente a

placebo más analgésicos, y solo se observaron diferencias estadísticamente significativas favorables a la aromaterapia en la reducción de la presión sanguínea diastólica (calidad de la evidencia muy baja según el sistema GRADE).

### ***Dolor tras episiotomía***

Tsai et al. (2019) [58] incluyeron 4 ECAs (n = 325) con mujeres que habían sido sometidas a episiotomía, todos con alta calidad metodológica. En 3 de los 4 estudios se observó una reducción significativamente favorable a la aromaterapia con aceite esencial de lavanda en la reducción del dolor (EVA 0-10). No obstante, en uno de los estudios con resultados favorables a la aromaterapia, el efecto fue significativo a las cuatro, pero no a las 12 horas.

En Samuelson et al. (2020) [55] se incluyó un ECA (n = 60), no incluido en Tsai et al. (2019) [58], que mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia (lavanda), frente a placebo, en la mejora del dolor tras episiotomía (EVA 0-10) ( $p < 0.001$ ).

### ***Recuperación tras episiotomía***

En 3 ECAs (n = 269) incluidos en Tsai et al. (2019) [58], todos de alta calidad, se evaluó la aromaterapia en baños con aceite esencial de lavanda en la recuperación de la inflamación y la curación del tejido perianal tras episiotomía (escala *Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge and Approximation*, REEDA). Los resultados fueron significativamente favorables a la aromaterapia en comparación con el placebo (k = 1) o la atención habitual (k = 2). No obstante, en 1 de los estudios, el efecto solo fue significativo para el enrojecimiento.

En la RS de Samuelson et al. (2020) [55] se incluyeron 2 ECAs (n = 120) no incluidos en Tsai et al. (2019) [58], que evaluaron el efecto del aceite esencial de lavanda en la recuperación tras episiotomía (REEDA). En ambos casos se observó un efecto significativamente favorable a la aromaterapia con lavanda en comparación con placebo ( $p = 0.013$ ) y Betadine ( $p = 0.035$ ).

### ***Depresión post-parto***

Di Vito et al. (2020) [50] incluyeron 2 estudios (n total = 124), 1 con rosa de damasco y lavanda y 1 con aceite de naranja dulce. Solo en 1 de los estudios (n = 28) se observó un efecto significativamente favorable a la aromaterapia, con reducciones de la depresión post-parto (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, EPDS) tras dos ( $p = 0.004$ ) y cuatro semanas de intervención ( $p = 0.003$ ).

### ***Sueño post-parto***

En la RS de Di Vito et al. (2020) [50] se incluyeron 2 estudios (n total = 254) que analizaron la eficacia de la aromaterapia (lavanda y naranja dulce) frente a placebo en la mejora de la calidad del sueño (PSQI). En ambos casos se observó un efecto significativamente favorable a la aromaterapia, aunque en uno de los estudios este efecto solo afectó a algunos aspectos del sueño como la latencia y la duración.

### ***Grietas en el pezón durante la lactancia***

En Tsai et al. (2019) [58] se incluyeron dos ECAs (n = 306), de alta calidad metodológica, con mujeres lactantes. En ambos casos, la aplicación de aceite esencial de menta en el pezón, en comparación con la aplicación de leche materna, mostró un efecto significativamente favorable en la reducción del dolor y la prevención en la aparición de grietas.

#### IV. 2.2.16. Pediculosis (infestación por piojos)

Burgess et al. (2014) [60] evaluaron la eficacia de diferentes tratamientos tópicos de acción física para tratar la infestación por piojos. Incluyeron 1 ECA (n = 123) que comparó la eficacia de los aceites esenciales (10% árbol de té y 1% lavanda), frente a piretro con butóxido de piperonilo. Se observó un efecto significativamente favorable a los aceites esenciales (p < 0.0001) (calidad de la evidencia baja según el sistema GRADE).

#### IV. 2.2.17. Procedimientos médico-quirúrgicos y odontológicos

### ***Ansiedad pre-procedimental***

En la RS de Biddiss et al. (2014) [61] se evaluaron diferentes estrategias para el manejo de la ansiedad ante procedimientos médicos y odontológicos en personas en salas de espera. Se incluyeron 6 estudios con aromaterapia, 5 ECAs (n = 793) y 1 estudio cuasi-experimental (n = 72). El instrumento más utilizado para medir ansiedad fue el STAI. La mayoría de los estudios utilizaron lavanda inhalada y los comparadores fueron placebo, atención habitual o no intervención. En 2 estudios (n = 412) con lavanda inhalada, 1 en pacientes en espera de cirugía cardíaca o abdominal y 1 en pacientes esperando por procedimientos dentales, se observó un efecto significativamente favorable a la aromaterapia en la reducción de la ansiedad pre-procedimental. En los 4 estudios restantes (n = 453) no se obtuvieron diferencias significativas entre aromaterapia y los diferentes comparadores.

Guo et al. (2020) [64] incluyeron 20 ECAs ( $n = 1717$ ) con adultos en espera de cirugía, sin evidencia de sesgo de publicación (evaluado mediante gráfico de embudo y test de Egger). Compararon aromaterapia frente a control pasivo o activo en la reducción de la ansiedad pre-operatoria (evaluada en la mayoría de los estudios con el STAI). Todos los estudios mostraron riesgo de sesgo incierto o alto. El MA de 18 estudios ( $n = 1505$ ) mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia ( $DME = -0.57$ ,  $IC95\%: -0.75, -0.39$ ;  $I^2 = 63\%$ ). Los análisis de subgrupos mostraron los siguientes resultados:

- El efecto significativo se produjo solo en cirugía de bajo riesgo ( $k = 8$ ) y cirugía cardíaca ( $k = 3$ ). Para el resto de los tipos de cirugía solo se identificaron 1 o 2 estudios.
- El efecto fue más intenso en sesiones menores de 20 minutos ( $k = 12$ ) que con una duración mayor ( $k = 3$ ), aunque significativo en ambos.
- El efecto fue significativo para todos los tipos de control: placebo ( $k = 13$ ), atención habitual ( $k = 4$ ), no intervención ( $k = 3$ ); para todas las preparaciones de aromaterapia: lavanda ( $k = 10$ ), cítricos ( $k = 5$ ), rosa ( $k = 3$ ), eucalipto ( $k = 1$ ), mixtas ( $k = 1$ ); y para todos los modos de administración: inhalada ( $k = 15$ ), masaje ( $k = 1$ ), oral ( $k = 1$ ), y mixta ( $k = 1$ ).
- La heterogeneidad de los resultados evaluada con el índice  $I^2$  siguió siendo moderada o alta (51%-89%) dentro de los subgrupos con más estudios.

Abdelhakim et al. (2020) [17] restringieron su RS a la aromaterapia inhalada en pacientes de cirugía cardíaca. Realizaron un MA sobre ansiedad (cuestionario STAI) con 5 ECAs ( $n = 315$ ), 2 de ellos no incluidos en Guo et al. (2020) [64]. Todos fueron valorados como de alto riesgo de sesgo. El MA de estos estudios resultó significativamente favorable a la aromaterapia ( $DM = -3.21$ ,  $IC95\%: -6.08, -0.35$ ), pero con alta heterogeneidad ( $I^2 = 90\%$ ).

En la RS de Aboualsoltani et al. (2020) [79] se incluye 1 ECA ( $n = 66$ ) con pacientes en espera de cirugía cardíaca no incluido en Abdelhakim et al. (2020) [17]. Compararon la eficacia de la aromaterapia con aceite esencial de naranja amarga frente al tratamiento con oxazepam para la reducción de la ansiedad (STAI), empezando tres días antes de la intervención quirúrgica. En ambos grupos la ansiedad pre-operatoria se redujo, sin diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

Goldsworthy et al. (2020) [63] evaluaron la eficacia de diferentes intervenciones para reducir la ansiedad en personas sometidas a procedimientos médicos que requieren inmovilización. Incluyeron 46 estudios, entre ellos 5 ECAs con aromaterapia, pero solo 2 informaron datos suficientes para el análisis. De esos 2 estudios, solo 1 encontró diferencias significativamente favorables a la aromaterapia, aunque en ambos casos se dio una reducción de la ansiedad clínicamente significativa.

En la RS de Cai et al. (2020) [62], se incluyeron 17 estudios (n = 2499), 11 ECAs (n = 1703) y 6 ECNAs (n = 796) que compararon la aromaterapia frente a un control pasivo (i.e., sin aromaterapia) u otro tratamiento activo (i.e., musicoterapia) para el manejo de la ansiedad dental en personas en espera para una revisión o intervención odontológica. Para todas las variables analizadas, la calidad de la evidencia se consideró muy baja según la clasificación GRADE.

- **Parámetros fisiológicos de la ansiedad:**
  - o Presión sanguínea: 5 ECAs evaluaron presión sanguínea, observándose resultados significativamente favorables a la aromaterapia en 3 de ellos. En los 2 restantes el efecto fue similar en ambos grupos.
  - o Tasa cardíaca y pulso: 4 ECAs observaron que la aromaterapia era más eficaz para la reducción de la tasa cardíaca y el pulso, mientras que otros 2 no encontraron diferencias.
- **Escalas de ansiedad:**
  - o Ansiedad dental (*The Modified Dental Anxiety Scale*, MDAS): de los 6 ECAs que evaluaron ansiedad con instrumentos específicos, 4 observaron resultados favorables a la aromaterapia y 2 no encontraron diferencias.
  - o Ansiedad general (STAI, subescala de ansiedad-estado): 2 ECAs observaron diferencias favorables a la aromaterapia y 1 reportó un efecto similar entre aromaterapia y control.

### ***Dolor post-operatorio***

Dimitriou et al. (2017) [21] evaluaron la eficacia de la aromaterapia (un único aceite esencial en un único modo de administración) en la reducción del dolor tras diferentes tipos de cirugía. Incluyeron 9 ECAs (n = 648) con diferentes comparadores, de los que 4 fueron valorados como de baja

calidad y el resto de alta calidad. Dos de ellos administraron la aromaterapia mediante masaje y el resto inhalada. Cinco estudios (3 con lavanda, 1 con eucalipto y 1 con rosa de damasco) obtuvieron reducciones significativas del dolor entre 1-16 horas tras la cirugía. En el único de estos estudios que evaluó el consumo de analgésicos (diclofenaco), la reducción también fue significativa. Cuatro estudios (3 con lavanda y 1 con mandarina) no obtuvieron diferencias significativas en dolor; en 2 de ellos, sin embargo, se observó una reducción significativa de los analgésicos usados, no así en los 2 restantes.

Abdelhakim et al. (2020) [17] incluyeron 3 ECAs (n = 150) con pacientes de cirugía cardíaca, no incluidos en Dimitriou et al. (2017) [21], 1 con bajo riesgo de sesgo y 2 con alto riesgo. El MA de estos estudios ofreció un resultado significativamente favorable a la intervención en la reducción del dolor (EVA 0-10) (DM = -0.83, IC95%: -1.59, -0.07; I<sup>2</sup> = 37%).

### ***Náuseas y vómitos en el post-operatorio***

La revisión Cochrane de Hines et al. (2018) [65] incluyó 11 ECAs y 5 ECNAs que compararon la aromaterapia frente a placebo o atención habitual contra náuseas y vómitos en el post-operatorio. Seis estudios (n = 241) evaluaron la severidad de la náusea con una EVA (0-10) mostrando un resultado no significativo en el MA (DME = -0.22, IC95%: -0.63, 0.18; evidencia de baja calidad según GRADE). Tampoco fue significativa la diferencia en la tasa de pacientes libres de náuseas al final del tratamiento (RR = 3.25, IC95%: 0.31, 34.33; k = 4, n = 193; evidencia de muy baja calidad). Sin embargo, un número menor de pacientes en el grupo de intervención requirió antieméticos de rescate (RR = 0.60, IC95%: 0.37, 0.97; k = 7, n = 609, calidad de la evidencia baja).

### ***Tasa cardíaca y presión arterial en cirugía cardíaca***

Abdelhakim et al. (2020) [17] realizaron MA para estas variables. Un estudio de bajo riesgo de sesgo y 3 con riesgo alto (n total = 295) ofrecieron un resultado conjunto significativamente favorable a la aromaterapia en la tasa cardíaca (DM = -5.49, IC95%: -9.07, -1.91; I<sup>2</sup> = 0%). No hubo diferencias significativas en los MA de presión arterial sistólica y diastólica para los mismos cuatro estudios.

### ***Dolor en procedimientos odontológicos***

Cai et al. (2020) [62] evaluaron también la eficacia de la aromaterapia en la reducción del dolor (EVA 0-10) en diferentes procedimientos odontológicos. Se incluyeron 2 ECAs (n = 286), observándose un efecto

favorable a la aromaterapia en uno de ellos. La calidad de la evidencia se consideró muy baja según el sistema GRADE.

#### IV. 2.2.18. Psoriasis

Un ECA (n = 193) incluido en Manucci et al. (2017) [88] comparó la eficacia de la combinación de fototerapia con rayos ultravioletas y aceite esencial de bergamota, frente a fototerapia en solitario, para el tratamiento de la psoriasis crónica. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la severidad de la psoriasis (*Psoriasis Area and Severity Index*, PASI) ( $p = 0.786$ ) ni en la duración de las remisiones ( $p = 0.904$ ). No obstante, la combinación de fototerapia y aceite esencial de bergamota redujo la duración del tratamiento ( $p = 0.04$ ) y el número acumulado de dosis de rayos ultravioleta ( $p = 0.004$ ).

#### IV. 2.2.19. Quemaduras

##### **Ansiedad**

Choi et al. (2018) [66] incluyeron 1 ECA (n = 60), con alto riesgo de sesgo, que evaluó la eficacia de la aromaterapia inhalada (lavanda), frente a placebo, en adultos con quemaduras de segundo y/o tercer grado. Se obtuvo un resultado significativamente favorable a la aromaterapia en la mejora de la ansiedad (STAI) ( $p = 0.0007$ ).

En la RS de Fardin et al. (2020) [67] se incluyeron 3 ECAs (n = 223), 2 con aromaterapia inhalada (rosa y lavanda junto a rosa de damasco) y 1 en masaje (lavanda y manzanilla). Todos mostraron riesgo de sesgo incierto o alto. El MA de los 3 estudios no mostró diferencias significativas entre aromaterapia y atención habitual en la mejora de la ansiedad (STAI y *Burns Specific Pain Anxiety Scale*, BSPAS) en personas con quemaduras (DME = -1.68, IC95%: -3.66, 0.29,  $I^2 = 97\%$ ).

##### **Dolor**

Choi et al. (2018) [66] incluyeron 2 ECAs (n = 140) con alto riesgo de sesgo. En ambos casos se obtuvo un efecto significativamente favorable a la aromaterapia inhalada con Rosa de Damasco, en comparación con placebo o no intervención, en la reducción del dolor (EVA 0-10). En 1 de ellos, además, se evaluó también aromaterapia en masaje, con el mismo aceite esencial, frente a no intervención, obteniéndose también un resultado significativo favorable a la aromaterapia.

#### IV. 2.2.20. Salud dental

##### **Reducción de la placa**

Cuatro ECAs (n = 255) incluidos en Van Leeuwen et al. (2011) [73] compararon la eficacia de los enjuagues bucales con aceites esenciales frente a la clorhexidina para la reducción de la placa (*Plaque Index*, PI) en personas mayores de 16 años sin trastornos sistémicos. El MA de los 4 estudios, con al menos cuatro semanas de duración mostró un efecto significativamente superior a la clorhexidina (DME = 0.19, IC95%: 0.08, 0.30, I<sup>2</sup> = 0%).

En la RS con MA de Van Leeuwen et al. (2014) [74] se incluyeron 5 ECAs (n = 605) que compararon enjuagues bucales con aceites esenciales (Listerine®), frente a soluciones con diferentes concentraciones de hidroalcohol, para la reducción de la placa (índice de placa de Turesky) en personas con gingivitis, pero sin periodontitis. En 4 de los 5 estudios, los enjuagues con aceites esenciales fueron superiores a las soluciones con hidroalcohol. El MA de 4 estudios (n = 575) mostró un efecto significativamente favorable a los enjuagues con aceites esenciales (DME = 0.39, IC95%: 0.30, 0.47, I<sup>2</sup> = 0%). La calidad de la evidencia se consideró alta según el sistema GRADE, pero solo se consideró la eficacia de un producto específico, de un solo fabricante.

En el MA de Araujo et al. (2015) [68] se incluyeron ensayos clínicos de Johnson & Johnson™ que evaluaran la eficacia de añadir enjuagues bucales con aceites esenciales al cuidado dental habitual con métodos manuales para la reducción de la placa. Un total de 29 estudios (n = 4652) se incluyeron en el MA. Tras 6 meses de intervención, el número de personas libres de placa fue mayor en el grupo tratado con enjuagues bucales (OR = 7.8, IC95%: 5.4, 11.2).

En la RS de Freires et al. (2015) [70] se incluyeron 3 ECAs (n = 101), con bajo riesgo de sesgo, que compararon la eficacia de los aceites esenciales frente a placebo o clorhexidina, para la reducción de la cantidad de biopelícula cariogénica, evaluada por medio del índice de placa (PI). Dos estudios utilizaron aceite esencial de orégano mexicano, 1 en enjuague y 1 en gel, y el tercero utilizó un enjuague con una combinación de diferentes aceites. Solo se observó un efecto significativo a la aromaterapia en el estudio que comparó el enjuague bucal con aceite esencial de orégano mexicano frente a la clorhexidina.

Haas et al. (2016) [71] incluyeron ECAs que evaluaran la eficacia de los enjuagues bucales con aceites esenciales, frente al uso de enjuagues con placebo o cloruro de cetilpiridinio, en personas con gingivitis y sistemáticamente sanas. Los resultados de los MA indican que, tras seis meses de intervención, los enjuagues con aceites esenciales fueron

superiores al placebo (DME = -0.86, IC95%: -1.05, -0.66,  $I^2 = 97.8\%$ ,  $k = 14$ ,  $n = 2597$ ) y al cloruro de cetilpiridinio (DME = -0.75, IC95%: -0.89, -0.61,  $k = 4$ ,  $n = 982$ ) en la reducción de la placa (*Quigley-Hein Plaque Index*, QHPI).

Escribano et al. (2016) [95] llevan a cabo un MA en red para comparar la eficacia de diferentes agentes antiplaca frente a placebo. Incluyeron un total de 83 estudios; 49 ECAs ( $n = 4242$ ) que evaluaron dentífricos y 32 ( $n = 4180$ ) que evaluaron enjuagues bucales.

- **Dentífricos:** el MA en red mostró que los aceites esenciales no fueron superiores al placebo en la reducción de la placa (DME = -0.50, IC95%: -1.14, 0.14,  $k = 1$ ). El tratamiento con aceites esenciales tampoco fue superior al resto de agentes activos: tiocinato/peróxido de carabamida (DME = -0.08, IC95%: -0.85, 0.70), fluoruro estannoso (DME = 0.31, IC95%: -0.37, 0.99), citrato de zinc (DME = -0.20, IC95%: -1.18, 0.78), aloe vera (DME = -0.32, IC95%: -1.27, 0.63), triclosán con citrato de zinc (DME = 0.37, IC95%: -0.49, 1.22), triclosán con copolímero (DME = 0.03, IC95%: -0.68, 0.63) y triclosán con pirofosfato (DME = 0.30, IC95%: -0.56, 1.16). La inconsistencia de la red fue baja ( $\chi^2 = 5.25$ ,  $p = 0.386$ ).
- **Enjuagues:** el MA en red mostró que los aceites esenciales y los aceites esenciales sin base alcohólica fueron significativamente superiores al placebo en la reducción de la placa (DME = -0.86, IC95%: -1.05, -0.76 y DME = -0.86, IC95%: -1.30, -0.42, respectivamente). Los aceites esenciales fueron superiores al tratamiento con alexidina (DME = 0.68, IC95%: 0.22, 1.14) y con demopinol (DME = 0.62, IC95%: 0.01, 1.23). No se observaron diferencias significativas entre la clorhexidina y los aceites esenciales con o sin base alcohólica. La inconsistencia de la red fue baja ( $\chi^2 = 11.17$ ,  $p = 0.344$ ).

### ***Reducción del índice de gingivitis***

Van Leeuwen et al. (2011) [73] incluyeron ECAs que comparan la eficacia de los aceites esenciales frente a la clorhexidina para el tratamiento de la inflamación de las encías en personas mayores de 16 años sistemáticamente sanas. El MA de 3 estudios ( $n = 173$ ) no mostró diferencias estadísticamente entre los aceites esenciales y la clorhexidina en la reducción de la gingivitis (*Gingival Index*, GI) tras un mínimo de 4 semanas de intervención (DME = -0.03, IC95%: -0.16, 0.09,  $I^2 = 62\%$ ).

Van Leeuwen et al. (2014) [74], por su parte, compararon enjuagues bucales con aceites esenciales (Listerine®), frente a soluciones con diferentes concentraciones de hidroalcohol, para la reducción de gingivitis (Índice de Löe y Silness o MGI) en personas con gingivitis, pero sin periodontitis. Los MA de 2 estudios mostraron que los enjuagues con aceites esenciales fueron superiores a las soluciones hidroalcohólicas en la reducción de la gingivitis, evaluada tanto con el índice de Löe (DME = 0.36, IC95%: 0.26, 0.62, I<sup>2</sup> = 92%) como con el índice modificado (*Modified Gingival Index*, MGI) (DME = 0.17, IC95%: 0.08, 0.25, I<sup>2</sup> = 0%). La calidad de la evidencia para la mejora de la gingivitis se consideró moderada de acuerdo con el sistema GRADE, no obstante, la revisión cubrió solo un producto específico de un fabricante en concreto.

El MA de Haas et al. (2016) [71] mostró un efecto estadísticamente significativo de los enjuagues con aceites esenciales en la reducción del índice de gingivitis (MGI) tras seis meses de intervención, tanto frente a placebo (DME = -0.52, IC95%: -0.67, -0.37, I<sup>2</sup> = 98.8%, k = 11, n = 2336) como en comparación con el uso de cloruro de cetilpiridinio (DME = -0.52, IC95%: -0.62, -0.42, k = 4, n = 982).

Figuero et al. (2019) [69] evaluaron la eficacia de los tratamientos contra la gingivitis frente a placebo, incluyendo 32 ECAs (n = 2682) con dentífricos y 19 (n = 5775) con enjuagues bucales. Se analizaron los datos por medio de un MA en red.

- **Dentífricos:** se compararon los siguientes agentes activos: copolímero de triclosán (k = 17), fluoruro estannoso (k = 4), clorhexidina en concentraciones iguales o superiores al 0.10% (k = 2), fluoruro estannoso / hexametáfosfato de sodio (k = 2), bicarbonato de sodio (k = 1), aceites esenciales (k = 1), tiocinato/peróxido de carbamida (k = 1), citrato de zinc (k = 1), sanguinarina (k = 1), amina y fluoruro estannoso (k = 1), metafluoruro de sodio fosfato con zinc (k = 1), clorhexidina en concentraciones inferiores al 0.10% (k = 1) y aloe vera (k = 1). No hubo diferencias significativas entre tratamientos activos. La inconsistencia de la red fue baja ( $\chi^2 = 4.94$ , p = 0.552).
- **Enjuagues:** los agentes activos más comúnmente estudiados fueron los aceites esenciales (k = 11), seguidos de cloruro de cetilpiridinio en concentraciones iguales o inferiores al 0.05% (k = 4), cloruro de cetilpiridinio en concentraciones superiores al 0.05% (k = 3), delmopinol (k = 1), clorhexidina en alta concentración (k = 1), copolímero de triclosán (k = 1), aceites esenciales sin base alcohólica (k = 1), alexidina (k = 1), amina y fluoruro estannoso (k

= 2) y clorhexidina en baja concentración ( $k = 1$ ). El MA en red mostró resultados significativos, favorables para los aceites esenciales sin base alcohólica (DME = 3.69, IC95%: 1.91, 5.46), aceites esenciales (DME = 1.44, IC95%: 0.82, 2.06) y clorhexidina en alta concentración (DME = 1.20, IC95%: 0.23, 2.16). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los aceites esenciales sin base alcohólica y el resto de los agentes activos, favoreciendo al uso de aceites esenciales. La inconsistencia de la red fue baja ( $\chi^2 = 3.81$ ,  $p = 0.874$ ).

### ***Cicatrización de heridas periodontales***

Javed et al. (2012) [72] incluyeron 18 ECAs ( $n = 1868$ ), que evaluaron la eficacia de los dentífricos con aceites esenciales, frente a placebo, para la cicatrización de heridas periodontales. Los participantes usaron los dentífricos con aceites esenciales al menos dos veces al día y la duración de la intervención fue variable en los diferentes estudios, con un rango de entre una y 48 semanas. Catorce estudios ( $n = 1633$ ) mostraron una reducción de las condiciones inflamatorias periodontales en el grupo intervenido con aceites esenciales en comparación con el grupo placebo, mientras que en cuatro ( $n = 235$ ) no se encontraron diferencias significativas.

#### IV. 2.2.21. Síndrome del intestino irritable

Hawrelak et al. (2020) [75] evaluaron la eficacia de diferentes terapias herbales occidentales en el tratamiento del síndrome del intestino irritable. Incluyeron 18 estudios, 2 ensayos cruzados no aleatorizados ( $n = 47$ ) y 16 ECAs ( $n = 1036$ ), que compararon aromaterapia con aceite esencial de menta frente a placebo. En cuanto a la calidad de los estudios, 4 fueron clasificados con bajo riesgo de sesgo, 12 con riesgo de sesgo incierto y 2 con alto riesgo de sesgo. No hubo evidencia de sesgo de publicación (gráfico de embudo).

- **Mejora global de los síntomas:** el MA de 10 estudios ( $n = 684$ ) mostró que los síntomas mejoraban en un número significativamente mayor de pacientes en el grupo de aromaterapia, en comparación con el placebo (RR = 1.95, IC95%: 1.46, 2.62,  $I^2 = 56\%$ ). Al excluir el estudio que aportaba mayor heterogeneidad, el efecto aumentó (RR = 2.14, IC95%: 1.71, 2.66,  $I^2 = 18\%$ ).
- **Dolor abdominal:** el MA de 3 estudios ( $n = 207$ ) mostró que el dolor abdominal mejoraba en un mayor número de personas en el

grupo de aromaterapia con aceite esencial de menta, en comparación con el placebo (RR = 2.14, IC95%: 1.56, 2.94, I<sup>2</sup> = 1%).

#### IV. 2.2.22. Trastornos de ansiedad

##### **Ansiedad**

Yap et al. (2019) [77] llevaron a cabo un MA en red para estimar el efecto ansiolítico del aceite esencial de lavanda por vía oral (Silexan® 80 mg/día y 160 mg/día) frente a otros comparadores como placebo, paroxetina o lorazepam. Incluyeron 5 ECAs (n = 1320), con bajo riesgo de sesgo en la mayoría de dominios. El MA en red mostró una reducción estadísticamente significativa de la ansiedad (*Hamilton Anxiety Scale*, HAMA) con Silexan® 160 mg/día (DM = -4.96, IC95%: -7.17, -2.76, I<sup>2</sup> = 0%) y Silexan® 80 mg/día (DM = -3.82, IC95%: -5.26, -2.38, I<sup>2</sup> = 0%) en comparación con el placebo. En la comparación entre tratamientos activos, Silexan® 80 mg/día y Silexan® 160 mg/día fueron superiores al lorazepam (DME = -3.82, IC95%: -5.26, -2.38 y DME = -4.96, IC95%: -7.17, 2.76, respectivamente).

##### **Calidad de vida**

von Känel et al. (2020) [76] incluyeron 4 ECAs (n = 973) que compararon aromaterapia con lavanda por vía oral (Silexan® 80 mg/día), frente a placebo, para la mejora de la calidad de vida física (*The 36-Item Short Form Survey*, SF-36) en personas con ansiedad subclínica o trastorno de ansiedad generalizada. El MA de los 4 estudios mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia (DME = 0.31, IC95%: 0.18, 0.44, I<sup>2</sup> = 0%).

#### IV. 2.2.23. Trastornos menstruales

##### Síndrome premenstrual

Es-haghee et al. (2020) [19] incluyeron ECAs con mujeres con síndrome premenstrual, comparando aromaterapia frente a diferentes comparadores en la reducción de los síntomas físicos y psicológicos del síndrome premenstrual (4 con la escala *Premenstrual Symptoms Screening Tool*, PSST; 2 con la escala POMS, 1 con la escala del *American College of Obstetricians and Gynecologists* y 1 con el *Premenstrual Symptoms Questionnaire*, PMSQ). Se incluyeron 8 ECAs (n = 295), 5 con alto riesgo de sesgo y el resto con riesgo de sesgo incierto.

- **Síntomas físicos:** se observó un efecto significativamente favorable a la aromaterapia en los estudios que evaluaron fatiga (DME = -1.44, IC95%: -2.44, -0.44,  $I^2 = 89.7\%$ ,  $k = 5$ ), pero no en los que emplearon una medida combinada de síntomas físicos (DME = -1.28, IC95%: -2.75, 0.19,  $I^2 = 96.4\%$ ,  $k = 3$ ).
- **Síntomas psicológicos:** se observó un efecto significativamente favorable a la aromaterapia en la reducción de la ansiedad (DME = -1.78, IC95%: -3.17, -0.38,  $I^2 = 94.2\%$ ,  $k = 5$ ), depresión (DME = -2.00, IC95%: -3.65, -0.34,  $I^2 = 93.7\%$ ,  $k = 5$ ), confusión (DME = -0.65, IC95%: -1.33, -0.02,  $I^2 = 66.5\%$ ,  $k = 4$ ) y en la reducción global de los síntomas psicológicos (DME = -3.51, IC95%: -4.84, -2.18,  $I^2 = 82.6\%$ ,  $k = 3$ ) pero con heterogeneidad entre alta y moderada en todos los casos.

### Dismenorrea

Lee et al. (2018) [78] evaluaron aromaterapia (inhalada, masaje o uso oral) frente a placebo en la reducción del dolor menstrual (evaluado en la mayoría de los estudios con una EVA 0-10). Se incluyeron 19 ECAs ( $n = 1787$ ) y el MA mostró un resultado significativamente favorable a la aromaterapia (DME: -0.91, IC95%: -1.17, -0.64,  $I^2 = 88\%$ ). El efecto fue significativo para todos los modos de administración: inhalada ( $k = 7$ ), masaje ( $k = 10$ ) y oral ( $k = 2$ ). La calidad de la evidencia fue moderada según GRADE.

#### IV. 2.2.24. Varias poblaciones

##### **Ansiedad**

Lee et al. (2011) [86] incluyeron 16 ECAs ( $n = 25377$ ) que evaluaron la eficacia de la aromaterapia en personas con síntomas de ansiedad. La forma de administración más frecuente fue el masaje, seguida de la inhalación, la vía oral y los masajes de pies. El aceite esencial más usado fue la lavanda. 14 estudios compararon aromaterapia frente a terapia convencional o placebo y los 2 restantes frente a no intervención. En general, la aromaterapia fue superior a la no intervención, pero frente a atención habitual o placebo los resultados fueron inconsistentes.

En Manucci et al. (2018) [89] restringieron su RS al uso de la aromaterapia con aceites esenciales de naranja amarga ( $k = 6$ ) y naranja dulce ( $k = 3$ ) para la reducción de la ansiedad. Incluyeron 9 ECAs ( $n = 504$ ), 8 con aromaterapia inhalada y uno administrada por vía oral. Todos

menos uno, obtuvieron puntuaciones inferiores a cuatro en la escala Jidad (calidad pobre). Las muestras fueron heterogéneas, incluyendo personas con ansiedad por diferentes motivos como embarazo, espera ante procedimientos médicos u odontológicos o voluntarios en situaciones ansiógenas, entre otros. No se realizó MA, pero, en general, se observó un efecto positivo del aceite esencial de naranja amarga sobre la ansiedad, a excepción de 1 ECA con personas sometidas a colonoscopia. Los estudios con aceite esencial de naranja dulce obtuvieron un efecto positivo en personas en tratamiento dental y en voluntarios sanos expuestos a situaciones ansiógenas.

Donelli et al. (2019) [80] incluyeron 90 estudios, 65 ECAs (n = 7993) y 25 ECNAs (n = 1200) en personas con ansiedad, tanto primaria (trastornos de ansiedad), como secundaria (inducida por diferentes situaciones o condiciones ansiógenas). Todos los estudios evaluaron el efecto de la aromaterapia con aceite esencial de lavanda, siendo la vía inhalada la más frecuentemente empleada. Los comparadores mostraron una gran heterogeneidad, incluyendo tanto placebo, como no intervención, atención habitual u otra intervención que no incluya aromaterapia. La escala más usada fue la STAI y el riesgo de sesgo fue alto en la mayoría de los estudios. Un total de 37 ECAs (n = 3964) fueron incluidos en la síntesis cuantitativa, obteniéndose los siguientes resultados:

- **Lavanda por vía inhalada:** los MA mostraron un efecto significativamente superior en el grupo de aromaterapia, en comparación con atención habitual o no intervención en el estado de ansiedad (STAI) (DM = -5.99, IC95%: -9.39, -2.59, I<sup>2</sup> = 95%, n = 901, k = 12) y en el rasgo de ansiedad (STAI) (DM = -8.14, IC95%: -14.44, -1.84, I<sup>2</sup> = 91%, n = 196, k = 4). El MA de 24 ECAs (n = 1682) comparando aromaterapia inhalada con lavanda, frente a cualquier comparador, en la reducción de la ansiedad (medida con cualquiera instrumento validado) mostró un efecto significativamente favorable a la intervención (DME = -0.73, IC95%: -1.00, -0.46, I<sup>2</sup> = 85%).
- **Lavanda en masaje:** el MA de 6 ECAs (n = 448) resultó significativamente favorable a la aromaterapia en comparación con otras terapias físicas (reflexología o masaje sin aromaterapia) o atención habitual (DME = -0.66, IC95%: -0.97, -0.35, I<sup>2</sup> = 61%).

Kang et al. (2019) [94] evaluaron la eficacia de la aromaterapia con lavanda como ansiolítico en personas de cualquier edad con o sin problemas de salud. Se incluyeron 22 ECAs, la mayoría con alto riesgo de

sesgo. Un total de 19 ECAs evaluaron ansiedad auto-informada por medio de diferentes instrumentos (STAI, HADS-A, BAI y HAMA, entre otros). El MA de esos 19 estudios (n = 1893) mostró que la aromaterapia con lavanda es superior a placebo o no intervención en la reducción de la ansiedad auto-informada (DME = -0.65, IC95%: -0.84, -0.46, I<sup>2</sup> = 73%), con resultados significativos tanto para la ruta inhalada (k = 13), como para la ruta oral con Silexan<sup>®</sup> (k = 2) o el masaje (k = 4). No hubo evidencia de sesgo de publicación (test de Egger).

En la RS con MA de Gong et al. (2020) [82] se incluyeron 32 ECAs en 25 referencias, 15 de alta calidad metodológica según en la escala Jadad, con personas con ansiedad elevada, incluyendo pacientes con cáncer, enfermedades cardiovasculares o renales, pero también personas sin otros problemas de salud física. Un total de 25 estudios emplearon aromaterapia por vía inhalada, mientras que 7 usaron masaje. Los aceites esenciales más empleados fueron la lavanda y los cítricos (naranja amarga, bergamota y naranja dulce) y los comparadores fueron placebo o no intervención. El MA de 31 comparaciones (n = 2541) mostró un efecto significativo favorable a la aromaterapia, frente a control, en la subescala de ansiedad-estado (STAI) (DM = -5.16, IC95%: -5.78, -4.55, I<sup>2</sup> = 81%). El efecto fue significativo tanto para la aromaterapia inhalada (k = 24) como en masaje (k = 7). Los mejores resultados se obtuvieron con aceite esencial de lavanda (k = 13), aunque el efecto también fue significativo con aceites cítricos (k = 9) o aceite de rosa (k = 5). El subgrupo de estudios que empleó otros aceites esenciales (k = 4) no redujo significativamente el estado de ansiedad. En relación con la subescala de ansiedad-rasgo (STAI), el MA de 11 comparaciones (n = 727) mostró una reducción significativamente mayor en el grupo de aromaterapia (DM = -2.85, IC95%: -3.95, -1.75, I<sup>2</sup> = 45.2%). En ningún caso hubo evidencia de sesgo de publicación (test de Egger).

En la RS de Sayed et al. (2020) [93] se incluyeron 40 ECAs en personas con síntomas o trastornos de ansiedad, la mayoría con riesgo de sesgo incierto o alto. Llevaron a cabo un MA en red con 32 estudios (n = 2131), con el objetivo de identificar la mejor forma de administración de la lavanda para la obtención de efectos ansiolíticos. Se incluyeron las siguientes intervenciones:

- **Seguimiento a una semana:** se incluyeron 24 estudios en la red, con las siguientes intervenciones: aromaterapia inhalada con lavanda, aceite esencial de menta, aromaterapia en masaje y baño de pies con lavanda, musicoterapia, aromaterapia con aceite esencial de limón, Silexan<sup>®</sup> 80 mg., lorazepam, lavanda en

masaje, masaje sin aromaterapia, aceite de almendra dulce, aromaterapia con aceite esencial de romero, agua destilada y una condición de control. La red fue consistente ( $p = 0.16$ ) y no se observaron diferencias significativas entre la evidencia directa y la indirecta. Solo la aromaterapia inhalada con aceite esencial de lavanda produjo una reducción significativa de la ansiedad (DME =  $-0.57$ , IC95%:  $-1.14$ ,  $-0.01$ ) en comparación con la condición de control. La aromaterapia inhalada con lavanda fue la mejor ruta de administración en el seguimiento a una semana.

- **Primer seguimiento:** 30 estudios formaron una red consistente ( $p = 0.23$ ) con las siguientes intervenciones: paroxetina, aromaterapia inhalada con lavanda, aceite esencial de menta, aromaterapia en masaje y baño de pies con lavanda, musicoterapia, Silexan® 80 mg., aromaterapia con aceite esencial de limón, lorazepam, lavanda en masaje, Silexan® 160 mg., masaje sin aromaterapia, aceite de almendra dulce, aromaterapia con aceite esencial de romero, agua destilada y una condición de control. La aromaterapia inhalada con aceite esencial de lavanda fue la única intervención que obtuvo una reducción de la ansiedad significativamente superior al control (DME =  $-0.57$ , IC95%:  $-0.97$ ,  $-0.16$ ).
- **Último seguimiento:** se incluyeron 32 estudios en la red, que fue consistente ( $p = 0.79$ ) pero con una alta heterogeneidad ( $I^2 = 92\%$ ). La red estuvo formada por las siguientes intervenciones: aromaterapia en masaje y baño de pies con lavanda, paroxetina, aceite esencial de menta, Silexan® de 10 mg., 40 mg., 80 mg. y 160 mg., lorazepam, musicoterapia, aromaterapia en masaje con lavanda, masaje sin aromaterapia, aromaterapia con aceite esencial de limón, aromaterapia con romero, aceite de almendra dulce, aromaterapia inhalada con lavanda, agua destilada y una condición de control. Ninguna de las intervenciones fue superior al control en la reducción de la ansiedad. Entre las diferentes formas de administración de la lavanda, el masaje junto a baño de pies obtuvo el mejor resultado. No obstante, al ajustar por la duración de la intervención, Silexan® 80 mg fue la mejor forma de administración de la lavanda para la reducción de la ansiedad en el largo plazo.

### ***Dolor***

Lakhan et al. (2016) [16] incluyeron 42 estudios experimentales sobre la eficacia de la aromaterapia en la reducción del dolor, evaluado con una

EVA de 10 puntos. El MA de 12 estudios (incluyendo 8 ECAs) (n = 1019) mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia (DME: -1.18, IC95%: -1.33, -1.03) con una alta heterogeneidad ( $I^2 = 96.6\%$ ) y sin evidencia de sesgo de publicación (evaluado por medio del gráfico de embudo). Los análisis de subgrupos mostraron los siguientes resultados:

- El efecto fue significativo en el subgrupo de manejo del dolor agudo (k = 8), sin diferencias significativas en dolor crónico (k = 4).
- El efecto fue más intenso para el tratamiento del dolor nociceptivo (k = 7) que para el dolor inflamatorio (k = 5) aunque significativo en ambos casos.

Nasiri et al. (2021) [90] restringieron su RS a la eficacia de la aromaterapia con Rosa de Damasco en el alivio del dolor agudo (EVA 0-10) en personas adultas. Se incluyeron 16 ECAs (n = 1108), sin evidencia de sesgo de publicación (evaluado mediante gráfico de embudo y test de Egger). El MA de 15 estudios (n = 1068) mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia, en comparación con placebo y atención habitual, en la reducción del dolor agudo (DME = -2.39; IC95%: -1.57, -0.75), pero con una alta heterogeneidad ( $I^2 = 98.2\%$ ). El efecto fue significativo para el subgrupo de aromaterapia inhalada (k = 11) y para el de masaje (k = 1) pero no al administrarla por medio de vaporizadores (k = 3). La calidad de la evidencia fue baja según la clasificación GRADE.

### **Estrés**

Hur et al. (2014) [84] incluyeron 5 ECAs que compararon aromaterapia frente a no intervención o intervención sin aromaterapia, para la reducción del estrés (EVA 0-10, *Stress Arousal Checklist*, SACL o cortisol en saliva) en personas sanas.

- Estrés subjetivo (EVA 0-10, SACL): el MA de 3 estudios (n = 80) mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia, en comparación con el control (DME = -0.96, IC95%: -1.44, -0.48,  $I^2 = 0\%$ , calidad de la evidencia baja según GRADE).
- Estrés objetivo (cortisol en saliva): el MA de 3 estudios (n = 88) no mostró diferencias estadísticamente significativas entre aromaterapia y control (DME = -0.62, IC95%: -1.26, 0.02,  $I^2 = 46\%$ , calidad de la evidencia baja según GRADE).

## **Sueño**

France et al. (2017) [81] evaluaron la eficacia de diferentes formas de administración de aromaterapia en población infantil y juvenil, incluyendo neonatos, sobre diferentes medidas relacionadas con la cantidad y calidad del sueño. Incluyeron 4 ECAs (n = 185) pero no se realizó MA. Dos estudios mostraron resultados favorables a la aromaterapia y otros 2 mostraron resultados mixtos.

En la RS de Kang et al. (2020) [85] se incluyeron 6 estudios, 2 ECAs 1 estudio aleatorizado con grupo control equivalente, 1 estudio cuasi-experimental y 2 estudios pre-post con grupo control no equivalente, que compararon la aromaterapia, frente a diferentes intervenciones, para la mejora de la calidad del sueño (PSQI) de enfermeras trabajando en diferentes turnos. El MA de los 6 estudios (n = 471) mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia (DME = 0.97, IC95%: 0.64, 1.29,  $I^2 = 64\%$ ).

Lin et al. (2019) [87] evaluaron la eficacia de la aromaterapia (inhhalada, mediante masajes, baños o combinada) para la mejora de la calidad del sueño en adultos mayores de 20 años, incluyendo tanto muestras clínicas como población general. Los aceites esenciales de lavanda y bergamota fueron los más empleados. Incluyeron 31 ECAs (n = 2389) con diferentes comparadores, de los que 4 fueron valorados con bajo riesgo de sesgo, 26 con riesgo de sesgo incierto y 1 con alto riesgo de sesgo. El MA de los 31 estudios mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia (g = 1.10, IC95%: 0.81, 1.39), con una alta heterogeneidad ( $I^2 = 91.22\%$ ). Hubo evidencia de sesgo de publicación. El tamaño del efecto corregido por el método de Duval y Tweedie fue de 0.57 (IC95%: 0.24, 0.90).

Her et al. (2021) [83] incluyeron 12 ECAs (n = 732) y 18 estudios cuasi-experimentales (n = 925) que compararon la eficacia de la aromaterapia frente a varios comparadores para la mejora de la calidad del sueño en adultos mayores de 19 años. El MA de los 30 estudios mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia (g = 0.74, IC95%: 0.30, 1.19) pero con alta heterogeneidad ( $I^2 = 94.7\%$ ). Este efecto solo fue significativo en el subgrupo de estudios cuasi-experimentales (g = 1.24; IC95%: 0.73, 1.74), mostrando un resultado no significativo en el subgrupo de ECAs (g = 0.11; IC95%: -0.60, 0.82). Hubo evidencia de sesgo de publicación, por lo que el tamaño del efecto fue corregido utilizando el método de Duval y Tweedie. Tras la corrección, el MA de los 30 estudios mostró un efecto menor pero significativamente favorable a la aromaterapia (g = 0.26, IC95%: 0.15, 0.37).

### ***Presión arterial y ritmo cardíaco***

En la RS de Kang et al. (2019) [94] se evaluó también presión arterial y ritmo cardíaco. Incluyeron estudios que compararan aromaterapia frente a no intervención, atención habitual o placebo. Se incluyeron 6 estudios, 2 con bajo riesgo de sesgo y 4 con alto riesgo de sesgo. El MA de los 6 estudios (n = 372), mostró un efecto significativamente favorable a la aromaterapia en la reducción de la presión arterial sistólica (DME = -0.22, IC95%: -0.43, -0.02,  $I^2 = 0\%$ ), pero no en la diastólica (DME = -0.17, IC95%: -0.37, 0.04,  $I^2 = 0\%$ ). El efecto también fue significativo para la reducción del ritmo cardíaco (DME = -0.53, IC95%: -0.74, -0.32,  $I^2 = 10\%$ ).



## V. Discusión

Esta RS ha evaluado la eficacia y seguridad de la aromaterapia con finalidad terapéutica, por lo que no se analiza el uso de los aceites esenciales en ámbitos no sanitarios como la cosmética o la seguridad alimentaria. En los últimos años se viene observando un interés creciente entre la comunidad científica por sintetizar la evidencia disponible sobre el uso de los aceites esenciales. Para este informe se han identificado 74 RS que evalúan la aromaterapia en diferentes entornos sanitarios y en distintas condiciones de salud física y mental. Sin embargo, esta evidencia muestra una serie de limitaciones. Aunque la calidad de las RS en general es adecuada y se presentan de acuerdo a los estándares internacionales, la mayoría de los estudios primarios que incluyen tienen importantes problemas metodológicos y un riesgo de sesgo alto o incierto, principalmente por sus pequeños tamaños muestrales y la ausencia de aleatorización o de cegamiento. Estas limitaciones ya habían sido identificadas en otra revisión de RS publicada en 2012, que concluyó que la evidencia disponible en ese momento no era lo suficientemente robusta como para afirmar que la aromaterapia fuera una intervención eficaz [101].

Solo 11 de las 74 RS incluidas evaluaron la calidad de la evidencia de acuerdo con el sistema de clasificación GRADE [23,32,90,39,59,60,62,65,74,78,84]. En general, la evidencia se ha considerado baja o muy baja, por inconsistencia en los resultados [39,65,78,90], imprecisión [23,32,62,65], carácter indirecto de la evidencia [32,60,65], posible sesgo de publicación [74] y/o alto riesgo de sesgo en los estudios incluidos [23,39,59,60,62,65,78,84,90]. No obstante, para algunas medidas de resultado en personas con enfermedades cardiovasculares o dismenorrea, la aromaterapia ha demostrado ser eficaz, con una moderada o alta confianza en la estimación del efecto. En concreto, la aromaterapia administrada por vía inhalada parece reducir de forma eficaz la ansiedad y la frecuencia respiratoria en personas con enfermedades cardiovasculares [39] e inhalada, en masaje o por vía oral, mejorar el dolor menstrual [78] (calidad de la evidencia moderada). Además, de acuerdo con la evidencia disponible, la aromaterapia inhalada con aceite esencial de lavanda, limón o naranja, mejora el ritmo cardíaco en personas con hipertensión, enfermedad coronaria, síndrome coronario agudo o fallo cardíaco (calidad de la evidencia alta).

La variable de resultado más estudiada ha sido la ansiedad, con resultados consistentemente favorables a la aromaterapia, tanto en problemas de salud mental, como en una amplia variedad de condiciones

de salud física, con la excepción de las personas en cuidados paliativos o con quemaduras, en cuyo caso los resultados son inconsistentes. El aceite esencial de lavanda ha sido el más utilizado para la reducción de la ansiedad. De acuerdo con los datos de un MA en red reciente [93], su uso parece ser eficaz para la obtención de efectos ansiolíticos en el corto plazo, incluso cuando se compara con fármacos como el lorazepam o la paroxetina, aunque la calidad de los estudios es limitada.

A excepción de los trastornos de ansiedad, el insomnio o el síndrome premenstrual, en los que la aromaterapia ha mostrado resultados positivos, no se han identificado otras RS que incluyan específicamente personas con diagnósticos de salud mental. No obstante, se ha estudiado su potencial efecto para la mejora de los síntomas depresivos en personas con diferentes condiciones de salud física, con resultados favorables en hemodiálisis y enfermedades reumáticas, pero no en cáncer o post-parto. Asimismo, la aromaterapia podría mejorar el estrés en personas en hemodiálisis, con insomnio y en personas adultas sanas, aunque en este caso, el efecto es positivo cuando se evalúa con medidas subjetivas, pero no con pruebas objetivas como el nivel de cortisol.

En cuanto a los signos y síntomas físicos, se han identificado un importante número de RS que evalúan reducción del dolor, fatiga, control de la presión arterial o reducción de la placa y la gingivitis, con resultados generalmente favorables a la aromaterapia. En el campo de la obstetricia, a pesar de que la evidencia disponible señala a que podría tener un efecto significativo sobre la reducción del dolor durante el parto, organizaciones como el NICE no recomiendan su uso [24,25].

Los resultados comentados son consistentes con la evidencia proveniente de la investigación experimental, en la que los aceites esenciales han demostrado tener propiedades analgésicas [102], ansiolíticas [103] y anti-inflamatorias [104]. El aceite esencial de lavanda ha sido el más ampliamente estudiado para la reducción del dolor y la ansiedad. Diferentes factores pueden estar involucrados en la producción de estos efectos. La información olfativa de los aceites esenciales podría ascender directamente a las estructuras límbicas olfativas, incluida la corteza entorrinal, la amígdala y el hipocampo, y modular así la percepción del dolor y su malestar asociado [105]. Asimismo, se ha postulado que dos de los componentes de la lavanda, el linalool y el acetato de linalilo, podrían ejercer un efecto ansiolítico en el organismo a través de la inhibición de los canales de calcio dependientes de voltaje, la reducción de la actividad del receptor 5HT<sub>1A</sub> y el aumento del tono parasimpático [103,106,107].

En general, la aromaterapia ha mostrado ser potencialmente útil para el manejo complementario de una amplia variedad de síntomas. No obstante, la evidencia en muchos casos es de baja o muy baja calidad, los resultados son heterogéneos y en algunos casos inconsistentes entre revisiones. Los motivos que explican esta posible heterogeneidad e inconsistencia son varios. En primer lugar, muchas RS evalúan la aromaterapia de forma amplia, sin restringir por el tipo de aceite esencial empleado o su concentración. Los aceites esenciales son distintos en su composición y, por tanto, es previsible que puedan tener diferentes efectos al provocar respuestas fisiológicas específicas en el organismo [102,108]. En segundo lugar, tal y como se ha demostrado para el uso de la lavanda, no todas las vías de administración son igual de eficientes ni eficaces [93]. Por último, muchas de las RS identificadas comparan la aromaterapia frente a cualquier comparador, incluyendo intervenciones muy diversas o la atención habitual, que abarca a su vez tratamientos de distinta índole, lo que dificulta el establecimiento de conclusiones definitivas sobre la eficacia de la aromaterapia en determinadas condiciones de salud.

Solo 33 RS de las incluidas en este informe mostraron datos sobre seguridad. Aunque generalmente se ha considerado la aromaterapia una técnica segura, se han informado una serie de reacciones adversas tras su uso. De acuerdo con las RS identificadas para este informe, el uso de la aromaterapia puede asociarse con la aparición de eventos adversos leves como cefaleas, síntomas gastrointestinales, reacciones alérgicas y problemas cutáneos. Anteriormente, una RS de series y estudios de casos, publicada en 2012, concluyó que la aromaterapia tiene la potencialidad de causar eventos adversos, que en ocasiones podrían ser graves [109]. En este trabajo, se identificaron 42 estudios y los efectos adversos más frecuentes fueron la irritación de la piel y la dermatitis por contacto; no obstante el carácter no controlado de los estudios que incluye dificulta el establecimiento de conclusiones sólidas [109]. En algunas condiciones, como el embarazo, el uso de la aromaterapia es controvertido por los posibles efectos tóxicos de los componentes de algunos aceites esenciales sobre la gestante, el feto y el recién nacido [110,111]. En los últimos años se han incrementado los casos reportados de intoxicación accidental por aceites esenciales, especialmente en población infantil, por lo que es importante almacenarlos de forma adecuada y mantenerlos fuera del alcance de los niños [99]. Se desconocen, además, las implicaciones que puede tener el uso continuado de los aceites esenciales y los efectos de su posible interacción con fármacos [112].

En resumen, a pesar de que la composición y las propiedades bioquímicas de los aceites esenciales han sido ampliamente discutidas [113–116] y existen estudios que muestran su eficacia en algunas indicaciones, la baja calidad de la evidencia disponible y la ausencia de datos sistemáticos sobre su seguridad, dificultan la posibilidad de establecer conclusiones definitivas sobre la adecuación de su uso en entornos sanitarios. Asimismo, no hay suficientes estudios primarios de calidad, con muestras amplias y diseños rigurosos, que comparen la eficacia de diferentes aceites esenciales frente a placebo u otros tratamientos empíricamente validados y que analicen de forma sistemática su tolerabilidad y seguridad.

La principal limitación de esta RS, derivada de la metodología, es la imposibilidad de incluir en el análisis estudios relevantes como consecuencia de no haber sido publicados, porque estén en una lengua distinta del inglés o el castellano o por haberse publicado en revistas no indexadas o fuera del rango temporal establecido para este informe. Pese a que la búsqueda en las diferentes bases de datos electrónicas se complementó con la búsqueda manual de referencias y con la consulta a personas expertas en el área, no se realizó una búsqueda formal de literatura gris. El resto de las limitaciones tienen origen en la baja calidad de algunos de los estudios incluidos, que no permite establecer conclusiones sólidas sobre los resultados presentados.

## VI. Conclusiones

- La mayoría de los estudios primarios incluidos en las revisiones tienen importantes limitaciones metodológicas y un riesgo de sesgo entre moderado y alto. Muchas RS incluyen diferentes aceites esenciales, administrados por distintas vías. En algunos casos, además, los comparadores son de diferente naturaleza, por lo que los resultados en algunos ámbitos son heterogéneos e inconsistentes.
- Las indicaciones para las que la aromaterapia ha mostrado ser eficaz, con una moderada o alta confianza en la estimación del efecto, son el control de la ansiedad, la frecuencia respiratoria y el ritmo cardíaco en enfermedades cardiovasculares y el dolor en dismenorrea.
- La aromaterapia podría reducir la presión arterial sistólica en personas con enfermedades cardiovasculares, la necesidad de antieméticos tras procedimientos quirúrgicos y la gravedad del dolor agudo en adultos y ayudar a controlar el estrés en personas sanas, pero la calidad de la evidencia es baja.
- Aunque con algunos resultados positivos, el efecto de la aromaterapia sobre la ansiedad, la calidad de vida o el dolor en personas con cáncer, la ansiedad y el dolor tras cesárea o la ansiedad dental, es aún incierto.
- Muy pocos estudios presentan datos de seguridad, pero se han identificado algunos efectos adversos asociados al uso de la aromaterapia, leves en todos los casos.
- A pesar del amplio número de RS identificadas, en la mayoría de las condiciones de salud evaluadas, no hay suficientes estudios primarios de calidad que permitan establecer, con confianza, la eficacia y seguridad de la aromaterapia.



# Contribución de los autores

- *Andrea Duarte-Díaz*. Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC) – Planificación, dirección y revisión del estudio, selección de estudios, extracción de datos, lectura crítica de los estudios incluidos, síntesis cuantitativa de resultados y redacción parcial del presente informe.
- *Amado Rivero-Santana*. 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 y redacción parcial del presente informe.
- *Lilisbeth Perestelo-Pérez*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) – Supervisión del estudio, selección de estudios y revisión interna del informe.
- *Yolanda Álvarez-Pérez*. Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC) – Selección de estudios, extracción de datos, lectura crítica de los estudios incluidos y redacción parcial del presente informe.
- *Vanesa Ramos-García*. Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC) – Selección de estudios y revisión interna del informe.
- *Alejandro Torres-Castaño*. Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC) – Selección de estudios y revisión interna del informe.
- *Analía Abt-Sacks*. Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC) – Selección de estudios y revisión interna del informe.
- *Ana Toledo-Chávarri*. Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC) – Revisión interna del informe.

- *María Padilla-Ruiz*. Agencia Sanitaria Costa del Sol – Unidad de Investigación. Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) – Revisión interna del informe.
- *Leticia Rodríguez-Rodríguez*. Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC) – Desarrollo de la estrategia de búsqueda, consulta en bases de datos y revisión interna del informe.
- *Pedro Serrano-Aguilar*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) – Supervisión del estudio, selección de estudios y revisión interna del informe.

 [consultas@sescs.es](mailto:consultas@sescs.es)

# Declaración de intereses

Los autores del presente informe declaran no tener conflictos de intereses en relación con la tecnología evaluada y los comparadores considerados.



# Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Análisis de situación de las terapias naturales [Internet]. Madrid, España: 2011. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gl/novedades/docs/analisisSituacionTatu.pdf>
2. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Resumen de las conclusiones del informe preliminar sobre las técnicas con pretendida finalidad sanitaria [Internet].
3. Fjær EL, Landet ER, McNamara CL, Eikemo TA. The use of complementary and alternative medicine (CAM) in Europe. *BMC Complement. Med. Ther.* 2020 Apr;20(1):1–9.
4. Alzahrani AS, Price MJ, Greenfield SM, Paudyal V. Global prevalence and types of complementary and alternative medicines use amongst adults with diabetes: systematic review and meta-analysis. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 2021. 2021 Mar;1–16.
5. Frass M, Strassl RP, Friehs H, Müllner M, Kundi M, Kaye AD. Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine Among the General Population and Medical Personnel: A Systematic Review. *Ochsner J.* 2012;12(1):45.
6. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Análisis de la situación de las terapias naturales. 2011.
7. Michalak M. Aromatherapy and methods of applying essential oils. *Arch. Physiother. Glob. Res.* 2019;22(2):25–31.
8. Saz P, Ortiz M. Aromaterapia. *Farm. Prof.* 2007;21(5):64–8.
9. Buckle J. How Essential Oils Work. In: *Clinical Aromatherapy.* Elsevier; 2015. p. 15–36.
10. Farrar AJ, Farrar FC. Clinical Aromatherapy. *Nurs. Clin. North Am.* 2020;55(4):489–504.
11. Irshad M, Subhani MA, Ali S, Hussain A. Biological Importance of Essential Oils [Internet]. In: *Essential Oils - Oils of Nature.* IntechOpen; 2019 [Accedido 1-12-2021].
12. Cimino C, Maurel OM, Musumeci T, Bonaccorso A, Drago F, Souto EMB, et al. Essential Oils: Pharmaceutical Applications and Encapsulation Strategies into Lipid-Based Delivery Systems. *Pharmaceutics.* 2021 Mar 1;13(3):1–35.

13. Franchomme P, Pénöel D. L'aromathérapie exactement [Internet]. Marseille: 1990 [Accedido 16-11-2021]. 490 p. Disponible en: [https://www.unitheque.com/Livre/roger\\_jollois/L\\_aromatherapie\\_exactement-29361.html](https://www.unitheque.com/Livre/roger_jollois/L_aromatherapie_exactement-29361.html)
14. Dobetsberger C, Buchbauer G. Actions of essential oils on the central nervous system: An updated review. *Flavour Fragr. J.* 2011;26(5):300–16.
15. Tisserand R, Young R. The skin. In: Churchill Livingstone, editor. *Essential Oils Safety: A Guide for Health Care Professionals.* 2014. p. 69–98.
16. Lakhan SE, Sheafer H, Tepper D. The Effectiveness of Aromatherapy in Reducing Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Res. Treat.* 2016;2016.
17. Abdelhakim AM, Hussein AS, Doheim MF, Sayed AK. The effect of inhalation aromatherapy in patients undergoing cardiac surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complement. Ther. Med.* 2020 Jan 1;48:102256.
18. Cheong MJ, Kim S, Kim JS, Lee H, Lyu YS, Lee YR, et al. A systematic literature review and meta-analysis of the clinical effects of aroma inhalation therapy on sleep problems. *Medicine (Baltimore).* 2021 Mar;100(9):e24652.
19. Es-Haghee S, Shabani F, Hawkins J, Zareian MA, Nejatbakhsh F, Qaraaty M, et al. The Effects of Aromatherapy on Premenstrual Syndrome Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Evidence-based Complement. Altern. Med.* 2020;2020.
20. Yangöz ŞT, Turan Kavradım S, Özer Z. The effect of aromatherapy on fatigue in adults receiving haemodialysis treatment: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J. Adv. Nurs.* 2021;
21. Dimitriou V, Mavridou P, Manataki A, Damigos D. The Use of Aromatherapy for Postoperative Pain Management: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J. Perianesthesia Nurs.* 2017 Dec;32(6):530–41.
22. Luo T, Huang M, Xia H, Zeng Y. Aromatherapy for Laboring Women: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Open J. Nurs.* 2014 Feb;04(03):163–8.
23. Ball EL, Owen-Booth B, Gray A, Shenkin SD, Hewitt J, McCleery J. Aromatherapy for dementia. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2020 Aug;2020(8).

24. National institute for Health and Care excellence. Recommendations | Intrapartum care for healthy women and babies | Guidance | NICE. NICE; 2017.
25. National institute for Health and Care Excellence (NICE). Recommendations | Caesarean birth | Guidance | NICE. 2021.
26. 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. 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. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
27. Higgins J, Green S, editors. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration; 2011.
28. 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 Sep;358:j4008.
29. Tkachenko E, Okhovat J-P, Manjaly P, Huang KP, Senna MM, Mostaghimi A. Complementary & Alternative Medicine for Alopecia Areata: A Systematic Review. *J. Am. Acad. Dermatol*. 2019 Dec;
30. Chen TH, Tung TH, Chen PS, Wang SH, Chao CM, Hsiung NH, et al. The Clinical Effects of Aromatherapy Massage on Reducing Pain for the Cancer Patients: Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evid. Based. Complement. Alternat. Med*. 2016;2016.
31. Farahani MA, Afsargharehbagh R, Marandi F, Moradi M, Hashemi SM, Moghadam MP, et al. Effect of aromatherapy on cancer complications: A systematic review. *Complement. Ther. Med*. 2019 Dec 1;47.
32. Shin ES, Seo KH, Lee SH, Jang JE, Jung YM, Kim MJ, et al. Massage with or without aromatherapy for symptom relief in people with cancer. *Cochrane database Syst. Rev*. 2016 Jun 3;2016(6).
33. Çetinkaya B. Complementary and Alternative Therapies for Infantile Colic: A Systematic Review of the Literature. *Altern. Ther. Heal. Med*. 2021;2:16–24.

34. Hu RF, Jiang XY, Chen J, Zeng Z, Chen XY, Li Y, et al. Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit. *Cochrane database Syst. Rev.* 2015 Oct 6;2015(10).
35. Thrane SE, Hsieh K, Donahue P, Tan A, Exline MC, Balas MC. Could complementary health approaches improve the symptom experience and outcomes of critically ill adults? A systematic review of randomized controlled trials. *Complement. Ther. Med.* 2019 Dec 1;47.
36. Candy B, Armstrong M, Flemming K, Kupeli N, Stone P, Vickerstaff V, et al. The effectiveness of aromatherapy, massage and reflexology in people with palliative care needs: A systematic review. *Palliat. Med.* 2020 Feb 1;34(2):179–94.
37. Hsu CH, Chi CC, Chen PS, Wang SH, Tung TH, Wu SC. The effects of aromatherapy massage on improvement of anxiety among patients receiving palliative care: A systematic review of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore).* 2019 Mar 1;98(9):e14720.
38. Bayat D, Mohammadbeigi A, Parham M, Mehrandasht A, Hashemi M, Mahlooji K, et al. The Effect of Massage on Diabetes and its Complications: A Systematic Review. *Crescent J. Med. Biol. Sci.* 2020;7(1):22–8.
39. Turan Kavradim S, Yangöz ŞT, Ozer Z. Effectiveness of aromatherapy inhalation on anxiety and haemodynamic variables for patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Int. J. Clin. Pract.* 2021 Nov 1;75(11).
40. Hur MH, Lee MS, Kim C, Ernst E. Aromatherapy for treatment of hypertension: a systematic review. *J. Eval. Clin. Pract.* 2012 Feb;18(1):37–41.
41. Barão Paixão VL, Freire de Carvalho J. Essential oil therapy in rheumatic diseases: A systematic review. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2021 May 1;43.
42. Bouya S, Ahmadidarehsima S, Badakhsh M, Balouchi A, koochakzai M. Effect of aromatherapy interventions on hemodialysis complications: A systematic review. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2018 Aug 1;32:130–8.
43. Deyno S, Mtewa AG, Abebe A, Hymete A, Makonnen E, Bazira J, et al. Essential oils as topical anti-infective agents: A systematic review and meta-analysis. *Complement. Ther. Med.* 2019 Dec 1;47.
44. Tang Y, Gong M, Qin X, Su H, Wang Z, Dong H. The Therapeutic

- Effect of Aromatherapy on Insomnia: a Meta-Analysis. *J. Affect. Disord.* 2021 Jun 1;288:1–9.
45. Babakhanian M, Ghazanfarpour M, Kargarfard L, Roozbeh N, Darvish L, Khadivzadeh T, et al. Effect of Aromatherapy on the Treatment of Psychological Symptoms in Postmenopausal and Elderly Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *J. menopausal Med.* 2018;24(2):127–32.
  46. Khadivzadeh T, Najafi MN, Ghazanfarpour M, Irani M, Dizavandi FR, Shariati K. Aromatherapy for Sexual Problems in Menopausal Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *J. menopausal Med.* 2018;24(1):56–61.
  47. Lee HW, Ang L, Choi J, Lee MS. Aromatherapy for Managing Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. *J. Altern. Complement. Med.* 2021 Oct 1;27(10):813–23.
  48. Salehi-Pourmehr H, Ostadrahimi A, Ebrahimpour-Mirzarezaei M, Farshbaf-Khalili A. Does aromatherapy with lavender affect physical and psychological symptoms of menopausal women? A systematic review and meta-analysis. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2020 May 1;39.
  49. Chen SF, Wang CH, Chan PT, Chiang HW, Hu TM, Tam KW, et al. Labour pain control by aromatherapy: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Women Birth.* 2019 Aug 1;32(4):327–35.
  50. Di Vito M, Cacaci M, Martini C, Barbanti L, Mondello F, Sanguinetti M, et al. Is aromatherapy effective in obstetrics? A systematic review and meta-analysis. *Phytother. Res.* 2020 May 1;35(5):2477–86.
  51. Hu Y, Lu H, Huang J, Zang Y. Efficacy and safety of non-pharmacological interventions for labour pain management: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. *J. Clin. Nurs.* 2021 Dec 1;30(23–24):3398–414.
  52. Kazeminia M, Abdi A, Vaisi-Raygani A, Jalali R, Shohaimi S, Daneshkhah A, et al. The Effect of Lavender (*Lavandula stoechas* L.) on Reducing Labor Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evid. Based. Complement. Alternat. Med.* 2020;2020.
  53. Liao CC, Lan SH, Yen YY, Hsieh YP, Lan SJ. Aromatherapy intervention on anxiety and pain during first stage labour in nulliparous women: a systematic review and meta-analysis. *J. Obstet. Gynaecol.* 2021;41(1):1–11.

54. Ozgoli G, Saei Ghare Naz M. Effects of Complementary Medicine on Nausea and Vomiting in Pregnancy: A Systematic Review. *Int. J. Prev. Med.* 2018 Aug 30;9(1).
55. Samuelson R, Lobl M, Higgins S, Clarey D, Wysong A. The Effects of Lavender Essential Oil on Wound Healing: A Review of the Current Evidence. *J. Altern. Complement. Med.* 2020 Aug 1;26(8):680–90.
56. Shaterian N, Pakzad R, Fekri SD, Abdi F, Shaterian N, Shojaee M. Labor Pain in Different Dilatations of the Cervix and Apgar Scores Affected by Aromatherapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Reprod. Sci.* 2021;
57. Tabatabaiechehr M, Mortazavi H. The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review. *Ethiop. J. Health Sci.* 2020 May 1;30(3):449–58.
58. Tsai SS, Wang HH, Chou FH. The Effects of Aromatherapy on Postpartum Women: A Systematic Review. *J. Nurs. Res.* 2020;28(3).
59. Zimpel SA, Torloni MR, Porfírio GJM, Flumignan RLG, da Silva EMK. Complementary and alternative therapies for post-caesarean pain. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2020 Sep 1;2020(9).
60. Burgess IF, Silverston P. Head lice. *BMJ Clin. Evid.* 2014;
61. Biddiss E, Knibbe TJ, McPherson A. The effectiveness of interventions aimed at reducing anxiety in health care waiting spaces: a systematic review of randomized and nonrandomized trials. *Anesth. Analg.* 2014;119(2):433–48.
62. Cai H, Xi P, Zhong L, Chen J, Liang X. Efficacy of aromatherapy on dental anxiety: A systematic review of randomised and quasi-randomised controlled trials. *Oral Dis.* 2021 May 1;27(4):829–47.
63. Goldsworthy S, Palmer S, Latour JM, McNair H, Cramp M. A systematic review of effectiveness of interventions applicable to radiotherapy that are administered to improve patient comfort, increase patient compliance, and reduce patient distress or anxiety. *Radiogr. (London, Engl.)* 1995. 2020 Nov 1;26(4):314–24.
64. Guo P, Li P, Zhang X, Liu N, Wang J, Yang S, et al. The effectiveness of aromatherapy on preoperative anxiety in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int. J. Nurs. Stud.* 2020 Nov 1;111:103747.

65. Hines S, Steels E, Chang A, Gibbons K. Aromatherapy for treatment of postoperative nausea and vomiting. *Cochrane database Syst. Rev.* 2018 Mar 10;3(3).
66. Choi J, Lee JA, Alimoradi Z, Lee MS. Aromatherapy for the relief of symptoms in burn patients: A systematic review of randomized controlled trials. *Burns.* 2018 Sep 1;44(6):1395–402.
67. Fardin A, Rezaei SA, Maslakpak MH. Non-pharmacological interventions for anxiety in burn patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complement. Ther. Med.* 2020 Mar 1;49:102341.
68. Araujo MWB, Charles CA, Weinstein RB, McGuire JA, Parikh-Das AM, Du Q, et al. Meta-analysis of the effect of an essential oil-containing mouthrinse on gingivitis and plaque. *J. Am. Dent. Assoc.* 2015 Aug 1;146(8):610–22.
69. Figuero E, Herrera D, Tobías A, Serrano J, Roldán S, Escribano M, et al. Efficacy of adjunctive anti-plaque chemical agents in managing gingivitis: A systematic review and network meta-analyses. *J. Clin. Periodontol.* 2019 Jul 1;46(7):723–39.
70. Freires IA, Denny C, Benso B, De Alencar SM, Rosalen PL. Antibacterial Activity of Essential Oils and Their Isolated Constituents against Cariogenic Bacteria: A Systematic Review. *Molecules.* 2015 Apr 1;20(4):7329–58.
71. Haas AN, Wagner TP, Muniz FWMG, Fiorini T, Cavagni J, Celeste RK. Essential oils-containing mouthwashes for gingivitis and plaque: Meta-analyses and meta-regression. *J. Dent.* 2016 Dec 1;55:7–15.
72. Javed F, Al-Hezaimi K, Romanos GE. Role of dentifrices with essential oil formulations in periodontal healing. *Am. J. Med. Sci.* 2012;343(5):411–7.
73. Van Leeuwen MPC, Slot DE, Van der Weijden GA. Essential oils compared to chlorhexidine with respect to plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review. *J. Periodontol.* 2011 Feb;82(2):174–94.
74. Van Leeuwen MPC, Slot DE, Van der Weijden GA. The effect of an essential-oils mouthrinse as compared to a vehicle solution on plaque and gingival inflammation: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Dent. Hyg.* 2014;12(3):160–7.
75. Hawrelak JA, Wohlmuth H, Pattinson M, Myers SP, Goldenberg JZ, Harnett J, et al. Western herbal medicines in the treatment of irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis.

Complement. Ther. Med. 2020 Jan 1;48:102233.

76. von Känel R, Kasper S, Bondolfi G, Holsboer-Trachsler E, Hättenschwiler J, Hatzinger M, et al. Therapeutic effects of Silexan on somatic symptoms and physical health in patients with anxiety disorders: A meta-analysis. *Brain Behav.* 2021 Apr 1;11(4):e01997.
77. Yap WS, Dolzhenko A V., Jalal Z, Hadi MA, Khan TM. Efficacy and safety of lavender essential oil (Silexan) capsules among patients suffering from anxiety disorders: A network meta-analysis. *Sci. Rep.* 2019 Dec 1;9(1):1–11.
78. Lee MS, Lee HW, Khalil M, Lim HS, Lim HJ. Aromatherapy for Managing Pain in Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review of Randomized Placebo-Controlled Trials. *J. Clin. Med.* 2018 Nov 10;7(11):434.
79. Aboualsoltani F, Bastani P, Khodaie L, Fazljou SMB. Therapeutic Effects of Citrus aurantium Components on Psychological States: A Systematic Review. *Crescent J. Med. Biol. Sci.* 2020;7(4):443–50.
80. Donelli D, Antonelli M, Bellinazzi C, Gensini GF, Firenzuoli F. Effects of lavender on anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Phytomedicine.* 2019 Dec 1;65:153099.
81. France KG, McLay LK, Hunter JE, France MLS. Empirical research evaluating the effects of non-traditional approaches to enhancing sleep in typical and clinical children and young people. *Sleep Med. Rev.* 2018 Jun 1;39:69–81.
82. Gong M, Dong H, Tang Y, Huang W, Lu F. Effects of aromatherapy on anxiety: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J. Affect. Disord.* 2020 Sep 1;274:1028–40.
83. Her J, Cho MK. Effect of aromatherapy on sleep quality of adults and elderly people: A systematic literature review and meta-analysis. *Complement. Ther. Med.* 2021 Aug 1;60:102739.
84. Hur MH, Song JA, Lee J, Lee MS. Aromatherapy for stress reduction in healthy adults: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Maturitas.* 2014 Dec 1;79(4):362–9.
85. Kang J, Noh W, Lee Y. Sleep quality among shift-work nurses: A systematic review and meta-analysis. *Appl. Nurs. Res.* 2020 Apr 1;52:151227.
86. Lee YL, Wu Y, Tsang HWH, Leung AY, Cheung WM. A systematic review on the anxiolytic effects of aromatherapy in

- people with anxiety symptoms. *J. Altern. Complement. Med.* 2011 Feb 1;17(2):101–8.
87. Lin PC, Lee PH, Tseng SJ, Lin YM, Chen SR, Hou WH. Effects of aromatherapy on sleep quality: A systematic review and meta-analysis. *Complement. Ther. Med.* 2019 Aug 1;45:156–66.
  88. Mannucci C, Navarra M, Calapai F, Squeri R, Gangemi S, Calapai G. Clinical Pharmacology of Citrus bergamia: A Systematic Review. *Phytother. Res.* 2017 Jan 1;31(1):27–39.
  89. Mannucci C, Calapai F, Cardia L, Inferrera G, D’Arena G, Di Pietro M, et al. Clinical Pharmacology of Citrus aurantium and Citrus sinensis for the Treatment of Anxiety. *Evid. Based. Complement. Alternat. Med.* 2018;2018.
  90. Nasiri M, Torkaman M, Feizi S, Bigdeli Shamloo MB. Effect of aromatherapy with Damask rose on alleviating adults’ acute pain severity: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complement. Ther. Med.* 2021 Jan 1;56:102596.
  91. Nayebi N, Khalili N, Kamalinejad M, Emtiazy M. A systematic review of the efficacy and safety of Rosa damascena Mill. with an overview on its phytopharmacological properties. *Complement. Ther. Med.* 2017 Oct 1;34:129–40.
  92. Sánchez-Vidaña DI, Ngai SPC, He W, Chow JKW, Lau BWM, Tsang HWH. The Effectiveness of Aromatherapy for Depressive Symptoms: A Systematic Review. *Evid. Based. Complement. Alternat. Med.* 2017;2017.
  93. Sayed AM, Morsy S, Tawfik GM, Naveed S, Minh-Duc NT, Hieu TH, et al. The best route of administration of lavender for anxiety: a systematic review and network meta-analysis. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2020 May 1;64:33–40.
  94. Kang HJ, Nam ES, Lee Y, Kim M. How Strong is the Evidence for the Anxiolytic Efficacy of Lavender?: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Asian Nurs. Res. (Korean. Soc. Nurs. Sci).* 2019 Dec 1;13(5):295–305.
  95. Escribano M, Figuero E, Martín C, Tobías A, Serrano J, Roldán S, et al. Efficacy of adjunctive anti-plaque chemical agents: a systematic review and network meta-analyses of the Turesky modification of the Quigley and Hein plaque index. *J. Clin. Periodontol.* 2016 Dec 1;43(12):1059–73.
  96. Higgins JPT, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration’s tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ.* 2011 Oct 18;343(7829).

97. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2019;366.
98. Appendix: Jadad Scale for Reporting Randomized Controlled Trials. *Evidence-based Obstet. Anesth.* 2007 Nov 12;237–8.
99. Lee KAYR, Harnett JE, Cairns R. Essential oil exposures in Australia: analysis of cases reported to the NSW Poisons Information Centre. *Med. J. Aust.* 2020 Feb 1;212(3):132–3.
100. David, Atkins, Dana B, Peter AB, Martin E, Yngve F-Y, Signe F, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2004 Jun 19;328(7454):1490.
101. Lee MS, Choi J, Posadzki P, Ernst E. Aromatherapy for health care: An overview of systematic reviews. *Maturitas*. 2012 Mar 1;71(3):257–60.
102. de Cássia da Silveira e Sá R, Lima TC, da Nóbrega FR, de Brito AEM, de Sousa DP. Analgesic-Like Activity of Essential Oil Constituents: An Update. *Int. J. Mol. Sci.* 2017, Vol. 18, Page 2392. 2017 Dec 9;18(12):2392.
103. Zhang N, Yao L. Anxiolytic Effect of Essential Oils and Their Constituents: A Review. *J. Agric. Food Chem.* 2019 Dec 18;67(50):13790–808.
104. Hajhashemi V, Ghannadi A, Sharif B. Anti-inflammatory and analgesic properties of the leaf extracts and essential oil of *Lavandula angustifolia* Mill. *J. Ethnopharmacol.* 2003 Nov 1;89(1):67–71.
105. Masaoka Y, Takayama M, Yajima H, Kawase A, Takakura N, Homma I. Analgesia is enhanced by providing information regarding good outcomes associated with an odor: Placebo effects in aromatherapy? *Evidence-based Complement. Altern. Med.* 2013;2013.
106. Malcolm BJ, Tallian K. Essential oil of lavender in anxiety disorders: Ready for prime time? *Ment. Heal. Clin.* 2017 Jul 1;7(4):147–55.
107. Müller WE, Sillani G, Schuwald A, Friedland K. Pharmacological basis of the anxiolytic and antidepressant properties of Silexan®, an essential oil from the flowers of lavender. *Neurochem. Int.* 2021 Feb 1;143:104899.
108. Ali B, Al-Wabel NA, Shams S, Ahamad A, Khan SA, Anwar F. Essential oils used in aromatherapy: A systemic review. *Asian*

- Pac. J. Trop. Biomed. 2015 Aug 1;5(8):601–11.
109. Posadzki P, Alotaibi A, Ernst E. Adverse effects of aromatherapy: a systematic review of case reports and case series. *Int. J. Risk Saf. Med.* 2012;24(3):147–61.
  110. Dosoky NS, Setzer WN. Maternal reproductive toxicity of some essential oils and their constituents. *Int. J. Mol. Sci.* 2021 Feb 27;22(5):1–31.
  111. Vostinaru O, Codruta Heghes S, Filip L. Safety Profile of Essential Oils [Internet]. In: *Essential Oils - Bioactive Compounds, New Perspectives and Applications*. IntechOpen; 2020 [Accedido 8-12-2021].
  112. Manion CR, Widder RM. Essentials of essential oils. *Am. J. Heal. Pharm.* 2017;74(9):e153–62.
  113. Adorjan B, Buchbauer G. Biological properties of essential oils: an updated review. *Flavour Fragr. J.* 2010 Nov 1;25(6):407–26.
  114. Raut JS, Karuppaiyl SM. A status review on the medicinal properties of essential oils. *Ind. Crops Prod.* 2014 Dec 1;62:250–64.
  115. Zuo X, Gu Y, Wang C, Zhang J, Zhang J, Wang G, et al. A Systematic Review of the Anti-Inflammatory and Immunomodulatory Properties of 16 Essential Oils of Herbs. *Evidence-based Complement. Altern. Med.* 2020;2020.
  116. Damasceno CSB, Fabri Higaki NT, Dias JDFG, Miguel MD, Miguel OG. Chemical Composition and Biological Activities of Essential Oils in the Family Lauraceae: A Systematic Review of the Literature. *Planta Med.* 2019 Jul 1;85(13):1054–72.



# Anexos

## Anexo 1. Estrategia de búsqueda

MEDLINE (Ovid)		
1	Oils, Volatile/ or Aromatherapy/	14514
2	((aroma or aromatic) adj1 therapy).ti,ab.	56
3	aromatherapy.ti,ab.	1277
4	((Fragrant or fragrance or scent or volatile) adj1 oil*).ti,ab.	1960
5	((massage or inhalation) adj1 aromatherapy).ti,ab.	207
6	aroma inhalation.ti,ab.	11
7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	15977
8	systematic\$ review\$.ti,ab.	217373
9	meta-analysis as topic/	20096
10	meta-analytic\$.ti,ab.	8149
11	meta-analysis.ti,ab,pt.	207249
12	metanalysis.ti,ab.	347
13	metaanalysis.ti,ab.	1698
14	meta analysis.ti,ab.	178491
15	meta-synthesis.ti,ab.	1073
16	metasynthesis.ti,ab.	375
17	meta synthesis.ti,ab.	1073
18	meta-regression.ti,ab.	9639
19	metaregression.ti,ab.	789
20	meta regression.ti,ab.	9639
21	(synthes\$ adj3 literature).ti,ab.	4327
22	(synthes\$ adj3 evidence).ti,ab.	13058
23	integrative review.ti,ab.	3690
24	data synthesis.ti,ab.	12422
25	(research synthesis or narrative synthesis).ti,ab.	4446
26	(systematic study or systematic studies).ti,ab.	13171
27	(systematic comparison\$ or systematic overview\$).ti,ab.	3800
28	evidence based review.ti,ab.	2179
29	comprehensive review.ti,ab.	18460
30	critical review.ti,ab.	17144
31	quantitative review.ti,ab.	728
32	structured review.ti,ab.	906
33	realist review.ti,ab.	409

<b>MEDLINE (Ovid)</b>		
34	realist synthesis.ti,ab.	261
35	or/8-34	411659
36	review.pt.	2838461
37	medline.ab.	133708
38	pubmed.ab.	148192
39	cochrane.ab.	100999
40	embase.ab.	113062
41	cinahl.ab.	33234
42	psyc?lit.ab.	915
43	psyc?info.ab.	43457
44	(literature adj3 search\$).ab.	72024
45	(database\$ adj3 search\$).ab.	73482
46	(bibliographic adj3 search\$).ab.	3023
47	(electronic adj3 search\$).ab.	26263
48	(electronic adj3 database\$).ab.	35944
49	(computeri?ed adj3 search\$).ab.	3704
50	(internet adj3 search\$).ab.	3684
51	included studies.ab.	30759
52	(inclusion adj3 studies).ab.	19699
53	inclusion criteria.ab.	101942
54	selection criteria.ab.	32410
55	predefined criteria.ab.	2191
56	predetermined criteria.ab.	1140
57	(assess\$ adj3 (quality or validity)).ab.	92045
58	(select\$ adj3 (study or studies)).ab.	75596
59	(data adj3 extract\$).ab.	75634
60	extracted data.ab.	16762
61	(data adj2 abstracted).ab.	5790
62	(data adj3 abstraction).ab.	1925
63	published intervention\$.ab.	201
64	((study or studies) adj2 evaluat\$).ab.	209381
65	(intervention\$ adj2 evaluat\$).ab.	12857
66	confidence interval\$.ab.	468794
67	heterogeneity.ab.	189287
68	pooled.ab.	103964
69	pooling.ab.	13833
70	odds ratio\$.ab.	305307
71	(Jadad or coding).ab.	204056

<b>MEDLINE (Ovid)</b>		
72	or/37-71	1655268
73	36 and 72	272062
74	review.ti.	549172
75	74 and 72	188546
76	(review\$ adj4 (papers or trials or studies or evidence or intervention\$ or evaluation\$)).ti,ab.	212719
77	35 or 73 or 75 or 76	670004
78	letter.pt.	1145910
79	editorial.pt.	575825
80	comment.pt.	921014
81	78 or 79 or 80	1983037
82	77 not 81	654120
83	exp animals/ not humans/	4868512
84	82 not 83	638937
85	7 and 84	436
86	limit 85 to yr="2006 -Current"	401
87	Randomized Controlled Trials as Topic/	146679
88	randomized controlled trial/	539064
89	Random Allocation/	105674
90	Double Blind Method/	166135
91	Single Blind Method/	30633
92	clinical trial/	530055
93	clinical trial, phase i.pt.	22026
94	clinical trial, phase ii.pt.	35445
95	clinical trial, phase iii.pt.	18779
96	clinical trial, phase iv.pt.	2147
97	controlled clinical trial.pt.	94317
98	randomized controlled trial.pt.	539064
99	multicenter study.pt.	300006
100	clinical trial.pt.	530055
101	exp Clinical Trials as topic/	361297
102	or/87-101	1447412
103	(clinical adj trial\$).tw.	406425
104	((singl\$ or doubl\$ or treb\$ or tripl\$) adj (blind\$3 or mask\$3)).tw.	181853
105	PLACEBOS/	35598
106	placebo\$.tw.	227227
107	randomly allocated.tw.	31529

<b>MEDLINE (Ovid)</b>		
108	(allocated adj2 random\$.tw.	34989
109	or/103-108	688654
110	102 or 109	1742469
111	case report.tw.	340403
112	letter/	1145910
113	historical article/	364691
114	or/111-113	1833987
115	110 not 114	1702831
116	7 and 115	1122
117	limit 116 to yr="2006 -Current"	914

<b>EMBASE (Elsevier)</b>		
#141	#8 AND #137 AND [2006-2021]/py	928
#140	#8 AND #137	1,107
#139	#8 AND #107 AND [2006-2021]/py	559
#138	#8 AND #107	591
#137	#127 NOT #136	1,824,478
#136	#128 OR #129 OR #130 OR #131 OR #132 OR #133 OR #134 OR #135	6,787,956
#135	'note'/it	737,118
#134	'editorial'/it	589,513
#133	'conference proceeding'/it	0
#132	'conference abstract'/it	3,293,251
#131	'conference paper'/it	749,308
#130	'abstract report'/de OR 'letter'/de	1,084,800
#129	'case report':ti,ab	388,379
#128	'case study'/de	58,795
#127	#108 OR #109 OR #110 OR #111 OR #112 OR #113 OR #114 OR #115 OR #116 OR #117 OR #118 OR #119 OR #120 OR #121 OR #122 OR #123 OR #124 OR #125 OR #126	2,100,849
#126	'prospective study'/de	500,308
#125	placebo*:ti,ab	284,931
#124	((treble OR triple) NEAR/1 blind*):ti,ab	1,015
#123	'double blind*':ti,ab	196,554
#122	'single blind*':ti,ab	22,356
#121	(random* NEAR/2 allocat*):ti,ab	38,813

<b>EMBASE (Elsevier)</b>		
#120	rct:ti,ab	31,466
#119	'randomi*ed controlled trial*':ti,ab	194,912
#118	'placebo'/de	336,229
#117	'crossover procedure'/de	58,081
#116	'double blind procedure'/de	157,909
#115	'single blind procedure'/de	34,003
#114	'randomization'/exp	81,184
#113	'phase 4 clinical trial'/de	3,304
#112	'phase 3 clinical trial'/de	38,105
#111	'multicenter study'/de	206,417
#110	'controlled clinical trial'/de	426,215
#109	'randomized controlled trial'/de	536,242
#108	'clinical trial'/de	963,806
#107	#105 NOT #106	937,404
#106	'conference abstract':it	3,186,763
#105	#103 NOT #104	816,233
#104	'cochrane database of systematic reviews*':jt OR 'the cochrane database of systematic reviews':jt	19,732
#103	#101 NOT #102	833,568
#102	('animal' OR 'nonhuman') NOT 'human'/exp	6,061,693
#101	#97 NOT #100	867,037
#100	#98 OR #99	1,603,594
#99	'editorial':it	574,059
#98	letter:it	1,029,535
#97	#52 OR #92 OR #94 OR #95 OR #96	883,917
#96	(retriev* NEAR/10 (papers OR trials OR studies OR evidence OR intervention* OR evaluation* OR outcome* OR findings)):ti,ab	24,977
#95	(review* NEAR/10 (papers OR trials OR 'trial data' OR studies OR evidence OR intervention* OR evaluation* OR outcome* OR findings)):ti,ab	471,317
#94	#90 AND #93	134,545
#93	review:ti	470,629
#92	#90 AND #91	212,231
#91	review:it	2,406,018
#90	#53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63 OR #64 OR #65 OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70 OR #71 OR #72 OR #73 OR	1,711,144

<b>EMBASE (Elsevier)</b>		
	#74 OR #75 OR #76 OR #77 OR #78 OR #79 OR #80 OR #81 OR #82 OR #83 OR #84 OR #85 OR #86 OR #87 OR #88 OR #89	
#89	'evidence-based':ti,ab	121,33
#88	jadad:ab OR coding:ab	191,297
#87	'odds ratio*':ab	286,543
#86	pooling:ab	14,084
#85	pooled:ab	103,902
#84	heterogeneity:ab	179,084
#83	'confidence interval*':ab	420,556
#82	(intervention* NEAR/2 evaluat*):ab	13,426
#81	((study OR studies) NEAR/2 evaluat*):ab	228,343
#80	'published intervention*':ab	186
#79	(data NEAR/2 abstraction):ab	1,913
#78	(data NEAR/2 abstracted):ab	7,688
#77	'extracted data':ab	15,268
#76	(data NEAR/3 extract*):ab	69,351
#75	('select*' NEAR/3 (study OR studies)):ab	75,318
#74	('assess*' NEAR/3 (quality OR validity)):ab	88,16
#73	'predetermined criteria':ab	1,189
#72	'predefined criteria':ab	2,281
#71	'selection criteria':ab	32,413
#70	'inclusion criteria':ab	118,072
#69	('inclusion' NEAR/3 'studies'):ab	15,994
#68	'included studies':ab	22,012
#67	(internet NEAR/3 search*):ab	3,725
#66	(computeri*ed NEAR/3 search*):ab	3,97
#65	('electronic' NEAR/3 'database*'):ab	30,557
#64	('electronic' NEAR/3 'search*'):ab	21,355
#63	('bibliographic' NEAR/3 'search*'):ab	2,483
#62	('database*' NEAR/3 'search*'):ab	59,334
#61	('literature' NEAR/3 'search*'):ab	62,004
#60	lilacs:ab	6,467
#59	psyc*info:ab	22,035
#58	psyc*lit:ab	981
#57	cinahl:ab	24,103
#56	embase:ab	85,375
#55	cochrane:ab	81,877

<b>EMBASE (Elsevier)</b>		
#54	pubmed:ab	107,39
#53	medline:ab	117,904
#52	#9 OR #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 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51	457,479
#51	('search' NEAR/1 (strateg* OR term*)):ti,ab	32,282
#50	'medline':ti,ab AND (('inclusion' NEAR/3 'criteria'):ti,ab)	21,167
#49	('pooled data' NEAR/6 (studies OR trials)):ti,ab	2,574
#48	('pooled' NEAR/2 'analysis'):ti,ab	16,721
#47	'realist synthesis':ti,ab	153
#46	'realist review':ti,ab	226
#45	'structured review':ti,ab	943
#44	'quantitative review':ti,ab	693
#43	'critical analysis':ti,ab	8,011
#42	'critical review':ti,ab	16,112
#41	'comprehensive review':ti,ab	13,949
#40	('evidence-based' NEAR/2 'review'):ti,ab	3,289
#39	('literature review' NEAR/2 'adverse event*'):ti,ab	13
#38	('literature review' NEAR/2 'adverse effect*'):ti,ab	3
#37	('literature review' NEAR/2 'side effect*'):ti,ab	16
#36	(review NEAR/3 'scientific literature'):ti,ab	1,594
#35	'systematic* literature research*':ti,ab	267
#34	(systematic NEAR/2 search*):ti,ab	25,055
#33	'systematic comparison*':ti,ab OR 'systematic overview*':ti,ab	3,155
#32	'systematic study':ti,ab OR 'systematic studies':ti,ab	11,476
#31	'research synthesis':ti,ab OR 'narrative synthesis':ti,ab	2,367
#30	'data synthesis':ti,ab	11,899
#29	'integrative review':ti,ab	2,021
#28	(synthes* NEAR/2 qualitative):ti,ab	2,081
#27	(synthes* NEAR/3 evidence):ti,ab	9,063
#26	(synthes* NEAR/3 literature):ti,ab	3,131
#25	'meta regression':ti,ab	7,133
#24	'metaregression':ti,ab	869
#23	'meta-regression':ti,ab	7,133
#22	'meta synthesis':ti,ab	674

<b>EMBASE (Elsevier)</b>		
#21	'metasynthesis':ti,ab	288
#20	'meta-synthesis':ti,ab	674
#19	'meta analysis':ti,ab	147,324
#18	'metaanalysis':ti,ab	6,956
#17	'metanalysis':ti,ab	470
#16	'meta-analysis':ti,ab	147,324
#15	'meta-analytic*':ti,ab	0
#14	'meta analysis (topic)'	38,062
#13	'meta analysis'	226,151
#12	'systematic review (topic)'	22,481
#11	'systematic review'	235,143
#10	'systematic* literature review*':ti,ab	11,845
#9	'systematic review':ti,ab	140,378
#8	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7	22,884
#7	'aroma inhalation':ti,ab	21
#6	((massage OR inhalation) NEAR/1 aromatherapy):ti,ab	263
#5	((fragrant OR fragrance OR scent OR volatile) NEAR/1 oil*):ti,ab	3,494
#4	aromatherapy:ti,ab	1,933
#3	((aroma OR aromatic) NEAR/1 therapy):ti,ab	91
#2	'essential oil'/mj	18,453
#1	'aromatherapy'/exp	2,412

<b>CINAHL (Ebsco)</b>		
S28	S8 AND S25	1,048
S27	S8 AND S9	305
S26	S8 AND S25	1,214
S25	S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24	1,749,709
S24	TX allocat* random*	24,642
S23	(MH "Quantitative Studies")	29,921
S22	(MH "Placebos")	13,309
S21	TX placebo*	131,681
S20	TX random* allocat*	24,642
S19	(MH "Random Assignment")	69,008
S18	TX randomi* control* trial*	327,705
S17	TX ( (singl* n1 blind*) or (singl* n1 mask*) )	24,28
S16	TX ( (doubl* n1 blind*) or (doubl* n1 mask*) )	1,224,020

<b>CINAHL (Ebsco)</b>		
S15	TX ( (tripl* n1 blind*) or (tripl* n1 mask*) )	1,008
S14	TX ( (trebl* n1 blind*) or (trebl* n1 mask*) )	12
S13	TX clinic* n1 trial*	420,768
S12	PT Clinical trial	110,131
S11	(MH "Clinical Trials+")	323,215
S10	S8 AND S9	319
S9	(TI (systematic* n3 review*)) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3 bibliographic*)) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or (AB (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN "Cochrane Database of Systematic Reviews") or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "WOS" or scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "WOS" or scopus or embase)) or (MH "Systematic Review") or (MH "Meta Analysis") or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or metaanaly*))	232,901
S8	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7	5,063
S7	TI "aroma inhalation" OR AB "aroma inhalation"	16
S6	TI ( ((massage or inhalation) N1 aromatherapy) ) OR AB ( ((massage or inhalation) N1 aromatherapy) )	332
S5	TI ( ((Fragrant or fragrance or scent or volatile) N1 oil*) ) OR AB ( ((Fragrant or fragrance or scent or volatile) N1 oil*) )	292
S4	TI aromatherapy OR AB aromatherapy	1,703
S3	TI ( ((aroma or aromatic) N1 therapy) ) OR AB ( ((aroma or aromatic) N1 therapy) )	50
S2	(MH "Essential Oils+")	3,213
S1	(MM "Aromatherapy")	1,464

<b>PsycINFO (Ebsco)</b>		
S12	S7 AND S8	87
S11	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	30

<b>PsycINFO (Ebsco)</b>		
S10	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	391
S9	S7 AND S8	100
S8	MM "Clinical trials" OR MR ("Treatment Effectiveness Evaluation") OR TI ((randomi?ed n7 trial*) or ((single or doubl* or tripl* or treb*) and (blind* or mask*)) or (controlled n3 trial*) or (clinical n2 trial*)) OR AB ((randomi?ed n7 trial*) or ((single or doubl* or tripl* or treb*) and (blind* or mask*)) or (controlled n3 trial*) or (clinical n2 trial*)) OR KW ((randomi?ed n7 trial*) or ((single or doubl* or tripl* or treb*) and (blind* or mask*)) or (controlled n3 trial*) or (clinical n2 trial*))	110,756
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	503
S6	TI "aroma inhalation" OR AB "aroma inhalation"	2
S5	TI ( ((massage or inhalation) N1 aromatherapy) ) OR AB ( ((massage or inhalation) N1 aromatherapy) )	73
S4	TI ( ((Fragant or fragrance or scent or volatile or essential) N1 oil*) ) OR AB ( ((Fragant or fragrance or scent or volatile or essential) N1 oil*) )	273
S3	TI aromatherapy OR AB aromatherapy	271
S2	TI ( ((aroma or aromatic) N1 therapy) ) OR AB ( ((aroma or aromatic) N1 therapy) )	14
S1	DE "Aromatherapy"	234

## Anexo 2. Organizaciones contactadas

### **Organizaciones invitadas a participar en la revisión del protocolo**

Asociación Española de Aromatología

Asociación Mediterránea de Fitoterapia (AMEFIT)

Asociación Nacional de Profesionales y Autónomos de las Terapias Naturales (COFENAT)

Asociación para Proteger al Enfermo de Terapias Pseudocientíficas (APETP)

Asociación Profesional Española de Naturopatía y Bioterapia

Fundación Terapias Naturales (FTN)

### **Organizaciones que finalmente participaron en la revisión del protocolo**

Asociación Española de Aromatología

Asociación Nacional de Profesionales y Autónomos de las Terapias Naturales (COFENAT)

### **Organizaciones contactadas sin respuesta**

Asociación Mediterránea de Fitoterapia (AMEFIT)

Asociación para Proteger al Enfermo de Terapias Pseudocientíficas (APETP)

Asociación Profesional Española de Naturopatía y Bioterapia

Fundación Terapias Naturales (FTN)

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

Asociación Nacional de Profesionales y Autónomos de las Terapias Naturales (COFENAT)

Sociedad Española de Reumatología (Grupos de trabajo ARTROSER y GEFISER)

## Anexo 3. Revisión externa

Comentario proveniente de: (Organización)	Número de página/General	Apartado, párrafo, línea, tabla o anexo	Comentario o sugerencia	Respuesta autores
Sociedad Española de Reumatología (Grupo de trabajo ARTROSER)	General		No observaciones	
Sociedad Española de Reumatología (Grupo GEFISER)	General		No observaciones	
COFENAT, Asociación Nacional de Profesionales y Autónomos de las Terapias Naturales	Pág. 15	Resumen	La palabra Aromaterapia no es correcta en sí, sencillamente porque los aceites esenciales no sólo trabajan a nivel olfativo, es decir; cuando la llamamos Aromaterapia para que nos entendamos, es la sanación a través del olfato, los aceites esenciales tienen muchas aplicaciones a parte de la vía olfativa también actúan a nivel terapéutico, estético, energético y emocional. El nombre correcto sería "terapia integrativa con aceites esenciales".	Se ha mantenido el término aromaterapia, pues es el usado generalmente, aunque se ha incluido una frase en la introducción comentado esta cuestión explícitamente. "Aunque como se ha comentado, la aplicación de aceites esenciales no se restringe a la vía olfatoria, en este informe se mantendrá el uso del término "aromaterapia" para referirse a esta técnica, dado que es el usado generalmente."
	Pág. 20-22	I.1. Descripción de la aromaterapia  I.2. Descripción de las indicaciones clínicas	La aromaterapia entra dentro de la fitoterapia, es otra forma de obtener los principios activos de las plantas a un alto nivel. Con otras técnicas de obtención no se obtienen tanta cantidad, siendo fármacos de origen vegetal con una estructura química que científicamente está demostrado. El objetivo de esta disciplina es mejorar la salud del usuario en todos los ámbitos de la salud, siendo compatible con muchas disciplinas dirigidas al personal sanitario sea regulado o no.	No se ha considerado necesario modificar el texto a partir de las consideraciones realizadas por el revisor.
	Pág. 33-69	IV. Resultados	La calidad de la evidencia es que las plantas han existido toda la vida y nos han ayudado en numerosas enfermedades, de hecho, los fármacos alopáticos no los inventa el ser humano si no lo que hace es sintetizar esas mismas moléculas, son más económicas y se pueden patentar.	No se ha considerado necesario modificar el texto a partir de las consideraciones realizadas por el revisor.

			<p>La calidad de la evidencia también dependerá de aquellos laboratorios que estudien sus efectos y quieran compartir el estudio, que normalmente son estudiados única y exclusivamente por laboratorios farmacéuticos.</p> <p>El riesgo, es como todos los fármacos siendo de origen natural o no, todos pueden tener reacciones adversas.</p>	
	Pág. 71-75	<p>V. Discusión</p> <p>VI. Conclusiones</p>	<p>Evidentemente que las conclusiones no pueden ser definitivas, la ciencia cada vez más demuestra que las plantas tienen una estructura química que actúa sobre nuestro organismo, por eso es tan importante tener profesionales cualificados que se dediquen a esta disciplina con seriedad. Faltan muchos más estudios científicos, es muy posible, pero no es la ciudadanía la que se encarga del estudio, si no los laboratorios farmacéuticos. Eso no significa que califiquemos al uso de las plantas como pseudociencia.</p> <p>¿Las plantas no son inocuas? Pues claro que no lo son, repito, tienen una estructura molecular con principios activos altísimos de origen vegetal que actuaran en nuestro organismo, Exactamente igual que los fármacos alopáticos tampoco son inocuos. Después hemos de tener en cuenta que existen más de 600 aceites esenciales y su estructura química será diferente en todas.</p> <p>También en el estudio realizado se nombran enfermedades muy complejas como el cáncer, la diabetes, demencia, etc. Enfermedades difíciles de tratar y obtener resultados positivos.</p> <p>En el estudio también presentan reacciones adversas en la piel como el prurito, irritación dérmica, etc. pero en ninguno de los casos se está explicando que se han de diluir con aceite vegetal para apaliar la dermocausticidad que algunas moléculas pueden provocar en las dermis.</p> <p>Sobre los participantes, deberíamos pedir información médica y farmacéutica en otros países como Francia, Inglaterra, etc. Que si los están</p>	<p>No se ha considerado necesario modificar el texto a partir de las consideraciones realizadas por el revisor.</p> <p>El informe pretende evaluar si la aromaterapia puede ser clasificada como pseudoterapia, no se califica como tal apriorísticamente. Los resultados muestran que podría ser útil en algunas condiciones médicas.</p>

			<p>utilizando en el ámbito sanitario con resultados excelentes. Sobre los enlaces de información, como he podido apreciar, son los mismos canales que tenemos todos. Nosotros como Aromatólogos con una trayectoria de años, hemos podido comprobar que los aceites esenciales funcionan</p>	
--	--	--	--	--

## Anexo 4. Estudios excluidos a texto completo

### Estudios excluidos por diseño (k = 45)

- Agrawal, V., Kapoor, S., & Agrawal, I. (2017). Critical review on eliminating endodontic dental infections using herbal products. *Journal of dietary supplements*, 14(2), 229-240.
- Akbar, S. (2018). 'Nigella sativa'(black seeds): Panacea or hyperbole?: A critical review of experimental and clinical observations. *Australian Journal of Herbal and Naturopathic Medicine*, 30(4), 157-172.
- Anderson, A. R., Deng, J., Anthony, R. S., Atalla, S. A., & Monroe, T. B. (2017). Using complementary and alternative medicine to treat pain and agitation in dementia: a review of randomized controlled trials from long-term care with potential use in critical care. *Critical Care Nursing Clinics*, 29(4), 519-537.
- Arendt, K. W., & Tessmer-Tuck, J. A. (2013). Nonpharmacologic labor analgesia. *Clinics in perinatology*, 40(3), 351-371.
- Banerjee, A., Satish, S., Hitendraprasad, P. P., & Shabaraya, A. R. Aromatherapy in the Treatment of Alzheimer's Disease: A Systemic Review.
- Benney, S., & Gibbs, V. (2013). A literature review evaluating the role of Swedish massage and aromatherapy massage to alleviate the anxiety of oncology patients. *Radiography*, 19(1), 35-41.
- Benny, A., & Thomas, J. (2019). Essential oils as treatment strategy for Alzheimer's disease: Current and future perspectives. *Planta medica*, 85(03), 239-248.
- Berraouan, A., Abid, S., & Bnouham, M. (2013). Antidiabetic oils. *Current diabetes reviews*, 9(6), 499-505.
- Bonapace, J., Gagné, G. P., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). No. 355-physiologic basis of pain in labour and delivery: an evidence-based approach to its management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(2), 227-245.
- Brodersen, L. D. (2017). Interventions for test anxiety in undergraduate nursing students: An integrative review. *Nursing Education Perspectives*, 38(3), 131-137.
- Burns, A., & O'Brien, J. (2006). Clinical practice with anti-dementia drugs: a consensus statement from British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 20(6), 732-755.
- Chakraborty, R., Savani, B. N., Litzow, M., Mohty, M., & Hashmi, S. (2015). A perspective on complementary/alternative medicine use among survivors of hematopoietic stem cell transplant: benefits and uncertainties. *Cancer*, 121(14), 2303-2313.
- Dobetsberger, C., & Buchbauer, G. (2011). Actions of essential oils on the central nervous system: An updated review. *Flavour and Fragrance Journal*, 26(5), 300-316.
- Donato, R., Sacco, C., Pini, G., & Bilia, A. R. (2020). Antifungal activity of different essential oils against *Malassezia* pathogenic species. *Journal of ethnopharmacology*, 249, 112376.
- Ernst, E. (2006). Complementary or alternative therapies for osteoarthritis. *Nature clinical practice Rheumatology*, 2(2), 74-80.
- Farzan, B., Abbaszadeh, S., & Teimouri, H. (2019). Ethnobotanical treatments for earache and sore throat. *International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences*, 10(2), 1354-1360.

### Estudios excluidos por diseño (k = 45)

- Forbes, D. A. (2007). Sparse Evidence Supports Non-Pharmacological Interventions for Preventing Wandering in People With Dementia. *Evidence-based nursing*, 10(1), 15.
- Freeman, M., Ayers, C., Peterson, C., & Kansagara, D. (2019). Aromatherapy and essential oils: A map of the evidence.
- García, R. I. (2008). Mouthrinses and dentifrices are effective antigingivitis and antiplaque agents. *Journal of Evidence Based Dental Practice*, 8(1), 13-14.
- González-Burgos, E., & Gómez-Serranillos, M. P. (2018). Natural products for vulvovaginal candidiasis treatment: evidence from clinical trials. *Current topics in medicinal chemistry*, 18(15), 1324-1332.
- Gordon, D., Heimberg, R. G., Tellez, M., & Ismail, A. I. (2013). A critical review of approaches to the treatment of dental anxiety in adults. *Journal of anxiety disorders*, 27(4), 365-378.
- Grey, K. R., Hagen, S. L., & Warshaw, E. M. (2016). Essential oils: emerging "medicaments". *Dermatitis*, 27(4), 227-228.
- Gunsolley, J. C. (2010). Clinical efficacy of antimicrobial mouthrinses. *Journal of dentistry*, 38, S6-S10.
- Haber, S. L., & El-Ibiary, S. Y. (2016). Peppermint oil for treatment of irritable bowel syndrome. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 73(2), 22-31.
- Herz, R. S. (2009). Aromatherapy facts and fictions: a scientific analysis of olfactory effects on mood, physiology and behavior. *International Journal of Neuroscience*, 119(2), 263-290.
- Huang, H., Wang, Q., Guan, X., Zhang, X., Kang, J., Zhang, Y., ... & Li, X. (2021). Corrigendum to "Effect of aromatherapy on preoperative anxiety in adult patients: A meta-analysis of randomized controlled trials"[*Compl. Ther. Clin. Pract.* 42 (February 2021) 101302]. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 101411-101411.
- Huntley, A. (2012). Aromatherapy for labour pain: evidence in waiting. *Focus on Alternative and Complementary Therapies*, 17(2), 128-129.
- Kitzler, R. (2010). The role of aromatherapy in postoperative nausea and vomiting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 25(3), 188.
- Lee, M. S., Choi, J., Posadzki, P., & Ernst, E. (2012). Aromatherapy for health care: an overview of systematic reviews. *Maturitas*, 71(3), 257-260.
- Lira, L. C. S., Amorim, M. M., Delgado, A., de Oliveira Menezes, M., & Takemoto, M. L. S. (2021). Concerning the article 'aromatherapy intervention on anxiety and pain during first stage labour in nulliparous women: a systematic review and meta-analysis'. *Journal of Obstetrics and Gynaecology: the Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 1-1.
- Mickenausch, S., & Yengopal, V. (2011). Extent and quality of systematic review evidence related to minimum intervention in dentistry: essential oils, powered toothbrushes, triclosan, xylitol. *International dental journal*, 61(4), 179-192.
- Miraj, S. (2016). A systematic review on the *Heracleum persicum* effect and efficacy profiles. *Der Pharma Chemica*, 8(14), 140-142.
- Mohseni, F., Ahmadiani, E. S., & Hekmatdoost, A. (2021). The Effect of Cumin on Anthropometric Measurements: A Systematic Review of Randomized Controlled Clinical Trials. *Obesity Medicine*, 100341.
- Moore RN, B. S. N. (2013). Aromatherapy for Anxiety. *Kansas Nurse*, 88(3), 11.
- Neely, A. L. (2012). Essential oil mouthwash (EOMW) may be equivalent to chlorhexidine (CHX) for long-term control of gingival inflammation but CHX appears to

#### **Estudios excluidos por diseño (k = 45)**

- perform better than EOMW in plaque control. The journal of evidence-based dental practice, 12(3 Suppl), 69-72.
- Posadzki, P., Ernst, E., & Lee, M. S. (2012). Complementary and alternative medicine for A lzheimer's disease: an overview of systematic reviews. Focus on Alternative and Complementary Therapies, 17(4), 186-191.
- Riera, R., Braga, V. L., Rocha, L. P. D. S., Bernardo, D. D., Andrade, L. A. F. D., Hsu, J. C., ... & Atallah, A. N. (2018). What do Cochrane systematic reviews say about new practices on integrative medicine?. Sao Paulo Medical Journal, 136, 251-261.
- Scales, K., Zimmerman, S., & Miller, S. J. (2018). Evidence-based nonpharmacological practices to address behavioral and psychological symptoms of dementia. The Gerontologist, 58(suppl\_1), S88-S102.
- Smith, C. A., Collins, C. T., Cyna, A. M., & Crowther, C. A. (2006). Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, (4).
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Dahlen, H. G., Ee, C. C., & Suganuma, M. (2018). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3).
- Sridhar, S., & Rakel, D. (2010). Peppermint oil as a therapeutic agent for irritable bowel syndrome.
- Tilliss, T., & Carey, C. M. (2017). As an Adjunct to Mechanical Oral Hygiene, Essential Oil-containing Mouthwash, Compared to Floss, Cetylpyridinium Chloride, or Placebo may be more Effective in Reduction of Plaque and Gingivitis. Journal of Evidence Based Dental Practice, 17(3), 256-258.
- Vilela, V. C., Pacheco, R. L., Latorraca, C. O. C., Pachito, D. V., & Riera, R. (2017). What do Cochrane systematic reviews say about non-pharmacological interventions for treating cognitive decline and dementia?. Sao Paulo Medical Journal, 135, 309-320.
- Weisfeld, C. C., Turner, J. A., Bowen, J. I., Eissa, R., Roelk, B., Ko, A., ... & Benfield, E. (2021). Dealing with Anxious Patients: An Integrative Review of the Literature on Nonpharmaceutical Interventions to Reduce Anxiety in Patients Undergoing Medical or Dental Procedures. The Journal of Alternative and Complementary Medicine.
- Zhao, H., Gu, W., & Zhang, M. (2020). Massage Therapy in Nursing as Nonpharmacological Intervention to Control Agitation and Stress in Patients With Dementia. Alternative therapies in health and medicine, 26(6), 29-33.

#### **Estudios excluidos por ser duplicados (k = 1)**

- Cheong, M. J., Kim, S., Kim, J. S., Lee, H., Lyu, Y. S., Lee, Y. R., ... & Kang, H. W. (2021). A systematic literature review and meta-analysis of the clinical effects of aroma inhalation therapy on sleep problems. Medicine, 100(9).

#### **Estudios excluidos por población (estudios en animales) (k = 5)**

- Bahr, T. A., Rodríguez, D., Beaumont, C., & Allred, K. (2019). The effects of various essential oils on epilepsy and acute seizure: a systematic review. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2019.
- Gandhi, G. R., Vasconcelos, A. B. S., Haran, G. H., da Silva Calisto, V. K., Jothi, G., Quintans, J. D. S. S., ... & Gurgel, R. Q. (2020). Essential oils and its bioactive

**Estudios excluidos por población (estudios en animales) (k = 5)**

compounds modulating cytokines: A systematic review on anti-asthmatic and immunomodulatory properties. *Phytomedicine*, 73, 152854.

Guimarães, A. G., Quintans, J. S., & Quintans-Júnior, L. J. (2013). Monoterpenes with analgesic activity—a systematic review. *Phytotherapy research*, 27(1), 1-15.

Safarnavadeh, T., & Rastegarpanah, M. (2011). Antioxidants and infertility treatment, the role of *Satureja Khuzestanica*: A mini-systematic review. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 9(2), 61.

Zuo, X., Gu, Y., Wang, C., Zhang, J., Zhang, J., Wang, G., & Wang, F. (2020). A systematic review of the anti-inflammatory and immunomodulatory properties of 16 essential oils of herbs. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2020.

**Estudios excluidos por reportar estudios primarios incluidos en otras RS (k = 63)**

Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., ... & Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ open*, 7(3), e012759.

Alshehri, F. A. (2018). The use of mouthwash containing essential oils (LISTERINE®) to improve oral health: A systematic review. *The Saudi dental journal*, 30(1), 2-6.

Mascarenhas, V. H. A., Lima, T. R., Silva, F. M. D., Negreiros, F. D. S., Santos, J. D. M., Moura, M. Á. P., ... & Jorge, H. M. F. (2019). Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32, 350-357.

Alzaatreh, M. Y., & Abdalrahim, M. S. (2020). Management Strategies for Pain Associated with Arteriovenous Fistula Cannulation: An Integrative Literature Review. *Hemodialysis International*, 24(1), 3-11.

Asay, K., Olson, C., Donnelly, J., & Perlman, E. (2019). The use of aromatherapy in postoperative nausea and vomiting: A systematic review. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 34(3), 502-516.

Behzadmehr, R., Dastyar, N., Moghadam, M. P., Abavisani, M., & Moradi, M. (2020). Effect of complementary and alternative medicine interventions on cancer related pain among breast cancer patients: A systematic review. *Complementary therapies in medicine*, 49, 102318.

Boehm, K., Büssing, A., & Ostermann, T. (2012). Aromatherapy as an adjuvant treatment in cancer care—a descriptive systematic review. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines*, 9(4), 503-518.

Bordbar, M., Fereidouni, Z., Morandini, M. K., & Kalyani, M. N. (2020). Efficacy of complementary interventions for management of anxiety in patients undergoing coronary angiography: A rapid systematic review. *Journal of Vascular Nursing*, 38(1), 9-17.

Borges Osório, Silva Júnior, L. G. D., & Nicolau, A. I. O. (2014). Assessment of the effectiveness of non-pharmacological methods in pain relief during labor. *Northeast Network Nursing Journal*, 15(1).

Brasure, M., Jutkowitz, E., Fuchs, E., Nelson, V. A., Kane, R. A., Shippee, T., ... & Kane, R. L. (2016). Nonpharmacologic interventions for agitation and aggression in dementia.

Chow, R., Huang, E., Li, A., Li, S., Fu, S. Y., Son, J. S., & Foster, W. G. (2021). Appraisal of systematic reviews on interventions for postpartum depression: systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1-11.

Costa, M. F., Durço, A. O., Rabelo, T. K., Barreto, R. D. S. S., & Guimarães, A. G. (2019). Effects of carvacrol, thymol and essential oils containing such monoterpenes on

**Estudios excluidos por reportar estudios primarios incluidos en otras RS (k = 63)**

- wound healing: A systematic review. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 71(2), 141-155.
- Necmiye, C. (2020). Usage of Aromatherapy in Symptom Management in Cancer Patients: A Systematic Review. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 537-546.
- Ebrahimi, A., Eslami, J., Darvishi, I., Momeni, K., & Akbarzadeh, M. (2020). Investigation of the Role of Complementary Medicine on Anxiety of Patients Before and After Surgery: A Review Study. *Holistic Nursing Practice*, 34(6), 365-379.
- Fellowes, D., Barnes, K., & Wilkinson, S. S. (2008). WITHDRAWN. Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- Fifi, A. C., Axelrod, C. H., Chakraborty, P., & Saps, M. (2018). Herbs and spices in the treatment of functional gastrointestinal disorders: A review of clinical trials. *Nutrients*, 10(11), 1715.
- Fismer, K. L., & Pilkington, K. (2012). Lavender and sleep: A systematic review of the evidence. *European Journal of Integrative Medicine*, 4(4), e436-e447.
- Fung, J. K. K., Tsang, H. W., & Chung, R. C. (2012). A systematic review of the use of aromatherapy in treatment of behavioral problems in dementia. *Geriatrics & gerontology international*, 12(3), 372-382.
- Ghiasi, A., Bagheri, L., & Haseli, A. (2019). A systematic review on the anxiolytic effect of aromatherapy during the first stage of labor. *Journal of caring sciences*, 8(1), 51.
- Gunsolley, J. C. (2006). A meta-analysis of six-month studies of antiplaque and antigingivitis agents. *The journal of the American dental association*, 137(12), 1649-1657.
- Hellström, A., & Willman, A. (2011). Promoting sleep by nursing interventions in health care settings: a systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(3), 128-142.
- Hrehová, L., & Mezian, K. (2021). Non-pharmacologic treatment of insomnia in primary care settings. *International Journal of Clinical Practice*, 75(6), e14084.
- Huang, H., Wang, Q., Guan, X., Zhang, X., Kang, J., Zhang, Y., ... & Li, X. (2021). Effect of aromatherapy on preoperative anxiety in adult patients: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Complementary therapies in clinical practice*, 42, 101302.
- Hui, E. K., Tischler, V., Wong, G. H., Lau, W. T., & Spector, A. (2021). Systematic review of the current psychosocial interventions for people with moderate to severe dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*.
- Hwang, E., & Shin, S. (2015). The effects of aromatherapy on sleep improvement: a systematic literature review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(2), 61-68.
- Kasper, S. (2015). Phytopharmaceutical treatment of anxiety, depression, and dementia in the elderly: evidence from randomized, controlled clinical trials. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 165(11), 217-228.
- Keefe, K. R., Byrne, K. J., & Levi, J. R. (2018). Treating pediatric post-tonsillectomy pain and nausea with complementary and alternative medicine. *The Laryngoscope*, 128(11), 2625-2634.
- Koliji, T., Keshavarz, Z., Zare, E., Mojab, F., & Nasiri, M. (2020). A systematic review of herbal medicines to improve the sexual function of menopausal women. *Journal of Herbmed Pharmacology*, 10(1), 51-60.

**Estudios excluidos por reportar estudios primarios incluidos en otras RS (k = 63)**

- Kverno, K. S., Black, B. S., Nolan, M. T., & Rabins, P. V. (2009). Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998–2008: a systematic literature review. *International psychogeriatrics*, 21(5), 825-843.
- Lederer, A. K., Schmucker, C., Kousoulas, L., Fichtner-Feigl, S., & Huber, R. (2018). Naturopathic Treatment and Complementary Medicine in Surgical Practice: A Systematic Review. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(49), 815.
- Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., ... & Cooper, C. (2014). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 18(39), 1.
- McCloskey, R. J., & Reno, R. (2019). Complementary health approaches for postpartum depression: A systematic review. *Social Work in Mental Health*, 17(1), 106-128.
- McLay, L. L. K., & France, K. (2016). Empirical research evaluating non-traditional approaches to managing sleep problems in children with autism. *Developmental Neurorehabilitation*, 19(2), 123-134.
- Millán-Calenti, J. C., Lorenzo-López, L., Alonso-Búa, B., De Labra, C., González-Abraldes, I., & Maseda, A. (2016). Optimal nonpharmacological management of agitation in Alzheimer's disease: challenges and solutions. *Clinical interventions in Aging*, 11, 175.
- Miroddi, M., Navarra, M., Quattropiani, M. C., Calapai, F., Gangemi, S., & Calapai, G. (2014). Systematic Review of Clinical Trials Assessing Pharmacological Properties of *Salvia* Species on Memory, Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease. *CNS neuroscience & therapeutics*, 20(6), 485-495.
- Möller, H. J., Volz, H. P., Dienel, A., Schläfke, S., & Kasper, S. (2019). Efficacy of Silexan in subthreshold anxiety: meta-analysis of randomised, placebo-controlled trials. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 269(2), 183-193.
- Momani, T. E. G., & Berry, D. L. (2017). Integrative therapeutic approaches for the management and control of nausea in children undergoing cancer treatment: a systematic review of literature. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 34(3), 173-184.
- Natale, P., Ruospo, M., Saglimbene, V. M., Palmer, S. C., & Strippoli, G. F. (2019). Interventions for improving sleep quality in people with chronic kidney disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
- Olley, R., & Morales, A. (2017). Systematic review of evidence underpinning non-pharmacological therapies in dementia. *Australian Health Review*, 42(4), 361-369.
- Padilla, R. (2011). Effectiveness of environment-based interventions for people with Alzheimer's disease and related dementias. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(5), 514-522.
- Perry, R., Terry, R., Watson, L. K., & Ernst, E. (2012). Is lavender an anxiolytic drug? A systematic review of randomised clinical trials. *Phytotherapy*, 19(8-9), 825-835.
- Radossi, A. L., Taromina, K., Marjerrison, S., Diorio, C. J., Similio, R., Njuguna, F., ... & Ladas, E. J. (2018). A systematic review of integrative clinical trials for supportive care in pediatric oncology: a report from the International Society of Pediatric Oncology, T&CM collaborative. *Supportive Care in Cancer*, 26(2), 375-391.
- Rezaie-Keikhaie, K., Hastings-Tolsma, M., Bouya, S., Shad, F. S., Sari, M., Shoorvazi, M., ... & Balouchi, A. (2019). Effect of aromatherapy on post-partum complications: A systematic review. *Complementary therapies in clinical practice*, 35, 290-295.

**Estudios excluidos por reportar estudios primarios incluidos en otras RS (k = 63)**

Robinson, L., Hutchings, D., Corner, L., Beyer, F., Dickinson, H., Vanoli, A., ... & Bond, J. (2006). A systematic literature review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical implications and acceptability of their use. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 10(26), iii-ix.

Robinson, L., Hutchings, D., Dickinson, H. O., Corner, L., Beyer, F., Finch, T., ... & Bond, J. (2007). Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 22(1), 9-22.

Roohbeh, N., Ghazanfarpour, M., Khadivzadeh, T., Kargarfard, L., Dizavandi, F. R., & Shariati, K. (2019). Effect of lavender on sleep, sexual desire, vasomotor, psychological and physical symptom among menopausal and elderly women: a systematic review. *Journal of menopausal medicine*, 25(2), 88.

Saneei Totmaj, A., Emamat, H., Jarrahi, F., & Zarrati, M. (2019). The effect of ginger (*Zingiber officinale*) on chemotherapy-induced nausea and vomiting in breast cancer patients: A systematic literature review of randomized controlled trials. *Phytotherapy Research*, 33(8), 1957-1965.

Sarris, J., Moylan, S., Camfield, D. A., Pase, M. P., Mischoulon, D., Berk, M., ... & Schweitzer, I. (2012). Complementary medicine, exercise, meditation, diet, and lifestyle modification for anxiety disorders: a review of current evidence. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012.

Schölzel-Dorenbos, C. J., van der Steen, M. J., Engels, L. K., & Rikkert, M. G. O. (2007). Assessment of quality of life as outcome in dementia and MCI intervention trials: a systematic review. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 21(2), 172-178.

Smith, C. A., Collins, C. T., & Crowther, C. A. (2011). Aromatherapy for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).

Song, J. A., Lee, M. K., Min, E., Kim, M. E., Fike, G., & Hur, M. H. (2018). Effects of aromatherapy on dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 84, 1-11.

Stoeken, J. E., Paraskevas, S., & Van Der Weijden, G. A. (2007). The long-term effect of a mouthrinse containing essential oils on dental plaque and gingivitis: a systematic review. *Journal of periodontology*, 78(7), 1218-1228.

Strøm, B. S., Ytrehus, S., & Grov, E. K. (2016). Sensory stimulation for persons with dementia: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 25(13-14), 1805-1834.

Sut, N., & Kahyaoglu-Sut, H. (2017). Effect of aromatherapy massage on pain in primary dysmenorrhea: A meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 27, 5-10.

Tola, Y. O., Chow, K. M., & Liang, W. (2021). Effects of non-pharmacological interventions on preoperative anxiety and postoperative pain in patients undergoing breast cancer surgery: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*.

Toniolo, J., Delaide, V., & Beloni, P. (2021). Effectiveness of Inhaled Aromatherapy on Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: A Systematic Review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*.

Wang, G., Albayrak, A., & van der Cammen, T. J. (2019). A systematic review of non-pharmacological interventions for BPSD in nursing home residents with dementia: from a perspective of ergonomics. *International psychogeriatrics*, 31(8), 1137-1149.

Warner JP;Butler R;Gupta S. (2010). Dementia. *BMJ Clinical Evidence* (online)

**Estudios excluidos por reportar estudios primarios incluidos en otras RS (k = 63)**

Watson, K., Chang, E., & Johnson, A. (2012). The efficacy of complementary therapies for agitation among older people in residential care facilities: a systematic review. *JBI Evidence Synthesis*, 10(53), 3414-3486.

Wilkinson, S., Barnes, K., & Storey, L. (2008). Massage for symptom relief in patients with cancer: systematic review. *Journal of advanced nursing*, 63(5), 430-439.

Yim, V. W. C., Ng, A. K., Tsang, H. W., & Leung, A. Y. (2009). A review on the effects of aromatherapy for patients with depressive symptoms. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(2), 187-195.

Zeng, Y. S., Wang, C., Ward, K. E., & Hume, A. L. (2018). Complementary and alternative medicine in hospice and palliative care: a systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 56(5), 781-794.

Zhianfar, L., Nadrian, H., & Shaghaghi, A. (2020). Enhancement of adherence to therapeutic and lifestyle recommendations among hemodialysis patients: An umbrella review of interventional strategies. *Therapeutics and clinical risk management*, 16, 233.

**Estudios excluidos por idioma (k = 11)**

Costa, I. B., Dantas, D. V., Dantas, R. A. N., Oliveira, S. P., Aiquoc, K. M., & Sarmiento, S. D. G. (2019). Terapias não farmacológicas para o manejo da dor em vítima de queimaduras: uma revisão sistemática. *Revista Inspirar: movimento e saúde*, 19(2), 1-20.

da Silva, M. A., de Sousa Sombra, I. V., Jacinto da Silva, J. S., Bernardino da Silva, J. C., de Melo Dias, L. R. F., Ferreira Calado, R. S., ... & de Menezes Silva, G. A. (2019). Aromaterapia para alívio da dor durante o trabalho de parto. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 13(2).

Fatima, F., Mahmood, H. T., Fida, M., & Sukhia, R. H. (2020). Effectiveness of antimicrobial gels on gingivitis during fixed orthodontic treatment: A systematic review and meta-analysis. *International orthodontics*, 18(1), 10-21.

Gayeski, M. E., & Brueggemann, O. M. (2010). Non-pharmacological approach to pain relief during labor as hard-light care technology: a systematic review. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(4), 774-782.

Ghiasi, A., Hasani, M., Mollaahmadi, L., Hashemzadeh, M., & Haseli, A. (2017). The effect of aromatherapy on labor Pain relief: a systematic review of clinical trials. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 20(2), 89-105.

Kim, M. E., Jun, J. H., & Hur, M. H. (2019). Effects of aromatherapy on sleep quality: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 49(6), 655-676.

Kim, J. H., & Oh, P. J. (2016). Effects of non-pharmacological interventions on primary insomnia in adults aged 55 and above: a meta-analysis. *Korean Journal of Adult Nursing*, 28(1), 13-29.

Lunde A;Johannessen H;Scient M (2010). Alternative treatment and cancer - a review of evidence of efficacy of massage, aromatherapy and reflexology. *Sygeplejersken / Danish Journal of Nursing*.

Najafiorcid, M. N., Dadgar, S., & Ghazanfarpour, M. (2018). The effect of aromatherapy on quality of sleep in pre-post-menopausal women: A systematic review and meta-analysis.

Niazi, Z., Shayan, A., Bakht, R., Roshanaei, G., & Zahra Masoomi, S. (2017). Effect of education of pregnant women's bill of rights on midwives function and satisfaction of

### **Estudios excluidos por idioma (k = 11)**

pregnant women referred to Imam Reza hospital, Kaboudarahang, 2015. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 20(2), 50-59.

Николаева, С. В. (2019). Эффективность ароматерапии в лечении и профилактике острых респираторных инфекции у детей. *Вопросы практической педиатрии» том, 14(1).*

### **Estudios excluidos por intervención (k = 10)**

Asadi, N., & Kariman, N. (2018). Herbal prevention and treatment of nipple trauma and/or pain in Iranian studies: a systematic review. *Journal of Herbmed Pharmacology*, 7(3).

Blackman, J., Swirski, M., Clynes, J., Harding, S., Leng, Y., & Coulthard, E. (2021). Pharmacological and non-pharmacological interventions to enhance sleep in mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease: A systematic review. *Journal of sleep research*, 30(4), e13229.

Damiani, G., Calzavara-Pinton, P., Stingeni, L., Hansel, K., Cusano, F., "Skin Allergy" Group of SIdemaST, ... & Zucca, M. (2019). Italian guidelines for therapy of atopic dermatitis—Adapted from consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis). *Dermatologic therapy*, 32(6), e13121.

Jeppesen, E., & Juvet, L. K. (2018). *Complementary and Alternative Medicine for Patients with Cancer.*

Koog, Y. H., Jin, S. S., Yoon, K., & Min, B. I. (2010). Interventions for hemiplegic shoulder pain: systematic review of randomised controlled trials. *Disability and rehabilitation*, 32(4), 282-291.

Li, X., Zhong, Q., & Tang, L. (2016). A meta-analysis of the efficacy and safety of using oil massage to promote infant growth. *Journal of pediatric nursing*, 31(5), e313-e322.

Niu, J. F., Zhao, X. F., Hu, H. T., Wang, J. J., Liu, Y. L., & Lu, D. H. (2019). Should acupuncture, biofeedback, massage, Qi gong, relaxation therapy, device-guided breathing, yoga and tai chi be used to reduce blood pressure?: recommendations based on high-quality systematic reviews. *Complementary therapies in medicine*, 42, 322-331.

Sarris, J., & Byrne, G. J. (2011). A systematic review of insomnia and complementary medicine. *Sleep medicine reviews*, 15(2), 99-106.

Tsitsi, T., Raftopoulos, V., Papastavrou, E., & Charalambous, A. (2014). Complementary and alternative medical interventions for the management of anxiety in parents of children who are hospitalized and suffer from a malignancy: a systematic review of RCTs. *European Journal of Integrative Medicine*, 6(1), 112-124.

Zhuang, J., Dai, X., Zhang, H., Chen, Y., Cai, H., Jin, Z., ... & Chen, B. (2020). A meta-analysis for Kuanxiong Aerosol on the treatment of angina pectoris. *The American journal of emergency medicine*, 38(6), 1218-1225.

### **Estudios excluidos por no incluir ECAs (k = 9)**

Alves-Silva, J. M., Zuzarte, M., Marques, C., Girão, H., & Salgueiro, L. (2019). Protective effects of phenylpropanoids and phenylpropanoid-rich essential oils on the cardiovascular system. *Mini reviews in medicinal chemistry*, 19(17), 1459-1471.

Campbell, P., Moss, J., Mulder, M., Roach, L., Wilson, N., Jacob, A., & Miles, H. (2020). *The effectiveness of complementary and alternative medicine in the symptom*

### **Estudios excluidos por no incluir ECAs (k = 9)**

- management of pruritus in patients with end-stage kidney disease: a systematic review. *Renal Society of Australasia Journal*, 16(2), 58-68.
- Hawkins, J., Hires, C., Dunne, E., & Baker, C. (2020). The relationship between lavender and tea tree essential oils and pediatric endocrine disorders: a systematic review of the literature. *Complementary therapies in medicine*, 49, 102288.
- Kaur, M., Devi, G., Nagpal, M., Singh, M., Dhingra, G. A., & Aggarwal, G. (2020). Antiviral essential oils incorporated in nanocarriers: Strategy for prevention from COVID-19 and future infectious pandemics. *Pharmaceutical Nanotechnology*, 8(6), 437-451.
- Li, S., Cheng, X., & Wang, C. (2017). A review on traditional uses, phytochemistry, pharmacology, pharmacokinetics and toxicology of the genus *Peganum*. *Journal of Ethnopharmacology*, 203, 127-162.
- Liberato, S. M. D., de Souza, A. J. G., Costa, I. K. F., de Vasconcelos Torres, G., Vitor, A. F., & de Carvalho Lira, A. L. B. (2016). Nursing in the management of pain in people with venous ulcer: integrative review. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(2), 4109-4120.
- Mahboubi, M. (2018). Systematic review: The potency of *Zataria multiflora* Boiss in treatment of vaginal infections. *Infectio*, 22(2), 76-83.
- Taheri, F., Abbaszadeh, S., Valibeik, A., Sattari, E., & Gholami, E. (2019). The most important natural antioxidants and native herbs of Iran used in the nervous system as pre-anesthetics. *Research Journal of Pharmacy and Technology*, 12(3), 1453-1456.
- Widiasih, R., Rais, Y., Fithriyah, N., Damayanti, D., & Puspitasari, N. R. (2021). Intervention for preventing postpartum depression: a systematic review of studies in Indonesia. *British Journal of Midwifery*, 29(7), 410-413.

### **Estudios excluidos por objetivos o medidas de resultado (k = 17)**

- Abd Rashed, A., Abd Rahman, A. Z., & Rathi, D. N. G. (2021). Essential oils as a potential Neuroprotective remedy for age-related neurodegenerative diseases: A review. *Molecules*, 26(4), 1107.
- Ali, B., Al-Wabel, N. A., Shams, S., Ahamad, A., Khan, S. A., & Anwar, F. (2015). Essential oils used in aromatherapy: A systemic review. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, 5(8), 601-611.
- Azimi, H., Fallah-Tafti, M., Karimi-Darmiyan, M., & Abdollahi, M. (2011). A comprehensive review of vaginitis phytotherapy. *Pakistan journal of biological sciences: PJB*, 14(21), 960-966.
- Chen, S., Li, X., Wu, J., Li, J., Xiao, M., Yang, Y., ... & Cheng, Y. (2021). *Plumula Nelumbinis*: A review of traditional uses, phytochemistry, pharmacology, pharmacokinetics and safety. *Journal of Ethnopharmacology*, 266, 113429.
- da Fonsêca, D. V., da Silva Maia Bezerra Filho, C., Lima, T. C., de Almeida, R. N., & de Sousa, D. P. (2019). Anticonvulsant essential oils and their relationship with oxidative stress in epilepsy. *Biomolecules*, 9(12), 835.
- Ezekwe, N., King, M., & Hollinger, J. C. (2020). The use of natural ingredients in the treatment of alopecias with an emphasis on central centrifugal cicatricial alopecia: a systematic review. *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*, 13(8), 23.
- Ferreira, E. D. S., Rosalen, P. L., Benso, B., de Cássia Orlandi Sardi, J., Denny, C., Alves de Sousa, S., ... & Dias de Castro, R. (2021). The Use of Essential Oils and Their

### Estudios excluidos por objetivos o medidas de resultado (k = 17)

- Isolated Compounds for the Treatment of Oral Candidiasis: A Literature Review. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2021.
- Johnson, S. A., Rodriguez, D., & Allred, K. (2020). A systematic review of essential oils and the endocannabinoid system: A connection worthy of further exploration. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2020.
- Kenari, H. M., Kordafshari, G., Moghimi, M., Eghbalian, F., & TaherKhani, D. (2021). Review of Pharmacological Properties and Chemical Constituents of *Pastinaca sativa*. Journal of pharmacopuncture, 24(1), 14.
- Khaledi, A., & Meskini, M. (2020). A systematic review of the effects of *Satureja khuzestanica* Jamzad and *Zataria multiflora* Boiss against *Pseudomonas aeruginosa*. Iranian journal of medical sciences, 45(2), 83.
- Lillehei, A. S., & Halcon, L. L. (2014). A systematic review of the effect of inhaled essential oils on sleep. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 20(6), 441-451.
- Liu, Y., He, Y., Wang, F., Xu, R., Yang, M., Ci, Z., ... & Lin, J. (2021). From longevity grass to contemporary soft gold: Explore the chemical constituents, pharmacology, and toxicology of *Artemisia argyi* H. Lévl. & vaniot essential oil. Journal of Ethnopharmacology, 114404.
- Liu, Y., Liu, J., & Zhang, Y. (2019). Research progress on chemical constituents of *Zingiber officinale* Roscoe. BioMed research international, 2019.
- Neves, J. A., Neves, J. A., & Oliveira, R. D. C. M. (2018). Pharmacological and biotechnological advances with *Rosmarinus officinalis* L. Expert opinion on therapeutic patents, 28(5), 399-413.
- Orchard, A., & van Vuuren, S. (2017). Commercial essential oils as potential antimicrobials to treat skin diseases. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2017.
- Van der Sluijs, M., Van der Sluijs, E., Van der Weijden, F., & Slot, D. E. (2016). The effect on clinical parameters of periodontal inflammation following non-surgical periodontal therapy with ultrasonics and chemotherapeutic cooling solutions: a systematic review. Journal of clinical periodontology, 43(12), 1074-1085.
- Weisfeld, C. C., Turner, J. A., Bowen, J. I., Eissa, R., Roelk, B., Ko, A., ... & Benfield, E. (2021). Dealing with Anxious Patients: An Integrative Review of the Literature on Nonpharmaceutical Interventions to Reduce Anxiety in Patients Undergoing Medical or Dental Procedures. The Journal of Alternative and Complementary Medicine.

## Anexo 5. Características de los estudios incluidos

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
<b>Alopecia areata</b>								
Tkachenko (2019), Estados Unidos	Evaluar la eficacia de diferentes terapias alternativas y complementarias, incluyendo aromaterapia, en personas con alopecia areata	PUBMED, EMBASE Hasta 2018	Personas de cualquier edad con alopecia areata	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Estudios publicados entre 1950 y 2018.</li> <li>ECAs, cohortes prospectivas y retrospectivas y series de casos.</li> <li>Que evalúen Terapias Alternativas y Complementarias</li> <li>En población adulta e infantil con alopecia areata.</li> </ol> <p>Exclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Estudios con animales.</li> </ol>	16 estudios en total: 2 ECAs sobre aromaterapia	Criterios Oxford	Curso de la enfermedad Bienestar psicológico	NO
<b>Cáncer</b>								
Chen (2016), Taiwán	Investigar si la aromaterapia en masaje puede mejorar el dolor en personas con cáncer	PUBMED, Cochrane Library Hasta 2015	Personas con cáncer	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ECAs.</li> <li>En personas con cáncer.</li> <li>Que comparen masaje con aceites esenciales frente a TAU</li> <li>Que informen medias y desviaciones estándar.</li> </ol> <p>Exclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Estudios con animales.</li> </ol>	7 ECAs (3 incluidos en el MA)	Cochrane	Dolor	Sí
Farahani (2019), Irán	Determinar el efecto de la aromaterapia sobre	PUBMED, WEB OF SCIENCE,	Personas con cáncer	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ensayos clínicos (con o sin grupo</li> </ol>	43 estudios en total:	Joanna Briggs Institute	Ansiedad Calidad de vida Depresión	NO

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
	las complicaciones del cáncer	Scopus EMBASE, CENTRAL  Hasta 2019		<p>control), estudios cuasi-experimentales</p> <p>2. Que evalúen los efectos de cualquier forma de aromaterapia.</p> <p>3. En personas con cáncer.</p> <p>Exclusión:</p> <p>4. Estudios de revisión, estudios cualitativos y artículos sin texto completo</p>	31 ECAs sobre aromaterapia		Dolor Fatiga	
Shin (2016), Corea del Sur	Evaluar los efectos del masaje, con o sin aromaterapia, sobre el dolor y otros síntomas asociados al cáncer	CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, PUBMED, SADCCT, WHO ICTRP  Hasta 2015	Personas con cáncer (hospitalizadas o no)	<p>Inclusión:</p> <p>1. ECAs</p> <p>2. Que evalúen el efecto del masaje con o sin aromaterapia.</p> <p>3. Población adulta e infantil con diagnóstico de cáncer, hospitalizadas o en entornos ambulatorios.</p> <p>4. Con resultados sobre dolor, síntomas psicológicos, síntomas físicos (náuseas y vómitos), eventos adversos.</p> <p>Exclusión:</p> <p>5. Estudios cuasi-experimentales, ECNAs, estudios de casos, abstracts o cartas al editor.</p>	19 ECAs (5 incluidos en el MA)	Cochrane	Ansiedad Calidad de vida Depresión Dolor Fatiga Eventos adversos	Sí

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
<b>Cólicos infantiles</b>								
Çetinkaya (2021), Turquía	Evaluar la eficacia de distintas terapias alternativas para el tratamiento de los cólicos infantiles	PUBMED, SCOPUS, WEB OF SCIENCE, Cochrane Library  No se especifica la fecha de búsqueda	Bebés con cólicos infantiles	Inclusión:  1. ECAs 2. Que evalúen terapias alternativas y complementarias. 3. En bebés con cólicos infantiles. 4. Con resultados sobre el tiempo de llanto.	13 estudios en total: 2 ECAs sobre aromaterapia	Cochrane	Tiempo de llanto (Criterios de Wessel)	NO
<b>Cuidados intensivos</b>								
Hu (2015), China	Evaluar la eficacia de diferentes intervenciones no-farmacológicas para la promoción del sueño en personas adultas en cuidados intensivos.	CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, ISI, Web of Science, cam HealthWatch PsycINFO, CBM-disc, CNKI  Hasta 2014	Pacientes hemodinámicamente estables en cuidados intensivos por al menos 24 horas.	Inclusión:  1. ECAs y cuasi-ECAs 2. Que evalúen los efectos de las intervenciones no farmacológicas. 3. En personas adultas, en estado crítico e ingresadas en una unidad de cuidados intensivos. 4. Con resultados sobre calidad del sueño.	30 estudios en total: 1 ECA sobre aromaterapia	Cochrane	<b>Primarias:</b> Medidas objetivas de sueño Duración de la estancia en UCI Mortalidad <b>Secundarias:</b> Efectos adversos Riesgo de delirium Medidas subjetivas de sueño Riesgo de estrés postraumático Satisfacción Medidas económicas	SÍ
Thrane (2019),	Evaluar la eficacia de diferentes terapias	PUBMED, WEB OF SCIENCE,	Personas adultas en	Inclusión:  1. ECAs	32 estudios en total: 3 ECAs sobre	Cochrane	Ansiedad Sueño Estrés	NO

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
Estados Unidos	alternativas, incluyendo aromaterapia, en la mejora de síntomas de personas en cuidados intensivos	Scopus, CINAHL, Education Resources Information Center MEDLINE, PsycInfo  Desde 1997 hasta 2017	cuidados intensivos	2. Que evalúen los efectos de las terapias alternativas. 3. En personas adultas en cuidados intensivos. 4. Escritos en inglés  Exclusión: 5. Estudios realizados fuera del entorno de cuidados intensivos. 6. Estudios con más de una terapia alternativa.	aromaterapia			
<b>Cuidados paliativos</b>								
Candy (2020), Reino Unido	Evaluar la eficacia de la aromaterapia, el masaje o la reflexología, en personas en cuidados paliativos	CENTRAL, EMBASE, PsycINFO, AMED, CINAHL, KoreanMed, ProQuest  Hasta 2018	Personas adultas en cuidados paliativos o con enfermedad terminal.	Inclusión: 1. ECAs 2. Que evalúen los efectos de la aromaterapia, el masaje o la reflexología. 3. En personas adultas en cuidados paliativos. 4. Con resultados sobre ansiedad, dolor, calidad de vida y eventos adversos.  Exclusión: 5. Estudios en población infantil o en personas cuidadoras.	22 estudios en total: 8 ECAs sobre aromaterapia	Cochrane	<b>Primarias:</b> Ansiedad Dolor Calidad de vida Eventos adversos  <b>Secundarias:</b> Señal Estado de ánimo Síntomas físicos	NO

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
Hsu (2019), Taiwán	Investigar la eficacia de la aromaterapia en masaje para la mejora de la ansiedad en personas en cuidados paliativos	PUBMED, Cochrane Library, EMASE, MEDLINE, CINAHL Hasta 2018	Personas en cuidados paliativos	Inclusión: 1. ECAs 2. Que evalúen los efectos de la aromaterapia en masaje, frente al masaje en solitario 3. En personas adultas en cuidados paliativos.	3 ECAs (3 incluidos en el MA)	Cochrane	Ansiedad	Sí
<b>Demencia</b>								
Ball (2020), Reino Unido	Evaluar la efectividad y seguridad de la aromaterapia en personas con demencia	CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, LILACS, ISRCTN, WHO portal, WEB OF SCIENCE Hasta 2020	Personas con diagnóstico de demencia (cualquier subtipo y severidad)	Inclusión: 1. ECAs 2. Que comparen aromaterapia frente a aromaterapia placebo o intervención habitual 3. En personas con demencia	13 ECAs	Cochrane	<b>Primarias:</b> Agitación Síntomas psicológicos y conductuales Efectos adversos  <b>Secundarias:</b> Calidad de vida Estado de ánimo Sueño Cognición AVD Distrés en cuidadores	NO
<b>Diabetes</b>								
Bayat (2020), Iran	Evaluar la eficacia del masaje (con y sin aromaterapia) para el manejo de	PUBMED, Google Scholar, SCOPUS	Personas con diabetes tipo 1 o tipo 2	Inclusión: 1. ECAs 2. Que comparen aromaterapia frente a aromaterapia placebo o	12 estudios en total: 1 ECA sobre aromaterapia	Jadad	Cambios clínicos Calidad de vida Dolor neuropático	NO

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
	las complicaciones de la diabetes	Desde 2000 hasta 2018		intervención habitual 3. En personas con diabetes tipo 1 o tipo 2 4. Con resultados sobre signos, síntomas o complicaciones de la diabetes  Exclusión: 5. Otras intervenciones como reflexología, acupresión, terapia Yumeiho y quiropraxis.				
<b>Enfermedades cardiovasculares</b>								
Hur (2010), Corea del Sur	Evaluar la efectividad de la aromaterapia para el tratamiento de la hipertensión.	MEDLINE, CINAHL, EMBASE, PsycINFO, The Cochrane Library, DBPIA, KoreaMed, CNKI  Hasta 2009	Personas adultas con hipertensión	Inclusión: 1. ECAs y ECNAs (incluyendo tesis y abstracts) 2. Que utilicen aromaterapia, sola o en combinación con otros tratamientos 3. En personas con hipertensión  Exclusión: 4. Estudios que utilicen un comparador sin evidencia científica o que comparen dos tipos de aromaterapia 5. Estudios no controlados, series de casos y estudios de un caso.	5 estudios:  1 ECA 4 ECNAs	Cochrane	Presión sanguínea	NO

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
Turan (2021), Turquía	Evaluar la eficacia de la aromaterapia para la mejora de la ansiedad y las variables hemodinámicas en personas con enfermedades cardiovasculares	CINAHL, CENTRAL, WEB OF SCIENCE, PUBMED, SCOPUS, Science Direct, OVID ProQuest  Desde 2012 hasta 2020	Personas adultas con diagnóstico de hipertensión, enfermedad coronaria, síndrome coronario agudo o fallo cardíaco.	Inclusión: 1. ECAs 2. Que comparen aromaterapia frente a aromaterapia placebo o intervención habitual 3. En personas adultas con hipertensión, enfermedad coronaria, síndrome coronario agudo o fallo cardíaco 4. Con resultados sobre ansiedad y variables hemodinámicas.  Exclusión: 5. Con resultados sobre signos, síntomas o complicaciones de la diabetes.	12 ECAs	Cochrane	<b>Primaria:</b> Ansiedad  <b>Secundarias:</b> Presión sanguínea Ritmo cardíaco Frecuencia respiratoria	Sí
<b>Enfermedades reumatológicas</b>								
Barao-Paixao (2021), Brasil	Evaluar el papel de los aceites esenciales en el tratamiento de enfermedades reumáticas	MEDLINE, WEB OF SCIENCE, Scielo, LILACS  Hasta 2020	Personas con enfermedades reumáticas (artrosis, artritis reumatoide y fibromialgia)	Inclusión: 1. Investigaciones publicadas 2. Que evalúen la aplicación tópica o inhalada de los aceites esenciales 3. En enfermedades reumáticas	12 estudios en total: 9 ECAs 2 ECNAs 1 cuestionario	No evalúan el riesgo de sesgo	Dolor Funcionalidad Fatiga Depresión Uso de analgésicos	NO
<b>Hemodiálisis</b>								
Bouya (2019), Irán	Sintetizar el efecto de la aromaterapia sobre la fatiga en personas en tratamiento con hemodiálisis	PUBMED, Google Scholar, WEB OF SCIENCE, CINAHL, EMBASE, SCOPUS	Personas en tratamiento con hemodiálisis	Inclusión: 1. Ensayos clínicos (controlados o no) y estudios cuasi-experimentales 2. Que investiguen el efecto de la aromaterapia en personas en hemodiálisis 3. Con resultados sobre fatiga, estrés,	22 estudios en total: 15 ECAs 6 estudios pre-post 1 ensayo clínico	Cochrane	Ansiedad Depresión Estrés Fatiga Dolor Calidad del sueño Cefalea	NO

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
		Hasta 2017		<p>dolor, depresión, ansiedad, calidad del sueño, prurito, cefalea y calidad de vida.</p> <p>Exclusión:</p> <p>4. Revisiones, estudios de caso, series de casos, cartas al editor y estudios descriptivos.</p>				
Yangoz (2021), Turquía	Evaluar la eficacia de la aromaterapia para la reducción de la fatiga en pacientes en hemodiálisis	WEB OF SCIENCE, SCOPUS, Science Direct, Springerlink, The networked digital library of theses & dissertations, OVID, CINAL, PUBMED, Proquest, Cochrane Library, The Council of Higher Education National, Thesis Center, ULAKBIM Hasta 2020	Personas adultas en hemodiálisis por al menos 3 meses y con síntomas de fatiga	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ECAs publicados en inglés</li> <li>2. Que comparen el uso de aromaterapia con tratamiento habitual, no intervención u otra intervención que no incluya aceites esenciales.</li> <li>3. En personas adultas que hayan recibido al menos 3 meses de hemodiálisis.</li> <li>4. Con resultados sobre la intensidad de la fatiga</li> </ol> <p>Exclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Estudios que comparen dos intervenciones de aromaterapia sin un grupo control.</li> <li>6. Estudios que no midan fatiga.</li> <li>7. Estudios no aleatorizados, observacionales, abstracts, revisiones, comentarios, estudios de casos, editoriales.</li> <li>8. Estudios no publicados en inglés.</li> </ol>	8 ECAs (8 incluidos en el MA)	Cochrane	Fatiga	Sí
<b>Infecciones tópicas</b>								
Deyno (2019), Uganda	Evaluar la eficacia y seguridad de los	Cochrane Library,	Personas con infecciones	Inclusión:	18 estudios en total:	Cochrane	Reducción del acné	Sí

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
	aceites esenciales en el tratamiento de distintas infecciones tópicas.	PUBMED, EMBASE, WEB OF SCIENCE, SCOPUS  Hasta 2018	cutáneas	1. Ensayos clínicos (paralelos o cruzados) 2. Que investiguen la efectividad de los aceites esenciales en el tratamiento de las infecciones tópicas.  Exclusión: 3. Problemas de la piel no infecciosos. 4. Estudios con enjuagues bucales.	ECAs, ECNAs y estudios prospectivos		Descolonización de MRSA Infección fúngica	
<b>Insomnio y otros trastornos de sueño</b>								
Cheong (2021), Corea del Sur	Evaluar la efectividad de la aromaterapia inhalada para el tratamiento de los problemas de sueño como el insomnio	OASIS, KISS, RISS, KMbase, KCI, MEDLINE, EMBASE, AMED, CINAHL, CENTRAL  No se especifica la fecha de búsqueda	Personas con diagnóstico de insomnio y/o problemas de sueño no diagnosticados	Inclusión: 1. ECAs 2. Que evalúen la eficacia de la aromaterapia inhalada 3. En personas con problemas del sueño (con y sin diagnóstico clínico). 4. Con resultados sobre calidad y cantidad del sueño, depresión, ansiedad, estrés y fatiga.	34 ECAs (34 incluidos en el MA)	Cochrane	<b>Primaria:</b> Calidad del sueño  <b>Secundarias:</b> Depresión Estrés Ansiedad Fatiga	Sí
Tang (2021), China	Evaluar la efectividad de la aromaterapia para el tratamiento del insomnio	PUBMED, WEB OF SCIENCE, ScienceDirect OVID, Clinical Key, CNKI, CBM, VIP  Hasta 2020	Personas con diagnóstico de insomnio (agudo o crónico, primario o secundario)	Inclusión: 1. ECAs 2. Que evalúen la eficacia de la aromaterapia frente a placebo o no intervención 3. En personas con insomnio. 4. Con resultados sobre calidad del sueño evaluada por medio del PSQI	16 ECAs (16 incluidos en el MA)	Jadad	Calidad del sueño	Sí

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
<b>Menopausia</b>								
Babakhanian (2018), Irán	Evaluar la eficacia de la aromaterapia en masaje en la mejora de los síntomas psicológicos en mujeres post-menopáusicas	MEDLINE, SCOPUS, Cochrane Library  Hasta 2018	Mujeres en periodo de post-menopausia	Inclusión: 1. ECAs 2. Que evalúen la eficacia de la aromaterapia en masaje frente a placebo o grupo control sin aromaterapia. 3. En mujeres post-menopáusicas 4. Que reporten resultados sobre al menos un síntoma psicológico como ansiedad o depresión.	4 ECAs (3 incluidos en MA)	Cochrane	Síntomas psicológicos (ansiedad y depresión)	Sí
Khadivzadeh (2018), Irán	Evaluar la eficacia de la aromaterapia en masaje sobre la función sexual de mujeres post-menopáusicas	MEDLINE, SCOPUS, Cochrane Library  Hasta 2017	Mujeres en periodo de post-menopausia	Inclusión: 1. ECAs 2. Que evalúen la eficacia de la aromaterapia 3. En mujeres post-menopáusicas 4. Que reporten resultados sobre función sexual	3 ECAs (3 incluidos en el MA)	Cochrane	Función sexual	Sí
Lee (2021), Corea del Sur	Evaluar la eficacia de la aromaterapia sobre el manejo de los síntomas de la menopausia	MEDLINE, EBSCO, CENTRAL, CINAHL, AMED, KISS, RISS, OASIS, KM base, DBpia, Koreamed  Hasta 2020	Mujeres en periodo de post-menopausia	Inclusión: 1. ECAs 2. Que evalúen la eficacia de la aromaterapia frente a placebo 3. En mujeres post-menopáusicas. 4. Que reporten resultados sobre síntomas de la menopausia, función sexual y eventos adversos.	7 ECAs en 9 referencias	Cochrane	Síntomas de la menopausia Deseo sexual Calidad del sueño Efectos adversos	Sí
Salehi-Pourmehr (2020), Irán	Evaluar la eficacia de la aromaterapia con lavanda sobre los síntomas físicos	Cochrane Library, MEDLINE, OVID,	Mujeres de entre 45-65 años con al menos un año de amenorrea	Inclusión: 1. ECAs, estudios no controlados, estudios cuasi-experimentales	16 estudios (8 incluidos en el MA)	Cochrane	Síntomas de la menopausia Calidad de vida Calidad del	Sí

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
	y psicológicos de la menopausia	EMBASE, SCOPUS, ProQuest, WEB OF SCIENCE, Google Scholar  Hasta 2020		2. Que evalúen la eficacia de la aromaterapia inhalada o en masaje frente a placebo o no intervención 3. En mujeres post-menopáusicas de entre 45 y 65 años 4. Que reporten resultados sobre síntomas de la menopausia, calidad de vida, calidad del sueño, sofocos, deseo y función sexual, ansiedad, depresión, presión sanguínea y eventos adversos.  Exclusión: 5. Revisiones, estudios con animales, estudios observacionales, protocolos, 6. Estudios que no utilicen aceite esencial de lavanda 7. Estudios en mujeres mayores de 65 años.	12 ECAs 2 cuasi-experimentales 2 estudios no controlados		sueño Sofocos Deseo sexual Función sexual Ansiedad Depresión Presión sanguínea Eventos adversos	
<b>Obstetricia</b>								
Chen (2019), Taiwán	Evaluar la eficacia de la aromaterapia en el manejo del dolor del parto	PUBMED, EMBASE, CENTRAL, Google Scholar, Clinical Trials  Hasta 2018	Mujeres con embarazo a término completo	Inclusión: 1. ECAs 2. Que evalúen la efectividad de la aromaterapia 3. En mujeres con embarazo a término en espera para el parto 4. Que reporten resultados sobre dolor o duración del parto  Exclusión: 5. Aromaterapia junto a otro tratamiento auxiliar sin controlar por su efecto adicional 6. Intervenciones no farmacológicas que incluyan aromaterapia junto a	17 ECAs (17 incluidos en el MA)	Cochrane	<b>Primarias:</b> Dolor Duración del parto  <b>Secundarias:</b> Incidencia de cesárea de emergencia Eventos adversos	Sí

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
				<p>otros métodos en el grupo intervención</p> <p>7. Estudios sin abstract en inglés o cuyos datos no pueden ser confirmados tras contactar con autores.</p>				
Di Vito (2020), Italia	Evaluar la eficacia de la aromaterapia en el campo de obstetricia	EMBASE, MEDLINE, BIOSIS, Toxocenter, PUBMED, Google Scholar  Desde 2004 hasta 2020	Mujeres embarazadas	<p>Inclusión:</p> <p>1. Estudios sobre el uso de aceites esenciales durante el embarazo.</p>	ECAs	Criterios específicos	Ansiedad Depresión Estrés Dolor Náuseas y vómitos	Sí
Hu (2021), China	Compara la eficacia y seguridad de diferentes intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor del parto	PUBMED, EMBASE, Cochrane Library, PsycINFO, CINAHL, Wanfang Data, CNKI  Hasta 2020	Mujeres con embarazo a término completo, mayores de 18 años sin contraindicaciones para parto vaginal	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ECAs</li> <li>2. Que evalúen la efectividad de intervenciones no farmacológicas, frente a placebo, tratamiento habitual u otra intervención diferente a la del grupo experimental</li> <li>3. En mujeres con embarazo a término en espera para el parto vaginal</li> <li>4. Que reporten resultados sobre dolor en el parto</li> </ol> <p>Exclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Estudios que comparen diferentes acercamientos a una misma intervención</li> </ol>	43 estudios en total: 3 ECAs sobre aromaterapia	Cochrane	Dolor en el parto	Sí <sup>a</sup>
Kazemnia (2020), Irán	Evaluar la eficacia de la aromaterapia con lavanda para el manejo del dolor	SID, MagIran, IranMedex, IranDoc,	Mujeres embarazadas	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ECAs</li> <li>2. Con texto-completo disponibles</li> </ol>	13 ECAs (13 incluidos en el MA)	CONSORT	Dolor en el parto	Sí

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
	del parto en el parto	Google Scholar, Cochrane Library, EMBASE, ScienceDirect SCOPUS, PUBMED, WEB OF SCIENCE  Desde 2006 hasta 2019		3. Que evalúen la asociación entre el uso de lavanda y el dolor en el parto.				
Liao (2020), Taiwán	Evaluar la eficacia de la aromaterapia para el manejo del dolor y la ansiedad durante el parto	MEDLINE, Cochrane Library, CENTRAL, SCOPUS  Hasta enero de 2019	Nulíparas en la primera etapa del parto, con embarazo a término y presentación cefálica	Inclusión:  1. ECAs 2. Que evalúen la efectividad de la aromaterapia sobre el alivio del dolor del parto y la ansiedad 3. En nulíparas en la primera etapa del parto, con embarazo a término y presentación cefálica  Exclusión  4. Embarazos de alto riesgo 5. Literatura gris 6. Personas que abandonan los ensayos clínicos por cualquier razón.	9 ECAs (9 incluidos en el MA)	Cochrane	Dolor en el parto Ansiedad durante el parto APGAR	Sí
Ozgoli (2018), Irán	Evaluar la eficacia de la medicina complementaria sobre las náuseas y vómitos en el embarazo	MedLib, Magiran, Iran Medex, SID, SCOPUS, PUBMED, Google Scholar	Mujeres embarazadas, saludables y sin historia de problemas gastrointestinales	Inclusión:  1. ECAs 2. Que evalúen la eficacia de las terapias alternativas y complementarias, frente a placebo o tratamiento habitual 3. En mujeres embarazadas sin historia de trastornos	21 ECAs	Jadad	Náuseas y vómitos Efectos adversos	NO

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
		Desde el 2000 hasta el 2015		gastrointestinales 4. Que reporten náuseas y vómitos como resultado				
Samuelson (2020), Estados Unidos	Evaluar la eficacia del aceite esencial de lavanda para la cicatrización de heridas	EMBASE, PUBMED, Cochrane Library  No se especifica la fecha de búsqueda	Personas con heridas, incluyendo episiotomía	Inclusión:  1. Estudios que evalúen el aceite esencial de lavanda para la cicatrización de heridas.	20 estudios en total: Revisiones, ensayos clínicos, ensayos en animales, estudios in vitro  4 ECAs sobre aromaterapia	Cochrane	Dolor post-episiotomía REEDA	NO
Shaterian (2021), Irán	Evaluar el efecto de la aromaterapia sobre el alivio del dolor del parto y las puntuaciones APGAR	WEB OF SCIENCE, PUBMED, EMBASE, SCOPUS, Cochrane Library, ProQuest, Clinical trials, Google Scholar  Desde 2007 hasta 2021	Mujeres saludables, embarazadas, sin embarazo múltiple y con presentación cefálica	Inclusión:  2. ECAs, ECNAs y estudios cuasi-experimentales 3. Que utilicen aromaterapia y midan dilatación del cuello uterino 4. En mujeres embarazadas, con buen estado de salud, sin embarazo múltiple y con presentación cefálica 5. Que reporten resultados sobre dolor, duración del parto y puntuaciones APGAR	27 estudios en total (27 incluidos en MA):  21 ECAs 1 ECNA 5 cuasi-experimentales	Cochrane	Dolor en el parto APGAR	Sí
Tabatabaei ehr (2020), Irán	Evaluar la eficacia de la aromaterapia para el manejo del dolor y la ansiedad durante el parto	PUBMED, SCOPUS, WEB OF SCIENCE, Google Scholar, SID  Hasta 2019	Sin restricciones	Inclusión:  1. Ensayos clínicos, completos, revisados por pares 2. Que evalúen los efectos de la aromaterapia sobre el dolor y la ansiedad en el parto.  Exclusión:	33 ensayos clínicos	Cochrane	Dolor en el parto Ansiedad durante el parto	NO

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
				3. Estudios con alto riesgo de sesgo 4. Estudios en los que el efecto de la aromaterapia durante el parto no era la medida de resultado principal				
Tsai (2019), Taiwán	Evaluar el efecto de la aromaterapia sobre la salud psicológica y fisiológica en el post-parto	Taiwan Journal Index, Chinese Electronic Periodicals Services, Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature, Cochrane Library, PUBMED, Social Sciences Citation Index  Hasta 2018	Mujeres en el periodo post-parto	Inclusión: 1. ECAs 2. Publicados en inglés o chino 3. Que evalúen el efecto de la aromaterapia sobre salud física y mental en el post-parto  Exclusión: 4. Estudios con terapias combinadas, estudios de un caso, series de casos, estudios descriptivos, cartas al editor y revisiones.	15 ECAs (15 incluidos en MA)	Dominios desarrollados para esta RS	Fisuras en el pezón Dolor post-episiotomía Dolor post-cesárea Náuseas post-cesárea Calidad del sueño Medidas psicológicas	NO
Zimpel (2020), Brasil	Evaluar la eficacia de la medicina complementaria para el manejo del dolor post-cesárea	LILACS, PEDro, CAMbase, Clinical trials, ICTRP  Hasta 2019	Mujeres en el periodo post-parto tras cesárea	Inclusión: 1. ECAs y cuasi-ECAs 2. Que comparen terapias alternativas y complementarias frente a otros tratamientos, placebo o no intervención 3. En el manejo del dolor post-cesárea.  Exclusión: 4. Estudios cruzados y estudios en los que solo esté disponible el abstract	37 estudios en total: 4 ECAs sobre aromaterapia (4 incluidos en los MA)	Cochrane	<b>Primarias:</b> Dolor Efectos adversos  <b>Secundarias:</b> Signos vitales Analgésicos de rescate Dolor tras el alta Satisfacción Lactancia tras el alta	Sí

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
							Interacción con el bebé Posibilidad de caminar Duración de la hospitalización	
<b>Pediculosis (infestación por piojos)</b>								
Burgess (2015), Reino Unido	Evaluar la eficacia y seguridad de los aceites esenciales para la eliminación de piojos	MEDLINE, EMBASE, Cochrane Library  Hasta 2014	Personas con piojos	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ECAs y RS de ECAs</li> <li>2. Publicados en inglés</li> <li>3. Al menos simple ciego</li> <li>4. Con un mínimo de 20 participantes (10 por brazo)</li> <li>5. Con menos del 20% de pérdidas en el seguimiento</li> </ol> <p>Exclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Ensayos abiertos.</li> </ol>	3 ECAs (1 sobre aromaterapia)	Cochrane GRADE	Erradicación de piojos Eventos adversos	NO
<b>Procedimientos médico-quirúrgicos y odontológicos</b>								
Abdelhakim (2020), Egipto	Evaluar la eficacia de la aromaterapia inhalada en personas sometidas a cirugías cardiovasculares	PUBMED, Cochrane Library, SCOPUS, WEB OF SCIENCE  Hasta 2019	Personas sometidas a cualquier tipo de cirugía cardiovascular	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ECAs</li> <li>2. Que evalúen el efecto de la aromaterapia inhalada frente a placebo o una intervención que no incluya aromaterapia</li> <li>3. En personas sometidas a cirugías cardiovasculares</li> <li>4. Que reporten resultados sobre ansiedad, dolor, estrés y signos vitales</li> </ol> <p>Exclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Estudios in vitro y estudios en</li> </ol>	9 ECAs (9 incluidos en los MA)	Cochrane	Ansiedad Dolor Estrés Signos vitales	Sí

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
				animales. 6. Ensayos no aleatorizados 7. Abstracts y estudios en los que los datos no sean fiables para la extracción y análisis 8. Estudios no publicados y literatura gris				
Biddiss (2014), Canadá	Evaluar diferentes estrategias para reducir la ansiedad en personas en salas de espera de centros sanitarios	ISI, PUBMED, PsycINFO, EMBASE, CINAHL, MEDLINE  Hasta 2013	Personas en salas de espera de centros sanitarios	Inclusión: 1. ECAs y ECNAs 2. Que evalúen ansiedad 3. Con intervenciones específicamente diseñadas para mejorar la experiencia de las personas en salas de espera.  Exclusión: 4. Reducción de tiempos de espera. 5. Espera en entornos no sanitarios. 6. Sin estrategias específicas para las salas de espera. 7. Estrategias para la reducción de la ansiedad o el dolor durante una intervención. 8. Masaje, acupuntura, hipnosis o juego terapéutico guiado.	ECAs y ECNAs 41 estudios en total: 6 estudios sobre aromaterapia	PEDRo score	Ansiedad pre-procedimental	NO
Cai (2020), China	Evaluar la eficacia de la aromaterapia para la reducción de la ansiedad dental	PUBMED, EMBASE, CDSR, CENTRAL, CNKI  Hasta 2020	Cualquier participante que vaya a someterse a un procedimiento dental	Inclusión: 1. ECAs y ECNAs 2. Que comparen el efecto de la aromaterapia, frente a un control negativo o a un grupo tratado con una intervención diferente a la aromaterapia 3. En personas que van a ser sometidas a procedimientos de salud dental 4. Que reporten resultados sobre	17 estudios en total:  10 ECAs 7 ECNAs	Cochrane	Ansiedad (medida fisiológica) Ansiedad (escala) Dolor Humor, alerta y calma Efectos adversos	NO

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
				efectos fisiológicos y psicológicos				
Dimitriou (2017), Grecia	Evaluar el efecto de la aromaterapia sobre el dolor postoperatorio	PUBMED, Cochrane Library Hasta 2015	Personas sometidas a cualquier tipo de cirugía	Inclusión: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ECAs</li> <li>2. Que comparen aromaterapia inhalada o en masaje usando un único aceite esencial</li> <li>3. En personas que presentan dolor tras un procedimiento quirúrgico</li> <li>4. Que reporten resultados relacionados con la intensidad del dolor</li> </ol> Exclusión: <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Revisiones, estudios observacionales y estudios de un caso.</li> <li>6. Publicaciones escritas en un idioma distinto al inglés</li> <li>7. Estudios en animales</li> <li>8. Estudios que evalúen el efecto de la aromaterapia sobre otras medidas pre-quirúrgicas como las náuseas, los vómitos o la ansiedad pre-quirúrgica.</li> </ol>	9 ECAs	Jadad	Dolor	NO
Goldsworthy (2020), Reino Unido	Evaluar la efectividad de intervenciones para la comodidad de personas sometidas a procedimientos que requieren inmovilización	AMED, CINAHL, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO Desde 2000 hasta 2019	Personas sometidas a procedimientos que requieren inmovilización	Inclusión: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ECAs y ECNAs</li> <li>2. Que evalúen intervenciones para la comodidad de personas sometidas a procedimientos que requieren inmovilización</li> <li>3. En comparación con el tratamiento habitual u otra intervención</li> <li>4. En personas adultas</li> </ol>	46 estudios: 5 ECAs sobre aromaterapia	Cochrane	Ansiedad	NO
Guo (2020), Reino Unido	Evaluar la efectividad de la	PUBMED, EMBASE,	Personas adultas	Inclusión:	20 ECAs (18 incluidos en	Cochrane	Ansiedad pre-operatoria	Sí

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
	aromaterapia sobre la ansiedad preoperatoria	Cochrane Library, WEB OF SCIENCE, PsycINFO, CINAHL  Hasta 2020	sometidas a cualquier tipo de cirugía	1. ECAs 2. Que comparen aromaterapia frente a un grupo activo (placebo u otra intervención) o pasivo (tratamiento habitual, no intervención o lista de espera). 3. En personas adultas en espera de iniciar un procedimiento quirúrgico 4. Que reporten resultados sobre ansiedad pre-procedimental  Exclusión: 5. Personas con trastorno de ansiedad generalizada u otros problemas de salud mental graves 6. Estudios que comparen distintas concentraciones de un mismo aceite 7. Estudios que no evalúen ansiedad pre-procedimental 8. Estudios de un solo grupo, estudios de un caso, cohortes, estudios cualitativos, revisiones, abstracts y protocolos.	MA)			
Hines (2018), Australia	Evaluar la efectividad y seguridad de la aromaterapia para la prevención de náuseas y vómitos postoperatorios	CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PUBMED, Meditext, LILACS, WEB OF SCIENCE  Hasta 2017	Personas sometidas a cualquier tipo de intervención quirúrgica	Inclusión: 1. ECAs y ECNAs 2. Que comparen aromaterapia frente placebo o tratamiento habitual con antieméticos para la reducción de las náuseas y vómitos. 3. En personas de cualquier edad sometidas a procedimientos quirúrgicos bajo anestesia o sedación.  Exclusión: 4. Participantes no quirúrgicos	16 ECAs (16 incluidos en MA)	Cochrane	<b>Primarias:</b> Severidad de las náuseas y vómitos Duración de las náuseas y vómitos  <b>Secundarias:</b> Uso de fármacos antieméticos Efectos adversos Satisfacción	Sí

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
				(médicos u oncológicos). 5. Estudios en los que la aromaterapia se emplee para la prevención de las náuseas y vómitos.				
<b>Quemaduras</b>								
Choi (2018), Corea del Sur	Evaluar la eficacia de la aromaterapia para la reducción del dolor en personas con quemaduras	AMED, CINAHL, EMBASE, MEDLINE, CENTRAL, Korea Med, OASIS, DBPIA, KM, RISS, KISS, SID, Iran Doc, MagIran, IranMedex  Hasta 2017	Personas de cualquier edad, género o etnia, que hayan sufrido quemaduras, independientemente de la gravedad	Inclusión:  1. ECAs 2. Que comparen aromaterapia frente a cualquier comparador (incluyendo placebo, otra intervención, tratamiento habitual y no tratamiento) 3. En personas de cualquier edad, género y etnia, que hayan sufrido quemaduras. 4. Que reporten resultados sobre dolor, estrés, ansiedad, depresión o eventos adversos.  Exclusión:  5. Cuasi-ECAs, ECNAs, estudios observacionales, estudios de un caso, abstracts o cartas al editor. 6. Estudios comparando dos o más tipos de aromaterapia.	4 ECAs	Cochrane	Dolor Ansiedad Depresión Eventos adversos	NO

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
Fardin (2020), Irán	Evaluar la eficacia de distintas intervenciones no-farmacológicas para la reducción de la ansiedad en personas con quemaduras	PUBMED, WEB OF SCIENCE, SCOPUS, Cochrane Library, Google Scholar  Hasta 2019	Personas adultas con quemaduras	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ECAs</li> <li>2. Que comparen intervenciones no farmacológicas frente a tratamiento habitual o cualquier intervención diferente a la del grupo intervención</li> <li>3. En personas que hayan sufrido quemaduras.</li> <li>4. Que reporten datos sobre ansiedad.</li> </ol> <p>Exclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Ensayos que usen de forma combinada fármacos y terapias no farmacológicas.</li> <li>6. Estudios en población infantil</li> <li>7. Estudios sin texto completo disponible</li> </ol>	21 ECAs en total: 3 ECAs sobre aromaterapia (3 incluidos en MA)	Cochrane	Ansiedad	Sí
<b>Salud dental</b>								
Araujo (2015), Estados Unidos	Evaluar la eficacia de los enjuagues bucales con aceites esenciales adjuntos a los métodos manuales para la reducción de la placa y la gingivitis	NI	Adultos con niveles medios-moderados de inflamación de las encías y placa dental, con o sin signos de periodontitis.	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ECAs (publicados o no) de Johnson &amp; Johnson</li> <li>2. Que evalúen el efecto antiplaca y antigingivitis de los enjuagues bucales con aceites esenciales adjuntos a la higiene oral manual.</li> </ol>	29 ECAs (29 incluidos en MA)	Cochrane	<p><b>Primaria:</b> Salud dental (sí/no)</p> <p><b>Secundarias:</b> Cambio en el índice de gingivitis Libre de placa (sí/no) Cambio en el índice de placa</p>	Sí

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
Escribano (2016), España	Comparar la eficacia de diferentes agentes químicos, incluyendo aceites esenciales, en la reducción de la placa.	PUBMED Hasta 2016	Personas adultas con diagnóstico de gingivitis	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ECAs con al menos 6 meses de seguimiento</li> <li>2. Que evalúe la eficacia de enjuagues, dentífricos y geles, como complemento de la higiene bucal manual</li> <li>3. En pacientes sistémicamente sanos, pero con cierto grado de gingivitis al inicio del estudio</li> <li>4. Que reporten resultados sobre índice de placa</li> </ol> <p>Exclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Personas con ortodoncia, prótesis fijas o removibles, pacientes con medicación que pueda afectar a la gingivitis, pacientes con periodontitis no tratada o no controlada.</li> <li>6. Personas no sistémicamente sanas.</li> <li>7. Falta de transitividad</li> </ol>	83 ECAs	Cochrane	Índice de placa	Sí <sup>a</sup>
Figuro (2019), España	Evaluar la eficacia de diferentes productos de higiene bucal, incluyendo aceites esenciales, sobre los cambios en la reducción de la placa, la gingivitis y el sangrado de encías.	PUBMED Hasta 2019	Personas adultas con diagnóstico de gingivitis	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ECAs con al menos 6 meses de seguimiento</li> <li>2. Que evalúe la eficacia de enjuagues, dentífricos y geles, como complemento de la higiene bucal manual</li> <li>3. En pacientes sistémicamente sanos, pero con cierto grado de gingivitis al inicio del estudio</li> <li>4. Que reporten resultados sobre índice de gingivitis o sangrado</li> </ol> <p>Exclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Personas con ortodoncia, prótesis</li> </ol>	53 ECAs	Cochrane	Índice de gingivitis Sangrado de encías	Sí <sup>a</sup>

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
				<p>fijas o removibles, pacientes con medicación que pueda afectar a la gingivitis, pacientes con periodontitis no tratada o no controlada.</p> <p>6. Estudios que no tuvieran un grupo de control con placebo.</p> <p>7. Estudios que incluyeran solo población joven o anciana.</p>				
Freires (2015), Brasil	Discutir la actividad antibacteriana de los aceites esenciales para evaluar su posible aplicabilidad en formulaciones dentales novedosas.	SCOPUS, WEB OF SCIENCE, MEDLINE, SciELO, LILACS, Cochrane Library, Google Scholar Hasta 2014	Cualquiera	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estudios in vitro, in situ, in vivo y ECAs</li> <li>2. Escritos en inglés, español o portugués.</li> <li>3. Que evalúen la actividad de los aceites esenciales contra los microorganismos involucrados en la etiología y progresión de las caries dentales.</li> </ol>	24 estudios en total: 21 estudios in vitro 3 ECAs	Jadad	Reducción de la placa	NO
Haas (2016), Brasil	Evaluar la eficacia de los aceites esenciales como complemento del control mecánico de la placa en la reducción de la placa y la gingivitis	MEDLINE, EMBASE, LILACS, SCOPUS Hasta 2016	Personas adultas con diagnóstico de gingivitis	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ECAs</li> <li>2. Que comparen el uso de enjuagues con aceites esenciales junto al control mecánico de la placa, frente a placebo o cloruro de cetilpiridinio.</li> <li>3. En personas con gingivitis</li> <li>4. Que reporten datos sobre placa o gingivitis</li> </ol> <p>Exclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Participantes con periodontitis</li> <li>6. Modelos experimentales</li> <li>7. Participantes con ortodancia</li> </ol>	16 ECAs	Cochrane	Reducción de la placa Gingivitis	Sí

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
Javed (2012), Estados Unidos	Evaluar el impacto de los dentífricos con aceites esenciales en la salud periodontal.	MEDLINE Google Scholar Cochrane Library  Hasta 2010	Cualquiera	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estudios originales: ECAs, estudios experimentales.</li> <li>2. Que comparen el uso de dentífricos con aceites esenciales frente a dentífricos sin aceites esenciales</li> <li>3. Publicados en inglés</li> </ol> <p>Exclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Cartas al editor, revisiones y artículos no publicados.</li> </ol>	20 ECAs (18 clínicos y 2 experimentales)	No evalúan sesgo	Inflamación periodontal Patógenos periodontales	NO
Van Leeuwen (2011), Países Bajos	Evaluar la eficacia de los enjuagues bucales con aceites esenciales para la reducción de la placa y la gingivitis	PUBMED CENTRAL  Hasta 2010	Personas mayores de 16 años sin trastornos sistémicos	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ECAs o ECNAs</li> <li>2. Que comparen enjuagues bucales con aceites esenciales frente a enjuagues bucales con clorhexidina</li> <li>3. En personas mayores de 16 años, sistémicamente sanas</li> </ol> <p>Que reporten datos sobre placa, manchas, cálculos, sangrados y gingivitis</p>	19 ECAs	Combinación de criterios (Cochrane, Jadad...).	Placa Gingivitis Sangrado	Sí
Van Leeuwen (2014), Países Bajos	Evaluar la eficacia de los enjuagues bucales con aceites esenciales para la reducción de la placa y la gingivitis	PUBMED CENTRAL EMBASE  Hasta 2013	Personas mayores de 18 años con gingivitis y sin trastornos sistémicos	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ECAs o ECNAs</li> <li>2. Que comparen enjuagues bucales con aceites esenciales frente a soluciones hidroalcohólicas o controles basados en agua.</li> <li>3. En personas mayores de 18 años, sistémicamente sanas</li> <li>4. Que reporten datos sobre placa y gingivitis</li> </ol>	5 ECAs (4 incluidos en MA)	Criterios ad-hoc	Placa Gingivitis	Sí
<b>Síndrome del intestino irritable</b>								

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
Hawrelak (2020), Australia	Evaluar la eficacia de terapias herbales occidentales para el tratamiento del SII	MEDLINE EMBASE CINAHL AMED GreenFILE Health Source: Nursing / Academic Edition Cochrane Library  Hasta 2017	Personas con SII	Inclusión:  1. ECAs 2. Que comparen la eficacia de las terapias herbales occidentales, frente a placebo.	33 estudios en total: 18 ECAs sobre aromaterapia	Cochrane	Síntomas del SII Dolor abdominal	Sí
<b>Trastornos de ansiedad</b>								
von Kanel (2021), Suiza	Examinar los efectos terapéuticos de Silexan® sobre los síntomas somáticos de personas con trastornos de ansiedad.	Estudios previamente identificados + PUBMED  Hasta 2019	Personas con trastornos de ansiedad	Inclusión:  1. ECAs previamente identificados 2. Que comparen la eficacia de Silexan® 80 mg/día frente a placebo 3. En personas con trastornos de ansiedad 4. En personas mayores de 16 años, sistémicamente sanas	5 ECAs (5 incluidos en MA)	Cochrane	Ansiedad Síntomas físicos Calidad de vida	Sí
Yap (2019), Malasia	Estimar el efecto ansiolítico del aceite esencial de lavanda administrado por vía oral (Silexan®)	EMBASE, MEDLINE, Cochrane, PUBMED, AMED, PsycINFO, SCOPUS, EBSCOHost  Hasta 2019	Personas con trastornos de ansiedad	Inclusión:  1. ECAs 2. Que comparen la eficacia de la lavanda administrada por vía oral, frente a placebo u otro producto medicinal 3. En personas con trastornos de ansiedad 4. Que reporten resultados sobre ansiedad (HAMA).	5 ECAs (5 incluidos en MA)	Cochrane	Ansiedad	Sí <sup>a</sup>

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
<b>Trastornos menstruales</b>								
Es-haghee (2020), Irán	Evaluar los efectos de la aromaterapia sobre los síntomas del síndrome premenstrual	PUBMED, SCOPUS, Cochrane Library  Hasta 2020	Mujeres con síndrome premenstrual	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ECAs</li> <li>2. Que evalúen el efecto de la aromaterapia sobre los síntomas premenstruales</li> <li>3. Que reporten medias y desviaciones típicas.</li> </ol> <p>Exclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Estudios que utilicen aromaterapia en combinación con otros acercamientos, a menos que el grupo de control también los reciba.</li> </ol>	7 ECAs	Cochrane	<p>Síntomas premenstruales</p> <p>Psicológicos: Ansiedad, depresión y confusión Físicos: fatiga</p>	Sí
Lee (2018), Corea del Sur	Evaluar la eficacia de la aromaterapia en el manejo del dolor en la dismenorrea primaria	PUBMED, AMED, EMBASE, Cochrane Library, Korean Studies Information, DBPIA, Oriental Medicine Advanced Searching Integrated System, Research Information Service System, KoreaMed, Town Society of Science	Mujeres con dismenorrea primaria	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ECAs y cuasi-ECAs</li> <li>2. Que compare aromaterapia frente a placebo</li> <li>3. En mujeres en edad reproductiva con dismenorrea primaria</li> <li>4. Que reporten resultados sobre dolor y eventos adversos</li> </ol> <p>Exclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Estudios observacionales, cohortes, estudios de casos y controles, series de casos, estudios cualitativos, ensayos no controlados y estudios de laboratorio.</li> <li>6. Personas con patología pélvica o dismenorrea como resultado del uso de cualquier método de</li> </ol>	19 estudios en total:  ECAs y estudios cuasi-experimentales	Cochrane	<p><b>Primaria:</b> Reducción dolor</p> <p><b>Secundaria:</b> Efectos adversos</p>	Sí

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
		Technology, Korean National Assembly Library  Hasta 2018		contracepción intrauterino.				
<b>Varias poblaciones (diferentes condiciones de salud, población general, etc.)</b>								
Aboualsotani (2020), Irán	Evaluar los efectos terapéuticos del aceite esencial de naranja amarga sobre el estado psicológico.	Cochrane Library, PUBMED/ MEDLINE, SCOPUS, Google Scholar  Desde 2010 hasta 2019	Cualquiera	Inclusión:  1. Todos los ensayos clínicos publicados en inglés. 2. Relacionados con los efectos terapéuticos del aceite esencial de naranja amarga. 3. En humanos.	12 ensayos clínicos	Jadad	Ansiedad Depresión Síntomas menstruales Calidad del sueño	No
Donelli (2019), Italia	Evaluar la eficacia de la lavanda, en cualquier forma de administración, sobre la ansiedad.	MEDLINE, SCOPUS, WEB OF SCIENCE, Cochrane Library, EMBASE, Google Scholar  Hasta 2018	Cualquier persona con ansiedad	Inclusión:  1. ECAs y ECNAs 2. Que comparen la administración de lavanda (oral, inhalada o en masaje), frente a tratamiento habitual, no intervención, intervención sham o masaje sin aceites esenciales. 3. En personas con ansiedad, en un entorno ansiógeno o realizando actividades que induzcan ansiedad.  Exclusión:  4. Estudios in vitro o con animales. 5. Estudios en los que el número de participantes era poco claro o no se especificaba.	90 estudios en total:  65 ECAs (37 incluidos en MA) 25 ECNAs	Cochrane	Ansiedad Presión sanguínea	Sí

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
France (2018), Nueva Zelanda	Evaluar la efectividad de acercamientos no tradicionales para promover el sueño	PsycINFO, ERIC, Education Research Complete  No se especifica la fecha de búsqueda	Niños y jóvenes de entre 0 y 18 años.	Inclusión:  1. ECAs, estudios no controlados, estudios de casos. 2. Estudios en población infantil, tanto clínica como general. 3. Que evalúen acercamientos no tradicionales.  Exclusión:  4. Estudios con tratamientos conductuales.	ECAs, estudios no controlados, estudios de casos  79 estudios en total: 4 ECAs sobre aromaterapia	Criterios de Mulloy y Smith	Sueño	NO
Gong (2020), China	Evaluar la eficacia de la aromaterapia para la reducción de la ansiedad.	PUBMED, WEB OF SCIENCE, Cochrane Library, EMBASE, CNKI, WanFang, CBMD  Hasta 2019	Cualquiera	Inclusión:  1. ECAs 2. Que evalúen la eficacia de la aromaterapia para el alivio de la ansiedad en diferentes condiciones. 3. Que utilicen el instrumento STAI.  Exclusión:  4. Aromaterapia junto a otras intervenciones como musicoterapia o acupuntura. 5. Aceites esenciales por vía oral. 6. En población infantil o en embarazadas. 7. Personas con problemas de salud mental o en tratamiento con fármacos ansiolíticos. 8. Estudios publicados en cualquier idioma diferente al inglés. 9. Estudios con datos no disponibles.	25 ECAs (25 incluidos en MA)	Jadad	Ansiedad	Sí
Her (2021), Corea del Sur	Evaluar el efecto de la aromaterapia sobre la calidad del	RISS, KISS, NSDL, PUBMED Cochrane	Personas mayores de 19 años	Inclusión:  1. ECAs y estudios cuasi-experimentales	30 estudios en total (ECAs y estudios cuasi-experimentales)	Joanna Briggs Institute	Calidad del sueño	Sí

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
	sueño en adultos y ancianos	Library, CINAHL, EMBASE  Desde 2011 hasta 2019		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Que evalúen la eficacia de la aromaterapia, frente a tratamiento habitual, no intervención, placebo u otra intervención diferente de aromaterapia.</li> <li>3. En personas mayores de 19 años.</li> <li>4. Que reporten resultados sobre calidad del sueño</li> </ol> <p>Exclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Estudios en los que los participantes no respondieran de forma voluntaria a los cuestionarios.</li> <li>6. Estudios de un solo grupo</li> <li>7. Estudios que no evalúen calidad del sueño como medida de resultado.</li> </ol>	: 12 sobre aromaterapia			
Hur (2014), Corea del Sur	Evaluar la efectividad de la aromaterapia para el manejo del estrés	PUBMED, CINAHL, EMBASE, CENTRAL, RISS, DBPIA, KISS  Hasta 2014	Personas sanas	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ECAs y cuasi-ECAS.</li> <li>2. Que comparen aromaterapia frente a atención habitual</li> <li>3. En personas sanas.</li> <li>4. Que reporten resultados sobre nivel de estrés subjetivo u objetivo (cortisol en saliva, plasma o serum) y eventos adversos.</li> </ol>	5 ECAs (5 incluidos en MA)	Cochrane	Estrés subjetivo Estrés objetivo Eventos adversos	Sí
Kang (2020), Corea del Sur	Evaluar el efecto de diferentes intervenciones sobre la calidad del sueño de las enfermeras	MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, KERIS  Hasta 2018	Enfermeras que trabajan por turnos	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estudios que incluyan enfermeras que trabajan en turnos</li> <li>2. Que examinen la eficacia de diferentes intervenciones para la mejora de la calidad del sueño</li> </ol>	13 estudios en total: ECAs y estudios cuasi-experimentales  5 ECAs sobre aromaterapia	Cochrane	<b>Primaria:</b> Calidad del sueño  <b>Secundarias:</b> Estrés Fatiga Depresión Concentración Sistema inmune Salud física y	Sí

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
							mental Calidad de vida física y mental Satisfacción	
Kang (2019), Corea del Sur	Evaluar los efectos ansiolíticos de la aromaterapia con lavanda	PUBMED, CENTRAL, EMBASE, MEDLINE, CINHAL, KoreaMed, NDSL, KMBase, KISS, KISTI  Desde 2000 hasta 2018	Personas de cualquier edad, con o sin condiciones médicas	Inclusión:  1. ECAs 2. Que comparen aromaterapia con lavanda frente a no intervención, atención habitual o placebo 3. En personas de cualquier edad, con o sin problemas de salud. 4. Que reporten resultados sobre ansiedad auto-reportada o parámetros de ansiedad fisiológica (signos vitales, cortisol en saliva, cromogranina A).  Exclusión:  5. Estudios no aleatorizados 6. Estudios que comparen diferentes tipos de preparaciones de lavanda sin	22 ECAs (22 incluidos en MA)	Cochrane	Ansiedad Presión sanguínea Frecuencia cardíaca Cortisol	Sí
Lakhan (2016), Estados Unidos	Cuantificar la efectividad de la aromaterapia para el manejo del dolor	PUBMED, Science Direct, Cochrane Library  No se especifica la fecha de búsqueda	Personas con dolor	Inclusión:  1. Estudios publicados en inglés que evalúen aromaterapia para la reducción del dolor.	42 estudios en total: ECAs, ECNAs y semi-experimentales  12 estudios incluidos en MA	No evalúan riesgo de sesgo	<b>Primaria:</b> Reducción dolor <b>Secundarias:</b> Dolor nociceptivo vs inflamatorio Dolor agudo versus dolor crónico Dolor postoperatorio Dolor obstétrico y ginecológico	Sí

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
Lee (2011), Hong Kong	Examinar los efectos ansiolíticos de la aromaterapia en personas con síntomas de ansiedad	MEDLINE, Social Science Citation Index, Science Citation Index, Psycinfo, PsycARTICLE Ovid MD consult, Science direct, EBSCOHOST Handbook of Psychiatry  Desde 1990 hasta 2008	Cualquier persona con síntomas de ansiedad	Inclusión:  1. ECAs con al menos 10 personas por brazo 2. Que evalúen el efecto de la aromaterapia como intervención para la reducción de la ansiedad 3. En personas con 18 años o más.  Exclusión:  4. Estudios no comparativos, estudios cualitativos, revisiones sistemáticas y meta-análisis.	16 ECAs (3 incluidos en MA)	Criterios de Glasziou	Ansiedad	Sí
Lin (2019), Taiwán	Evaluar la efectividad de la aromaterapia en la mejora del sueño	MEDLINE, CINAHL, EMBASE, Airiti Library, Wang Fang Med  Hasta octubre de 2018	Personas mayores de 20 años	Inclusión:  1. ECAs 2. Que evalúen la eficacia de la aromaterapia inhalada en masaje, en baños u oral para la mejora de la calidad del sueño 3. En personas de 20 años o más.  Exclusión:  4. Trabajos de master, tesis doctorales, presentaciones, revisiones, publicaciones solapadas y estudios en animales.	31 ECAs (31 incluidos en MA)	Cochrane	Calidad del sueño	Sí
Mannucci (2017), Italia	Evaluar las aplicaciones clínicas del aceite	PUBMED, SCOPUS, EMBASE,	Cualquiera	Inclusión:  1. Estudios que utilicen bergamota en solitario, no en combinación con	10 estudios en total	Revisar	Cualquiera	NO

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
	esencial de bergamota	WEB OF SCIENCE, Google Scholar Hasta 2016		otros aceites esenciales. 2. Solo artículos en inglés.				
Mannucci (2018), Italia	Analizar los estudios preclínicos y clínicos que investiguen el efecto de los aceites esenciales de naranja dulce y naranja amarga sobre la ansiedad.	PUBMED, SCOPUS, EMBASE, WEB OF SCIENCE, Google Scholar Desde 2000 hasta 2018	Cualquiera	Inclusión: 1. Estudios escritos en inglés y publicados en revistas revisadas por pares. 2. Que describan las aplicaciones clínicas de los aceites esenciales de naranja dulce y naranja amarga.  Exclusión: 3. Estudios que utilicen los aceites esenciales de naranja dulce y naranja amarga en combinación con otras plantas medicinales.	17 estudios en total: 8 estudios preclínicos 9 ensayos clínicos	CONSORT Jaded	Cualquiera	NO
Nasiri (2021), Irán	Identificar ECAs sobre el efecto de la aromaterapia con Rosa de Damasco en cualquier forma de administración sobre diferentes tipos de dolor agudo en adultos	MEDLINE, SCOPUS, ISI, WEB OF SCIENCE, CENTRAL, EMBASE, ProQuest, CINAHL, SID, MagIran Hasta 2020	Adultos con diferentes tipos de dolor agudo	Inclusión: 1. ECAs 2. Que comparen el efecto de la aromaterapia con rosa de damasco frente a placebo, no intervención o atención habitual con analgésicos 3. En personas adultas con dolor agudo moderado o grave. 4. Que reporten resultados sobre la reducción del dolor por medio de EVA u otros instrumentos validados.	16 ECAs (15 incluidos en MA)	Cochrane	<b>Primaria:</b> Severidad dolor  <b>Secundaria:</b> Uso de analgésicos	Sí
Nayebi (2017), Irán	Sintetizar la efectividad y seguridad de la rosa de damasco	PUBMED, SCOPUS, WEB OF SCIENCE	Cualquiera	Inclusión: 1. Estudios en humanos que utilicen una intervención con rosa de	12 ECAs	Jaded	Cualquiera	NO

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
		Hasta 2017		<p>damasco en solitario.</p> <p>Exclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Revisiones, cartas al editor, capítulos de libros, tesis y estudios sin un resumen en inglés disponible</li> </ol>				
Sánchez-Vidaña (2017), Hong Kong	Proporcionar un análisis de la evidencia clínica sobre la eficacia de la aromaterapia para la mejora de los síntomas depresivos en cualquier tipo de pacientes.	AMED, CINHAL, CCRC, MEDLINE, PsycINFO  Hasta 2016	Cualquiera	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ECAs</li> <li>Que utilicen aromaterapia por vía inhalada o tópica</li> <li>Que evalúen depresión</li> <li>Sin restricción en el número de sesiones</li> <li>Sin restricciones en cuanto al año de publicación</li> </ol> <p>Exclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Revisiones y meta-análisis</li> </ol>	12 ECAs	Jadad	Depresión	NO
Sayed (2020), Egipto	Dilucidar cuál es la mejor vía de administración de la lavanda para la reducción de la ansiedad	PUBMED, SCOPUS, ISI, WEB OF SCIENCE, Clinical trials, WHO GH, Clinical Trials. Virtual Health Library, Google Scholar, POPLINE, New York Academy of Medicine Grey Literature Report,	Cualquiera	<p>Inclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ECAs</li> <li>Que evalúen la efectividad de la lavanda para el tratamiento de la ansiedad</li> <li>Sin restricciones respecto al idioma, el país, el año de publicación, la edad, el género o la etnia.</li> </ol> <p>Exclusión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Abstracts, estudios de un caso y series de casos.</li> <li>Estudios con datos poco fiables, publicaciones no revisadas por pares.</li> </ol>	40 ECAs (32 incluidos en MA)	Cochrane	Ansiedad	Sí <sup>a</sup>

Autor (año), país	Objetivo	BBDD consultadas Fecha de búsqueda	Población	Criterios de selección	Nº y diseño de los estudios incluidos	Evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado	MA
		System for Information on Grey Literature Report in Europe, PsycINFO  Hasta 2017						

<sup>a</sup> Meta-análisis en red

APGAR: *Appearance, Pulse, Grimace, Activity, and Respiration*; AVD: actividades de la vida diaria; ECAs: Ensayos Controlados Aleatorizados; ECNAs: Ensayos Controlados No Aleatorizados; GRADE: *Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation*; MA: meta-análisis; PSQI: *Pittsburgh Sleep Quality Index*; RS: revisión sistemática; SII: Síndrome del Intestino Irritable

## Anexo 6. Calidad metodológica de los estudios incluidos

ALOPECIA	
Dominio	Tkachenko (2019)
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Sí
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	No
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí parcial
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí

7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	N.A.
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	N.A.
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	No
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	N.A.
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí

## CÁNCER

Dominio	Chen (2016)	Farahani (2019)	Shin (2016)
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	No	Sí	Sí

3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	No	Sí	Sí
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí parcial	Sí	Sí
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	No	Sí	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	No	Sí	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No	No	Sí
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí	Sí	Sí
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No	No	Sí
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	Sí	N.A.	Sí
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	Sí	N.A.	Sí
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	Sí	N.A.	Sí
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	No	Sí

<b>CÓLICOS INFANTILES</b>	
<b>Dominio</b>	<b>Çetinkaya (2021)</b>
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	No
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	No
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí parcial
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	No
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	No
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	N.A.
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	N.A.
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí

15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	N.A.
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí

<b>CUIDADOS INTENSIVOS</b>		
<b>Dominio</b>	<b>Hu (2015)</b>	<b>Thrane (2019)</b>
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Sí	No
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	No	No
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí	Sí parcial
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	Sí	No
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí	Sí
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	Sí	No
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	Sí	N.A.
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	Sí	N.A.
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí	Sí

14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí	Sí
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	Sí	N.A.
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	No

### CUIDADOS PALIATIVOS

Dominio	Candy (2020)	Hsu (2019)
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Sí	Sí
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	Sí	No
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí	Sí
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No	No
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí	Sí
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No	No

11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	N.A.	Sí
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	N.A.	Sí
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí	Sí
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí	Sí
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	N.A.	Sí
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	Sí

<b>DEMENCIA</b>	
<b>Dominio</b>	<b>Ball (2020)</b>
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Sí
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	Sí
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	Sí

8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	Sí
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	N.A.
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	N.A.
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	N.A.
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí

## DIABETES

Dominio	Bayat (2020)
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	No
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	No
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí parcial

5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	N.A.
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	N.A.
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	No
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	No
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	N.A.
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí

<b>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</b>		
<b>Dominio</b>	<b>Hur (2010)</b>	<b>Turan (2021)</b>
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	No	Sí
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	No	Sí
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí parcial	Sí parcial
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No	No
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí	Sí
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí parcial
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No	No
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	N.A.	Sí
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	N.A.	Sí
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí	Sí
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	No	Sí

15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	N.A.	Sí
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	Sí

<b>ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS</b>		
<b>Dominio</b>	<b>Barao-Paixao (2021)</b>	
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	No	
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	No	
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí parcial	
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí	
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí	
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No	
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí	
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	No	
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No	
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	N.A.	

12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	N.A.
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	No
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	No
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	N.A.
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí

<b>HEMODIÁLISIS</b>		
<b>Dominio</b>	<b>Bouya (2019)</b>	<b>Yangoz (2012)</b>
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Sí	No
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	Sí	No
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí parcial	Sí parcial
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No	No
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí	Sí

9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No	No
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	N.A.	Sí
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	N.A.	Sí
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	No	Sí
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	No	Sí
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	N.A.	Sí
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	Sí

## INFECCIONES

Dominio	Deyno (2019)
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Sí
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	No
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí parcial

5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí parcial
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	Sí
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	Sí
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	No
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	No
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí

<b>INSOMNIO Y OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO</b>		
<b>Dominio</b>	<b>Cheong (2021)</b>	<b>Tang (2021)</b>
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Sí	No
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	Sí	No
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí parcial	Sí parcial
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No	No
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí	Sí parcial
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No	No
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	Sí	Sí
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	Sí	Sí
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí	Sí

14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí	Sí
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	Sí	Sí
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	Sí

## MENOPAUSIA

Dominio	Babakh anian (2018)	Khadviz adeh (2018)	Lee (2021)	Salehi- Pourme hr (2020)
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí	Sí	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	No	No	Sí	No
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	Sí	Sí	Sí	No
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí	Sí	Sí	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí	Sí	Sí	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No	No	No	No

8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí	Sí	Sí	Sí
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No	No	No	No
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	Sí	Sí	Sí	Sí
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	Sí	Sí	Sí	Sí
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	No	Sí	Sí	Sí
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí

<b>OBSTETRICIA (I)</b>					
<b>Dominio</b>	<b>Chen (2019)</b>	<b>Di Vito (2020)</b>	<b>Hu (2021)</b>	<b>Kazeminia (2020)</b>	<b>Liao (2020)</b>
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Sí	Sí	No	No	No
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	No	No	No	No	No
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí	Sí	Sí	No	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí	Sí	Sí	No	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No	No	No	No	Sí
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí parcial	Sí	Sí parcial	Sí	Sí parcial
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No	No	No	No	No
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí	No	Sí
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí	No	Sí
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	No	No	Sí	Sí	Sí
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

## OBSTETRICIA (II)

Dominio	Ozgoli (2018)	Samuelson (2020)	Shaterian (2021)	Tabatabaieicher (2020)	Tsai (2019)	Zimpel (2020)
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Sí	No	Sí	No	No	Sí
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	No	No	No	No	No	Sí
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí

<b>OBSTETRICIA (II)</b>						
<b>Dominio</b>	<b>Ozgoli (2018)</b>	<b>Samuelson (2020)</b>	<b>Shaterian (2021)</b>	<b>Tabatabaieicher (2020)</b>	<b>Tsai (2019)</b>	<b>Zimpel (2020)</b>
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No	No	No	No	No	Sí
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí	Sí
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No	No	No	No	No	Sí
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	N.A.	N.A.	Sí	N.A.	N.A.	Sí
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	N.A.	N.A.	No	N.A.	N.A.	Sí
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí

<b>OBSTETRICIA (II)</b>						
<b>Dominio</b>	<b>Ozgoli (2018)</b>	<b>Samuelson (2020)</b>	<b>Shaterian (2021)</b>	<b>Tabatabaieicher (2020)</b>	<b>Tsai (2019)</b>	<b>Zimpel (2020)</b>
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí	No	Sí	No	No	Sí
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	N.A.	N.A.	Sí	N.A.	N.A.	Sí
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

<b>PEDICULOSIS (INFESTACIÓN POR PIOJOS)</b>	
<b>Dominio</b>	<b>Burgess (2015)</b>
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	No
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	No
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	No
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí parcial
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	No
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	No

7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí parcial
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	Sí
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	N.A.
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	N.A.
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	No
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	No
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	N.A.
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí

#### PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y ODONTOLÓGICOS

Dominio	Abdelhakim (2020)	Biddis (2014)	Cai (2020)	Dimitriou (2017)	Goldsworthy (2020)	Guo (2020)	Hines (2018)
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y ODONTOLÓGICOS							
Dominio	Abdelhakim (2020)	Biddis (2014)	Cai (2020)	Dimitriou (2017)	Goldsworthy (2020)	Guo (2020)	Hines (2018)
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	Sí	No	No	No	No	No	Sí
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	Sí	No	No	No	No	No	Sí
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí	Sí parcial	Sí parcial	Sí	Sí parcial	Sí	Sí
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	Sí	No	No	No	No	No	Sí

PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y ODONTOLÓGICOS							
Dominio	Abdelhakim (2020)	Biddis (2014)	Cai (2020)	Dimitriou (2017)	Goldsworthy (2020)	Guo (2020)	Hines (2018)
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	Sí	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	Sí	Sí
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	No	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	Sí	No
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	Sí	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	Sí	Sí
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

<b>QUEMADURAS</b>		
<b>Dominio</b>	<b>Choi (2018)</b>	<b>Fardin (2020)</b>
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	No	No
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	No	No
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí parcial	Sí
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No	No
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí parcial	Sí parcial
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No	No
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	N.A.	Sí
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	N.A.	No
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí	Sí

14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí	Sí
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	N.A.	No
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	Sí

### SALUD DENTAL

Dominio	Araujo (2015)	Escibano (2016)	Figueras (2019)	Freires (2015)	Haas (2016)	Javed (2012)	Van Leeuwen (2011)	Van Leeuwen (2014)
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	No	No	No	No	No	No	No	No
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	No	No	No	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	No	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No

<b>SALUD DENTAL</b>								
<b>Dominio</b>	<b>Araujo (2015)</b>	<b>Escriban (2016)</b>	<b>Figueras (2019)</b>	<b>Freires (2015)</b>	<b>Haas (2016)</b>	<b>Javed (2012)</b>	<b>Van Leeuwen (2011)</b>	<b>Van Leeuwen (2014)</b>
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	Sí	Sí	Sí	N.A.	Sí	N.A.	Sí	Sí
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	No	No	No	N.A.	No	N.A.	No	No
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí	No	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí

SALUD DENTAL								
Dominio	Araujo (2015)	Escribano (2016)	Figueras (2019)	Freires (2015)	Haas (2016)	Javed (2012)	Van Leeuwen (2011)	Van Leeuwen (2014)
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	No	Sí	Sí	N.A.	Sí	N.A.	No	No
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE	
Dominio	Hawrelak (2020)
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Sí
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	No
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí parcial
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No

8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí parcial
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	Sí
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	No
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	Sí
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí

#### TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Dominio	von Kanel (2021)	Yap (2019)
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	No	No
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	No	No

4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	No	Sí parcial
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	No	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	No	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No	No
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí	Sí
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No	Sí
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	Sí	Sí
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	No	No
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	No	Sí
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí	Sí
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	No	No
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	Sí

## TRASTORNOS MENSTRUALES

Dominio	Es-haghee (2020)	Lee (2018)
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	No	No
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	Sí	Sí
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí	Sí
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No	No
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí	Sí
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No	No
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	Sí	Sí
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	Sí	No
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí	No
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí	Sí

15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	Sí	Sí
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	Sí

### VARIAS POBLACIONES (I)

Dominio	Aboualsotani (2020)	Donelli (2019)	France (2018)	Gong (2020)	Her (2021)	Hur (2014)
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	No	Sí	No	No	Sí	No
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	No	Sí	Sí	No	No	No
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	No	Sí	Sí	No	No	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No	No	No	No	No	No
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí parcial	Sí parcial	Sí	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial

<b>VARIAS POBLACIONES (I)</b>						
<b>Dominio</b>	<b>Aboualsotani (2020)</b>	<b>Donelli (2019)</b>	<b>France (2018)</b>	<b>Gong (2020)</b>	<b>Her (2021)</b>	<b>Hur (2014)</b>
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No	No	No	No	No	No
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	N.A.	Sí	N.A.	Sí	Sí	Sí
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	N.A.	Sí	N.A.	Sí	No	No
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	N.A.	Sí	N.A.	Sí	Sí	No
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

<b>VARIAS POBLACIONES (II)</b>						
<b>Dominio</b>	<b>Kang (2020)</b>	<b>Kang (2019)</b>	<b>Lakhan (2016)</b>	<b>Lee (2011)</b>	<b>Lin (2019)</b>	<b>Mannucci (2018)</b>
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	No	No	No	No	No	No
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	No	No	No	No	No	No
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No	No	No	No	No	No
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí parcial	Sí parcial	Sí	Sí parcial	Sí parcial	Sí parcial
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No	No	No	No	No	No

<b>VARIAS POBLACIONES (II)</b>						
<b>Dominio</b>	<b>Kang (2020)</b>	<b>Kang (2019)</b>	<b>Lakhan (2016)</b>	<b>Lee (2011)</b>	<b>Lin (2019)</b>	<b>Mannucci (2018)</b>
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	N.A.
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	No	No	No	No	No	N.A.
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	No	Sí	No	Sí	Sí	No
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí	No	Sí	N.A.
16. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

<b>VARIAS POBLACIONES (III)</b>					
<b>Dominio</b>	<b>Manucci (2017)</b>	<b>Nasiri (2021)</b>	<b>Nayebi (2017)</b>	<b>Sánchez-Vidaña (2017)</b>	<b>Sayed (2020)</b>
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	No	Sí	No	No	Sí
3. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	No	Sí	No	No	No
4. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí parcial				
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí	Sí	Sí	No	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No	Sí	No	No	No
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí parcial	Sí	Sí	Sí parcial	Sí
9. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
10. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	No	Sí	No	No	No
11. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	N.A.	Sí	N.A.	N.A.	Sí
12. Si se realizó un MA, ¿los autores de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	N.A.	Sí	N.A.	N.A.	No
13. ¿Los autores de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí	Sí	Sí	No	Sí
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	No	Sí	Sí	No	Sí

15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	N.A.	Sí	N.A.	N.A.	No
--	------	----	------	------	----

## Anexo 7. Resultados de seguridad de las RS incluidas

Bloque	Autor (año)	Aceites esenciales	Forma de administración	Eventos adversos
ALOPECIA AERATA	Tkachenko (2019)	Tomillo, romero, lavanda y cedro	Masaje	En un estudio no se reportaron eventos adversos. En otro, una persona tratada con AT manifestó irritación en la zona de aplicación.
CÁNCER	Chen (2016)	Varios aceites esenciales	Masaje	No se reportan datos sobre seguridad.
	Farahani (2019)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.
	Shin (2016)	Varios aceites esenciales	Masaje	Solo un estudio, con aceite esencial de lavanda, reportó datos de seguridad: no se observaron eventos adversos graves asociados a la AT, a excepción de erupción cutánea y malestar general en una y cinco de las 29 personas tratadas con AT, respectivamente.
CÓLICOS INFANTILES	Çetinkaya (2021)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No se observaron eventos adversos en ninguno de los estudios incluidos.
CUIDADOS INTENSIVOS	Hu (2015)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.
	Thrane (2019)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.
CUIDADOS PALIATIVOS	Candy (2020)	Varios aceites esenciales	Masaje	Solo un estudio, con aceite esencial de lavanda, reportó datos de seguridad: no se observaron eventos adversos graves asociados a la AT, a excepción de erupción cutánea y malestar general en una y cinco de las 29 personas tratadas con AT, respectivamente.
	Hsu (2019)	Varios aceites esenciales	Masaje	No se reportan datos sobre seguridad.
DEMENCIA	Ball (2020)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	De los 12 estudios incluidos, solo cuatro (n = 206) reportaron datos sobre seguridad: en tres no se observaron eventos adversos ni en el grupo de AT ni en el control. En otro estudio se indicó que dos participantes del grupo de AT y dos del grupo control sufrieron eventos adversos graves. Asimismo, los autores reportaron la aparición de 27 eventos adversos, pero no se especificó en qué grupo.
DIABETES	Bayat (2020)	Varios aceites esenciales	Masaje	No se reportan datos sobre seguridad.
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	Hur (2010)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.

Bloque	Autor (año)	Aceites esenciales	Forma de administración	Eventos adversos
	Turan (2021)	Varios aceites esenciales	Inhalada	No se reportan datos sobre seguridad.
ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS	Barao-Paixao (2021)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.
HEMODIÁLISIS	Bouya (2019)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.
	Yangoz (2021)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.
INFECCIONES TÓPICAS	Deyno (2019)	Varios aceites esenciales	Tópica	De los cinco estudios, dos no reportan eventos adversos. En los tres restantes se reportaron casos leves de prurito, picazón, quemazón, sequedad y descamación ligera de la piel.
INSOMNIO Y OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO	Cheong (2021)	Varios aceites esenciales	Inhalada	No se reportan datos sobre seguridad.
	Tang (2021)	Varios aceites esenciales	Inhalada	No se reportan datos sobre seguridad.
MENOPAUSIA	Babakhanian (2018)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.
	Khadivzadeh (2018)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.
	Lee (2021)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	De los siete estudios incluidos, cuatro reportaron datos sobre seguridad. En tres estudios no se observaron eventos adversos. En el estudio restante, se reportaron varios eventos adversos, tanto en los grupos intervenidos con aromaterapia inhalada, como en los grupos de comparación: enrojecimiento de la piel, picazón, náuseas, dolor abdominal y dolor de cabeza.
	Salehi-Pourmehr (2020)	Lavanda	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.
OBSTETRICIA	Chen (2019)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	La aromaterapia no tuvo influencia en la necesidad de cesárea de emergencia, la rotura de la membrana o el inicio espontáneo del parto.
	Di Vito (2020)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	En un estudio se reportó la aparición de irritación leve de la piel en dos personas intervenidas con baños de aromaterapia con aceite esencial de lavanda.
	Hu (2021)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	La aromaterapia no tuvo un efecto negativo sobre la puntuación APGAR.
	Kazeminia (2020)	Lavanda	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.
	Liao (2020)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.
	Ozgoli (2018)	Menta y limón	Inhalada	No se reportan datos sobre seguridad.

Bloque	Autor (año)	Aceites esenciales	Forma de administración	Eventos adversos
	Samuelson (2020)	Lavanda	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.
	Shaterian (2021)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	La aromaterapia no tuvo un efecto negativo sobre la puntuación APGAR.
	Tabatabaeichehr (2020)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No se observaron eventos adversos graves en ninguno de los estudios incluidos. Sin embargo, los autores concluyen que hay que prestar atención a potenciales efectos adversos asociados al uso de aromaterapia como, por ejemplo, la aparición de dermatitis.
	Tsai (2019)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	De los quince estudios incluidos, seis reportaron datos sobre seguridad, tres con lavanda, dos con piel de naranja y uno con naranja amarga. En dos estudios con lavanda se reportó la aparición de irritación en la piel. Dos estudios con aceite esencial de piel de naranja reportaron mareos y aumento de la micción en las personas intervenidas con aromaterapia. En el estudio con aceite esencial de naranja amarga no se observaron eventos adversos asociados a la aromaterapia.
	Zimpel (2020)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No está claro si la aromaterapia, en comparación con el placebo, empeora los síntomas de ansiedad.
PEDICULOSIS (INFESTACIÓN POR PIOJOS)	Burgess (2015)	Árbol de té y lavanda	Tópica	Escozor (30,2%), cuero cabelludo escamoso/seco (18.6%), eritema (9.3%) con aceites esenciales. Cuero cabelludo escamoso/seco (6.8%) y eritema (2.3%) con piretro.
PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y ODONTOLÓGICOS	Abdelhakim (2020)	Varios aceites esenciales	Inhalada	No se reportan datos sobre seguridad.
	Biddiss (2014)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.
	Cai (2020)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	De los 17 estudios incluidos, solo 3 reportaron datos sobre seguridad: en ninguno de los estudios se observaron eventos adversos asociados a la aromaterapia.
	Dimitriou (2017)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	De los 9 estudios incluidos, solo 4 reportaron datos sobre seguridad: en un estudio, una persona del grupo de aromaterapia con aceite esencial de lavanda, manifestó cefalea; en el resto no se observaron eventos adversos.
	Goldsworthy (2020)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.

Bloque	Autor (año)	Aceites esenciales	Forma de administración	Eventos adversos
	Guo (2020)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	De los 20 estudios incluidos, solo 4 reportaron datos sobre seguridad: en ningún caso se observaron eventos adversos.
	Hines (2018)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	Ninguno de los estudios incluidos reportó datos sobre seguridad.
QUEMADURAS	Choi (2019)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	Ninguno de los estudios incluidos reportó datos sobre seguridad.
	Fardín (2020)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	Ninguno de los estudios incluidos reportó datos sobre seguridad.
SALUD DENTAL	Araujo (2015)	Varios aceites esenciales	Oral (enjuague)	No se reportan datos sobre seguridad.
	Escribano (2016)	Varios aceites esenciales	Oral (enjuague)	No se reportan datos sobre seguridad.
	Figuero (2019)	Varios aceites esenciales	Oral (enjuague o dentífrico)	No se reportan datos sobre seguridad.
	Freires (2015)	Varios aceites esenciales	Oral (enjuague y gel)	No se reportan datos sobre seguridad.
	Haas (2016)	Varios aceites esenciales	Oral (enjuague)	No se reportan datos sobre seguridad.
	Javed (2012)	Varios aceites esenciales	Oral (dentífrico)	No se reportan datos sobre seguridad.
	Van Leeuwen (2011)	Varios aceites esenciales	Oral (enjuague)	No se reportan datos sobre seguridad.
Van Leeuwen (2014)	Varios aceites esenciales	Oral (enjuague)	No se reportan datos sobre seguridad.	
SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE	Hawrelak (2020)	Menta	Varias formas de administración	De los 18 estudios incluidos en la revisión, 14 reportaron datos sobre seguridad. En dos estudios no se observaron eventos adversos asociados a la aromaterapia; en otro dos la frecuencia y tipo de eventos fue similar en el grupo intervención y en el control. En el resto, los eventos adversos más frecuentes fueron la acidez y el ardo perianal, seguidos de náuseas y vómitos, ataxia, anorexia, dispepsia e infección del tracto respiratorio superior.
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	von Känel (2021)	Lavanda	Oral	No se reportan datos sobre seguridad.
	Yap (2019)	Lavanda (Silexan®)	Oral	En los 5 estudios incluidos, los principales eventos adversos son de tipo gastrointestinal, como náuseas, eructos o mal aliento o diarrea. En uno de los estudios, varias personas informaron tener cefalea. El número de personas que experimentan estos eventos adversos leves representa un pequeño porcentaje de la muestra. En ningún caso se informaron eventos adversos graves asociados al uso de Silexan®.

Bloque	Autor (año)	Aceites esenciales	Forma de administración	Eventos adversos
TRASTORNOS MENSTRUALES	Es-haghee (2020)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.
	Lee (2018)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	De los 19 estudios incluidos, solo dos reportaron datos sobre seguridad. En ninguno de ellos se observaron eventos adversos asociados al uso de aromaterapia.
VARIAS	Aboualsotani (2020)	Naranja amarga	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.
	Donelli (2019)	Lavanda	Varias formas de administración	Solo un número limitado de estudios informó efectos adversos potencialmente atribuibles a la administración de lavanda. Los principales efectos adversos se informaron en 7 estudios: cefalea, palpitaciones, infecciones y trastornos gastrointestinales (eructos, diarrea, mal aliento y dispepsia). Ninguno de los efectos adversos informados fue grave.
	France (2018)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.
	Gong (2020)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.
	Her (2021)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.
	Hur (2014)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	Ninguno de los estudios revisados informó eventos adversos relacionados con la aromaterapia.
	Kang (2020)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.
	Kang (2019)	Lavanda	Varias formas de administración	Ninguno de los estudios revisados informó eventos adversos relacionados con la aromaterapia.
	Lakhan (2016)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	Ninguno de los estudios revisados informó eventos adversos relacionados con la aromaterapia.
	Lee (2011)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	Ninguno de los estudios revisados informó eventos adversos relacionados con la aromaterapia.
	Lin (2019)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.
	Mannucci (2018)	Bergamota	Varias formas de administración	De los 11 estudios incluidos, solo 2 reportaron datos sobre seguridad. En ninguno de los dos estudios se informó de eventos adversos relacionados con la aromaterapia.
	Mannucci (2017)	Naranja amarga	Varias formas de administración	De los 11 estudios incluidos, solo 2 reportaron datos sobre seguridad. En ninguno de los dos estudios se informó de eventos

Bloque	Autor (año)	Aceites esenciales	Forma de administración	Eventos adversos
				adversos relacionados con la aromaterapia.
	Nasiri (2021)	Rosa de damasco	Varias formas de administración	De los 15 estudios incluidos, solo 2 reportaron datos sobre seguridad. Uno de ellos reportó la presencia de cefalea, náuseas y vómitos con la aromaterapia con rosa de damasco.
	Nayebi (2017)	Rosa de damasco	Varias formas de administración	No se observaron eventos adversos graves. Solo un estudio informó un caso de rinitis alérgica leve en el uso tópico del aceite de rosa de damasco.
	Sánchez-Vidaña (2017)	Varios aceites esenciales	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.
	Sayed (2020)	Lavanda	Varias formas de administración	No se reportan datos sobre seguridad.

AT: aromaterapia; APGAR: *Appearance, Pulse, Grimace, Activity, and Respiration*

## Anexo 8. Resultados de eficacia de las RS incluidas

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
<b>ALOPECIA AERATA</b>						
<b>Crecimiento del cabello</b>						
Tkachenko (2019)	2	124	AT en masaje vs masaje sin AT	-	Significativamente favorable a la AT en 2/2 estudios	NI
<b>Reducción de la zona afectada</b>						
Tkachenko (2019)	2	124	AT en masaje vs masaje sin AT	-	Significativamente favorable a la AT en 2/2 estudios	NI
<b>CÁNCER</b>						
<b>Ansiedad</b>						
Shin (2016)	2	253	AT en masaje vs no-masaje (atención habitual o no intervención)	STAI	Significativamente favorable a la AT: DM = -4.50, IC95%: -7.70, -1.30, I <sup>2</sup> = 0%	⊕○○○ Muy baja
Farahani (2019)	16	1425	AT en masaje o inhalada vs cualquier comparador	STAI, HADS y otros	Significativamente favorable a la AT en 12/16 estudios	NI
<b>Calidad de vida general</b>						
Shin (2016)	1	29	AT en masaje vs no masaje (atención habitual)	MYMOP	Significativamente favorable a la AT: DM = -2.00, IC95%: -3.46 to -0.54	⊕○○○ Muy baja
<b>Calidad de vida específica</b>						
Shin (2016)	2	263	AT en masaje vs no masaje (atención habitual o no intervención)	RSCL y EORTC	Sin diferencias significativas entre grupos	NI

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
Farahani (2019)	9	746	AT en masaje o inhalada vs cualquier comparador	EORTC, MYMOP, RSCL y otros	Significativamente favorable a la AT en 6/9 estudios	NI
<b>Depresión</b>						
Shin (2016)	4	361	AT en masaje vs no-masaje (atención habitual o no intervención)	BDI, EVA 0-10, CES-D, HADS	Sin diferencias significativas entre grupos	NI
Farahani (2019)	6	829	AT inhalada o en masaje vs cualquier comparador	SDS, HADS, CES-D y otros	Significativamente favorable a la AT en 4/6 estudios (todos con aromaterapia en masaje)	NI
<b>Dolor</b>						
Chen (2016)	3	278	AT en masaje vs atención habitual	EORTC, PAT, EVA	Sin diferencias significativas entre grupos: DME = 0.01, IC95%: -0.23, 0.24, I <sup>2</sup> = 0%	NI
Shin (2016)	3	140	AT en masaje vs no-masaje (atención habitual o no intervención)	EVA	Significativamente favorable a la AT en 1/3 estudios	NI
Shin (2016)	1	221	AT en masaje vs no-masaje (atención habitual)	EORT	Sin diferencias significativas entre grupos	NI
Shin (2016)	1	86	AT en masaje vs no-masaje (atención habitual)	SF-8	Significativamente favorable a la AT	⊕○○○ Muy baja
Farahani (2019)	13	710	AT vs cualquier comparador	EVA y otros	Significativamente favorable a la AT en 9/13 estudios	NI
<b>Fatiga</b>						
Shin (2016)	1	66	AT en masaje vs no masaje (atención habitual)	EVA	Significativamente favorable a la AT	NI
Shin (2016)	1	221	AT en masaje vs no masaje (atención habitual)	EORT	Sin diferencias significativas entre grupos	NI

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
Farahani (2019)	4	219	AT vs cualquier comparador	EORT y otros	Significativamente favorable a la AT en 4/4 estudios	NI
<b>Náuseas y vómitos</b>						
Farahani (2019)	9	600	AT vs cualquier comparador	EVA y otros	Significativamente favorable a la AT en 6/9 estudios	NI
<b>CÓLICOS INFANTILES</b>						
<b>Criterios Wessel (llanto de más de 3 horas, más de 3 días a la semana, durante más de 3 semanas)</b>						
Çetinkaya (2021)	1	125	AT vs placebo	Criterios Wessel	Significativamente favorable a la AT (p < 0.01)	NI
<b>Tiempo semanal de llanto</b>						
Çetinkaya (2021)	1	40	AT vs no intervención	-	Significativamente favorable a la AT (p < 0.05)	NI
<b>CUIDADOS INTENSIVOS</b>						
<b>Ansiedad</b>						
Thrane (2019)	2	120	AT inhalada vs (placebo o no intervención)	NI	Significativamente favorable a la AT en 2/2 estudios	NI
<b>Sueño</b>						
Hu (2015)	1	25	AT inhalada vs atención habitual	RCSQ	Sin diferencias significativas entre grupos (p > 0.05)	NI
Thrane (2019)	1	60	AT vs no intervención	NI	Significativamente favorable a la AT	NI
<b>Estrés mental</b>						
Thrane (2019)	1	60	AT vs placebo	NI	Sin diferencias significativas entre grupos	NI

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>						
<b>Ansiedad</b>						
Candy (2019)	1	42	AT en masaje vs masaje sin AT y no intervención	HADS	No se reportan las diferencias inter-grupo: En ninguno de los grupos se observan cambios en ansiedad	NI
<b>Ansiedad (largo plazo)</b>						
Candy (2019)	2	85	AT vs (TCC o atención habitual)	STAI, POMS	Sin diferencias significativas entre grupos	NI
Hsu (2019)	3	160	AT en masaje vs masaje sin AT	STAI	Sin diferencias significativas entre grupos: DME = -2.60, IC95%: -7.82, 2.63, I <sup>2</sup> = 13%	NI
<b>Calidad de vida</b>						
Candy (2019)	2	87	AT en masaje vs (masaje sin AT o no intervención)	MQOL, RSCL	Sin diferencias significativas entre grupos	NI
<b>Dolor</b>						
Candy (2019)	1	42	AT en masaje vs masaje sin AT y no intervención	EVA 0-10	No se reportan las diferencias inter-grupo: En ninguno de los grupos se observan cambios en ansiedad	NI
<b>Estado de ánimo</b>						
Candy (2019)	2	85	AT vs (TCC o atención habitual)	POMS	Sin diferencias significativas entre grupos	NI
<b>Sueño</b>						
Candy (2019)	1	42	AT en masaje vs atención habitual	VSH	Significativamente favorable a la AT (p = 0.04)	NI
<b>DEMENCIA</b>						

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
<b>Agitación</b>						
Ball (2020)	8	493	AT vs (placebo o no intervención)	CMAI, PAS y evaluaciones conductuales	Significativamente favorable a la AT en 1/8 estudios.	⊕○○○ Muy baja
<b>Sintomatología global</b>						
Ball (2020)	6	286	AT vs (placebo o no intervención)	NPI	Significativamente favorable a la AT en 3/6 estudios.	⊕○○○ Muy baja
<b>Calidad de vida</b>						
Ball (2020)	2	134	AT vs (placebo o no intervención)	BQOLS	Significativamente favorable a la AT en 1/2 estudios.	⊕○○○ Muy baja
<b>Estado de ánimo</b>						
Ball (2020)	2	120	AT vs (placebo o no intervención)	CSDD-C, PG-CARS	Significativamente favorable a la AT en 1/2 estudios.	⊕○○○ Muy baja
<b>Cognición</b>						
Ball (2020)	2	64	AT vs (placebo o no intervención)	MMSE y ADAS-cog	Sin diferencias significativas entre grupos.	⊕○○○ Muy baja
<b>Actividades de la vida diaria</b>						
Ball (2020)	2	91	AT vs (placebo o no intervención)	Barthel Index	Sin diferencias significativas entre grupos.	⊕○○○ Muy baja
<b>DIABETES</b>						
<b>Dolor neuropático</b>						

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
Bayat (2019)	1	46	AT vs atención habitual	EVA 0-10	Significativamente favorable a la AT	NI
<b>Impacto del dolor en la calidad de vida</b>						
Bayat (2019)	1	46	AT vs atención habitual	NePIQoL	Significativamente favorable a la AT	NI
<b>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</b>						
<b>Ansiedad</b>						
Turan (2021)	12	952	AT inhalada vs (atención habitual o placebo)	STAI, BAI y otras	Significativamente favorable a la AT: g = 1.75, IC95%: 1.07, 2.43, I <sup>2</sup> = 95%	⊕⊕⊕○ Moderada
<b>Ritmo cardíaco</b>						
Turan (2021)	3	292	AT inhalada vs (atención habitual o placebo)	-	Significativamente favorable a la AT: g = -0.95, IC95%: -1.22, -0.69, I <sup>2</sup> = 16%	⊕⊕⊕⊕ Alta
<b>Frecuencia respiratoria</b>						
Turan (2021)	2	192	AT inhalada vs (atención habitual o placebo)	-	Significativamente favorable a la AT: g = -0.60, IC95%: -0.9, -0.31, I <sup>2</sup> = 0%	⊕⊕⊕○ Moderada
<b>Presión sanguínea (sistólica)</b>						
Hur (2010)	1	30	AT inhalada vs placebo	-	Significativamente favorable a la AT (p < 0.00001)	NI
Turan (2021)	4	352	AT inhalada vs (atención habitual o placebo)	-	Significativamente favorable a la AT: g = -0.83, IC95%: -1.25, -0.41	⊕⊕○○ Baja
<b>Presión sanguínea (diastólica)</b>						
Hur (2010)	1	30	AT inhalada vs placebo	-	Significativamente favorable a la AT (p < 0.0001)	NI

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
Turan (2021)	4	352	AT inhalada vs (atención habitual o placebo)	-	Sin diferencias significativas entre grupos: g = -0.61, IC95%: -1.36, 0.14	⊕⊕○○ Baja
<b>ENFERMEDADES REUMÁTICAS</b>						
<b>Calidad de vida</b>						
Barao-Paixao (2021)	1	90	AT en masaje vs placebo	NI	Significativamente favorable a la AT	NI
<b>Depresión</b>						
Barao-Paixao (2021)	1	40	AT en masaje vs placebo	NI	Significativamente favorable a la AT	NI
<b>Dolor</b>						
Barao-Paixao (2021)	6	277	AT en masaje vs placebo	NI	Significativamente favorable a la AT en 4/6 estudios	NI
<b>Fatiga</b>						
Barao-Paixao (2021)	1	93	AT inhalada vs placebo	NI	Significativamente favorable a la AT	NI
<b>Funcionalidad</b>						
Barao-Paixao (2021)	4	282	AT en masaje vs placebo	WOMAC y otros	Significativamente favorable a la AT en 3/4 estudios	NI
<b>HEMODIÁLISIS</b>						
<b>Ansiedad</b>						
Bouya (2018)	6	197	AT inhalada vs (atención habitual o no intervención)	DASS-21, STAI, HADS	Significativamente favorable a la AT en 5/6 estudios	NI
<b>Cefalea</b>						

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
Bouya (2018)	1	50	AT en masaje vs atención habitual	EVA 0-10	Significativamente favorable a la AT	NI
<b>Depresión</b>						
Bouya (2018)	3	190	AT inhalada vs (atención habitual o no intervención)	DASS-21, HADS	Significativamente favorable a la AT en 3/3 estudios	NI
<b>Dolor</b>						
Bouya (2018)	2	126	AT inhalada vs (atención habitual o no intervención)	EVA 0-10, NRS	Significativamente favorable a la AT en 2/2 estudios	NI
<b>Estrés</b>						
Bouya (2018)	2	118	AT inhalada vs (atención habitual o no intervención)	DASS-21	Significativamente favorable a la AT en 2/2 estudios	NI
<b>Fatiga</b>						
Bouya (2018)	4	201	AT inhalada vs (placebo, atención habitual o no intervención)	BFI, FSS, MFI, PFS-12	Significativamente favorable a la AT en 3/4 estudios	NI
Yangoz (2021)	8	606	AT vs (atención habitual, no intervención, intervención sin AT)	BFI, FSS y EVA 0-10	Significativamente favorable a la AT: g = 1.7, IC95%: 0.96, 2.43, I <sup>2</sup> = 93%	NI
<b>Sueño</b>						
Bouya (2018)	2	122	AT inhalada vs (atención habitual o no intervención)	PSQI	Significativamente favorable a la AT en 2/2 estudios	NI
<b>INFECCIONES TÓPICAS</b>						
<b>Reducción del acné</b>						
Deyno (2019)	5	256	AT vs (atención habitual o placebo)	-	Significativamente favorable a la AT en 4/5 estudios	NI

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
<b>Descolonización de MRSA</b>						
Deyno (2019)	5	620	AT vs atención habitual	-	Sin diferencias significativas entre grupos	NI
<b>Aparición de nuevo MRSA</b>						
Deyno (2019)	5	620	AT vs atención habitual	-	Significativamente favorable a la AT: 9%, IC95%: 5%, 14% vs 53%, IC95%: 30%, 75%	NI
<b>Mejora de las infecciones fúngicas</b>						
Deyno (2019)	8	631	AT vs (atención habitual o placebo)	-	En general, los aceites esenciales fueron superiores al placebo, pero no a la atención habitual.	NI
<b>INSOMNIO Y OTROS PROBLEMAS DEL SUEÑO</b>						
<b>Ansiedad</b>						
Cheong (2021)	NI	NI	AT vs cualquier comparador	NI	Significativamente favorable a la AT: g = 0.60, IC95%: 0.33, 0.87	NI
<b>Depresión</b>						
Cheong (2021)	NI	NI	AT vs cualquier comparador	NI	Significativamente favorable a la AT: g = 0.57, IC95%: 0.33, 0.78	NI
<b>Estrés</b>						
Cheong (2021)	NI	NI	AT vs cualquier comparador	NI	Significativamente favorable a la AT: g = 0.84, IC95%: 0.54, 1.14	NI
<b>Sueño</b>						

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
Tang (2021)	16	1346	AT vs (no intervención o placebo)	PSQI	Significativamente favorable a la AT: DME = -2.52, IC95%: -3.24, -1.79, I <sup>2</sup> = 91%	NI
Cheong (2021)	34	1922	AT vs cualquier comparador	PSQI	Significativamente favorable a la AT: g = 0.65, IC95%: 0.54, 0.76	NI
<b>MENOPAUSIA</b>						
<b>Función sexual</b>						
Lee (2021)	3	295	AT inhalada vs placebo	FSFI, EVA 0-10, GCS	Significativamente favorable a la AT en 3/3 estudios	NI
Khadivzadeh (2018)	3	295	AT inhalada vs placebo	FSFI, EVA 0-10, GCS	Significativamente favorable a la AT: DME = 0.56, IC95%: 0.31, 0.82, I <sup>2</sup> = 42%	NI
<b>Síntomas globales de la menopausia</b>						
Lee (2021)	4	312	AT vs placebo	GCS, MRS, MENQOL	Significativamente favorable a la AT en 3/4 estudios	NI
Salehi-Pourmehr (2020)	4	236	AT vs (placebo o control)	MRS, MENQOL, KMI	Significativamente favorable a la AT: DME = -1.39, IC95%: -1.98, -0.80, I <sup>2</sup> = 76%	NI
<b>Síntomas psicológicos</b>						
Babakhanian (2018)	4	228	AT en masaje vs (atención habitual o no intervención)	STAI, BDI, MRS	Significativamente favorable a la AT: DME = -1.25, IC95%: -1.89, -0.61, I <sup>2</sup> = 76%, k = 3	NI
<b>Síntomas vasomotores (sofocos y sudoración nocturna)</b>						

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
Lee (2021)	2	181	AT inhalada vs placebo	-	Significativamente favorable a la AT en 1/2 estudios	NI
<b>Sueño</b>						
Salehi-Pourmehr (2020)	3	199	AT vs (placebo o atención habitual)	PSQI y otros	Significativamente favorable a la AT: DME = -2.16, IC95%: -3.77, -0.54, I <sup>2</sup> = 95%	NI
Lee (2021)	1	74	AT vs placebo	PSQI	Significativamente favorable a la AT	NI
<b>OBSTETRICIA</b>						
<b>EMBARAZO Y PARTO</b>						
<b>Ansiedad durante el embarazo</b>						
Di Vito (2020)	2	48	AT vs		Significativamente favorable a la AT en 2/2 estudios	NI
<b>Náuseas y vómitos durante el embarazo</b>						
Di Vito (2020)	2	168	AT vs placebo	-	Significativamente favorable a la AT en 1/2 estudios	NI
Ozgoli (2018)	1	60	AT inhalada vs placebo	-	Sin diferencias significativas entre grupos	NI
<b>Dolor de espalda durante el embarazo</b>						
Nayebi (2017)	1	120	AT tópica vs (placebo y no intervención)	EVA 0-10	Significativamente favorable a la AT	NI
<b>Dolor durante el parto (sin datos de dilatación)</b>						
Chen (2019)	4	364	AT vs varios comparadores	EVA 0-10	Significativamente favorable a la AT: DME = -2.01, IC95%: -3.63, -0.39, I <sup>2</sup> = 96%	NI
Hu (2021)	3	327	AT vs (placebo o atención habitual)	NI	Significativamente favorable a la AT:	NI

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
					DME = -1.81, IC95%: -3.01, -0.61, I <sup>2</sup> = 99%	
Di Vito (2020)	4	349	AT vs placebo	NI	Significativamente favorable a la AT: DME = -2.10, IC95%: -3.6, -0.6, I <sup>2</sup> = 97%	NI
Kazeminia (2020)	13	1589	AT vs control	EVA 0-10	Significativamente favorable a la AT: Intervención: ES = 5.4 ± 0.58 Control: ES = 7.2 ± 0.48	NI
Shaterian (2021)	27	2566	AT vs control	EVA 0-10, NRS	Significativamente favorable a la AT: DM = 1.75, IC95%: 1.13, 2.37, I <sup>2</sup> = 99%	NI
Tabatabaeichehr (2020)	25	4258	AT vs control	NI	Significativamente favorable a la AT en 23/25 estudios	NI
<b>Dolor durante la fase activa tardía del parto</b>						
Chen (2019)	6	652	AT vs varios comparadores	EVA 0-10	Significativamente favorable a la AT: DME = -0.82, IC95%: -1.55, -0.09, I <sup>2</sup> = 93%	NI
Liao (2020)	4	446	AT vs atención habitual	EVA 0-10	Significativamente favorable a la AT: DM = -1.72, IC95%: -2.69, -0.76, I <sup>2</sup> = 98%	NI
<b>Ansiedad durante el parto</b>						
Di Vito (2020)	1	126	AT vs placebo	STAI	Significativamente favorable a la AT (p < 0.001)	NI
Tabatabaeichehr (2020)	17	3231	AT vs control	NI	Significativamente favorable a la AT EN 14/17 estudios	NI
<b>Duración total del parto</b>						
Chen (2018)	4	737	AT vs varios comparadores	-	Sin diferencias significativas entre grupos: DM = -0.62, IC95%: -1.70, 0.47, I <sup>2</sup> = 86	NI

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
<b>APGAR (1 minuto)</b>						
Shaterian (2021)	10	1119	AT vs varios comparadores	APGAR	Sin diferencias significativas entre grupos: DM = 0.01, IC95%: -0.78, 0.81, I <sup>2</sup> = 21%	NI
<b>APGAR (5 minutos)</b>						
Shaterian (2021)	10	1119	AT vs varios comparadores	APGAR	Sin diferencias significativas entre grupos: DM = 0.19, IC95%: -1.08, 1.47, I <sup>2</sup> = 15%	NI
<b>POST-PARTO Y LACTANCIA</b>						
<b>Náuseas y vómitos tras cesárea</b>						
Tsai (2020)	1	35	AT inhalada vs placebo y atención habitual con antieméticos	NRS (0-6)	Significativamente favorable a la AT	NI
<b>Dolor a las 12 horas tras cesárea</b>						
Zimpel (2020)	3	360	AT + analgésicos vs placebo + analgésicos	EVA 0-10	Significativamente favorable a la AT: DME = -2.63, IC95%: -3.48, -1.77	⊕○○○ Muy baja
<b>Dolor a las 24 horas tras cesárea</b>						
Zimpel (2020)	1	200	AT + analgésicos vs placebo + analgésicos	EVA 0-10	Significativamente favorable a la AT	⊕○○○ Muy baja
<b>Presión sanguínea diastólica tras cesárea</b>						
Zimpel (2020)	1	80	AT + analgésicos vs placebo + analgésicos	-	Significativamente favorable a la AT	⊕○○○ Muy baja
<b>Presión sanguínea sistólica tras cesárea</b>						

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
Zimpel (2020)	1	80	AT + analgésicos vs placebo + analgésicos	-	Sin diferencias significativas entre grupos	⊕○○○ Muy baja
<b>Rimo cardíaco tras cesárea</b>						
Zimpel (2020)	1	80	AT + analgésicos vs placebo + analgésicos	-	Sin diferencias significativas entre grupos	⊕○○○ Muy baja
<b>Necesidad de analgésicos de rescate tras cesárea</b>						
Zimpel (2020)	3	220	AT + analgésicos vs placebo + analgésicos	-	Sin diferencias significativas entre grupos: RR = 0.69, IC95%: 0.19, 2.49, I <sup>2</sup> = 99%	⊕○○○ Muy baja
<b>Dolor tras episiotomía</b>						
Tsai (2019)	4	325	AT vs varios comparadores	EVA 0-10	Significativamente favorable a la AT en 3/4 estudios	NI
Samuelson (2020)	1	60	AT vs placebo	EVA 0-10	Significativamente favorable a la AT (p < 0.001)	NI
<b>Recuperación tras episiotomía</b>						
Tsai (2019)	3	269	AT vs (placebo o atención habitual)	REEDA	Significativamente favorable a la AT en 3/3 estudios <sup>b</sup>	NI
Samuelson (2020)	2	120	AT vs (placebo o atención habitual con Betadine)	REEDA	Significativamente favorable a la AT en 2/2 estudios	NI
<b>Depresión post-parto</b>						
Di Vito (2020)	2	124	AT vs varios comparadores	EPDS	Significativamente favorable a la AT en 1/2 estudios	NI
<b>Sueño en el post-parto</b>						

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
Di Vito (2020)	2	254	AT vs placebo	PSQI	Significativamente favorable a la AT en 2/2 estudios	NI
<b>Prevención de la aparición de grietas en el pezón durante la lactancia</b>						
Tsai (2019)	2	306	AT vs leche materna	-	Significativamente favorable a la AT en 2/2 estudios	NI
<b>Dolor por grietas en el pezón durante la lactancia</b>						
Tsai (2019)	2	306	AT vs leche materna	EVA 0-10, Escala Amir	Significativamente favorable a la AT en 2/2 estudios	NI
<b>PEDICULOSIS (INFESTACIÓN POR PIOJOS)</b>						
<b>Erradicación de piojos</b>						
Burgess (2014)	1	123	AT (árbol de té y lavanda) vs (extracto de piretro con butóxido de piperonilo)	-	Significativamente favorable a la AT en 1/1 estudios.	⊕⊕○○ Baja
<b>PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y ODONTOLÓGICOS</b>						
<b>Ansiedad pre-procedimental</b>						
Guo (2020)	20	1717	AT vs (control activo o pasivo)	STAI y otros	Significativamente favorable a la AT: DME = -0.57, IC95%: -0.75, -0.39, I <sup>2</sup> = 63%, k = 18, n = 1505	NI
Abdelhakim (2020)	5	315	AT vs (no AT o placebo)	STAI	Significativamente favorable a la AT: DME = -3.21, IC95%: -6.08, -0.35, I <sup>2</sup> = 90%	NI
Aboualsoltani (2020)	1	66	AT vs oxazepam	STAI	Sin diferencias significativas entre grupos	NI
Goldsworthy (2020)	2	NI	AT vs varios comparadores	STAI	Significativamente favorable a la AT en 1/2 estudios	NI
Bidiss (2014)	6	865	AT vs (placebo, atención habitual o no intervención)	STAI y otros	Significativamente favorable a la AT en 2/6 estudios	NI

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
Cai (2020)	6	1355	AT vs control pasivo	MDAS	Significativamente favorable a la AT en 4/6 estudios	⊕○○○ Muy baja
Cai (2020)	3	538	AT vs control pasivo	STAI-S	Significativamente favorable a la AT en 2/3 estudios	⊕○○○ Muy baja
<b>Dolor post-operatorio</b>						
Dimitrou (2017)	9	648	AT vs diferentes comparadores	NI	Significativamente favorable a la AT en 4/9 estudios.	NI
Abdelhakim (2020)	3	150	AT vs (no AT o placebo)	EVA 0-10	Significativamente favorable a la AT: DME = -0.83, IC95%: -1.59, -0.07, I <sup>2</sup> = 37%	NI
<b>Náuseas y vómitos en el post-operatorio (severidad)</b>						
Hines (2018)	6	241	AT vs (placebo o TAU)	EVA 0-10	Sin diferencias significativas entre grupos: DME = -0.22, IC95%: -0.63, 0.18	⊕⊕○○ Baja
<b>Náuseas y vómitos en el post-operatorio (tasa de pacientes libres de náuseas)</b>						
Hines (2018)	4	193	AT vs (placebo o TAU)	-	Sin diferencias significativas entre grupos: RR = 3.25, IC95%: 0.31, 34.33	⊕○○○ Muy baja
<b>Necesidad de antieméticos de rescate</b>						
Hines (2018)	7	609	AT vs (placebo o TAU)	-	Significativamente favorable a la AT: RR = 0.60, IC95%: 0.37, 0.97	⊕⊕○○ Baja
<b>Tasa cardíaca</b>						
Abdelhakim (2020)	4	295	AT vs (no AT o placebo)	-	Significativamente favorable a la AT: DM = -5.49, IC95%: -9.07, 1.91, I <sup>2</sup> = 0%	NI
Cai (2020)	6	486	AT vs control pasivo	-	Significativamente favorable a la AT en 4/6 estudios	NI
<b>Presión arterial</b>						

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
Abdelhakim (2020)	4	295	AT vs (no AT o placebo)	-	Sin diferencias significativas entre grupos	NI
Cai (2020)	5	444	AT vs control pasivo	-	Significativamente favorable a la AT en 3/5 estudios	NI
<b>PSORIASIS</b>						
<b>Severidad de la psoriasis</b>						
Manucci (2017)	1	193	AT + fototerapia vs fototerapia	PASI	Sin diferencias significativas entre grupos (p = 0.786)	NI
<b>Duración del tratamiento</b>						
Manucci (2017)	1	193	AT + fototerapia vs fototerapia	-	Significativamente favorable a la AT (p = 0.04)	NI
<b>Número acumulado de dosis de rayos ultravioleta</b>						
Manucci (2017)	1	193	AT + fototerapia vs fototerapia	-	Significativamente favorable a la AT (p = 0.004)	NI
<b>QUEMADURAS</b>						
<b>Ansiedad</b>						
Fardin (2020)	3	223	AT vs atención habitual	STAI, BSPAS	Sin diferencias significativas entre grupos: DME = -1.68, IC95%: -3.66, 0.29, I <sup>2</sup> = 97%	NI
Choi (2017)	1	60	AT vs placebo	STAI	Significativamente favorable a la AT (p = 0.0007)	NI
<b>Dolor</b>						
Choi (2017)	2	140	AT inhalada vs (placebo o no intervención)	EVA 0-10	Significativamente favorable a la AT en 2/2 estudios	NI
<b>SALUD DENTAL</b>						
<b>Personas libres de placa</b>						
Araujo (2015)	29	4652	Enjuague bucal con AE vs métodos manuales	-	Significativamente favorable a la AT: OR = 7.8, IC95%: 5.4, 11.2	NI

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
<b>Reducción de la placa</b>						
Haas (2016)	14	2597	Enjuague bucal con AE vs enjuagues con placebo	QHPI	Significativamente favorable a la AT: DME = -0.86, IC95%: -1.05, -0.66, I <sup>2</sup> = 98%	NI
Haas (2016)	4	982	Enjuague bucal con AE vs enjuagues con cloruro de cetilpiridinio	QHPI	Significativamente favorable a la AT: DME = -0.75, IC95%: -0.89, -0.61	NI
Van Leeuwen (2011)	4	255	Enjuague bucal con AE vs clorhexidina	PI	Significativamente favorable a la AT: DME = 0.19, IC95%: 0.08, 0.30, I <sup>2</sup> = 0%	NI
Van Leeuwen (2014)	5	605	Enjuague bucal con AE vs solución hidroalcohólica	PI	Significativamente favorable a la AT: DME = 0.39, IC95%: 0.30, 0.47, I <sup>2</sup> = 0%	⊕⊕⊕⊕ Alta
Freires (2015)	3	101	Enjuague bucal con AE vs (enjuagues con placebo o clorhexidina)	PI	Significativamente favorable a la AT en 1/3 estudios	NI
Escribano (2016)	49	4242	Diferentes agentes activos (dentífricos) vs placebo (MA en red)	PI	Los aceites esenciales no fueron superiores al placebo (DME = -0.50, IC95%: -1.14, 0.14, k = 1) ni al resto de agentes activos.	NI
Escribano (2016)	49	4242	Diferentes agentes activos (dentífricos) (MA en red)	PI	Los aceites esenciales no fueron superiores al resto de agentes activos.	NI
Escribano (2016)	32	4180	Diferentes agentes activos (enjuagues) (MA en red) vs placebo	PI	Los aceites esenciales con y sin base alcohólica fueron superiores al placebo (DME = -0.86, IC95%: -1.05, -0.76 y DME = -0.86, IC95%: -1.30, -0.42, respectivamente)	NI
Escribano (2016)	32	4180	Diferentes agentes activos (enjuagues) (MA en red)	PI	Los aceites esenciales fueron superiores al tratamiento con alexidina (DME = 0.68, IC95%: 0.22, 1.14) y con demopinol (DME = 0.62, IC95%: 0.01, 1.23).	NI
<b>Reducción del índice de gingivitis</b>						
Figuro (2019)	32	2682	Diferentes agentes activos (dentífricos) vs placebo (MA en red)	GI	Los aceites esenciales no fueron superiores al placebo	NI

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
Figuro (2019)	32	2682	Diferentes agentes activos (dentífricos) (MA en red)	GI	Los aceites esenciales no fueron superiores al resto de agentes activos (no hubo diferencias significativas entre agentes activos)	NI
Figuro (2019)	19	5775	Diferentes agentes activos (enjuagues) vs placebo (MA en red)	GI	Los aceites esenciales con y sin base alcohólica fueron superiores al placebo (DME = 1.44, IC95%: 0.82, 2.06 y DME = 3.69, IC95%: 1.91, 5.46)	NI
Figuro (2019)	19	5775	Diferentes agentes activos (enjuagues) (MA en red)	GI	Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los aceites esenciales sin base alcohólica y el resto de agentes activos, favoreciendo al uso de aceites esenciales	NI
Haas (2016)	11	2336	Enjuague bucal con AE vs enjuagues con placebo	MGI	Significativamente favorable a la AT: DME = -0.52, IC95%: -0.67, -0.32, I <sup>2</sup> = 99%	NI
Haas (2016)	4	982	Enjuague bucal con AE vs enjuagues con cloruro de cetilpiridinio	MGI	Significativamente favorable a la AT: DME = -0.52, IC95%: -0.62, -0.42	NI
Van Leeuwen (2011)	3	173	Enjuague bucal con AE vs clorhexidina	GI	Significativamente favorable a la AT: DME = -0.03, IC95%: -0.16, 0.09, I <sup>2</sup> = 62%	NI
Van Leeuwen (2014)	2	289	Enjuague bucal con AE vs soluciones hidroalcohólicas	GI	Significativamente favorable a la AT: DME = 0.36, IC95%: 0.26, 0.08, I <sup>2</sup> = 0%	⊕⊕⊕○ Moderada
Van Leeuwen (2014)	2	286	Enjuague bucal con AE vs soluciones hidroalcohólicas	MGI	Significativamente favorable a la AT: DME = 0.17, IC95%: 0.08, 0.25, I <sup>2</sup> = 0%	⊕⊕⊕○ Moderada
<b>Cicatrización de heridas periodontales</b>						
Javed (2012)	18	1868	Dentífricos con AE vs placebo	-	Significativamente favorable a la AT en 14/18 estudios	NI
<b>SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE</b>						
<b>Número de personas que experimentan una mejora global de los síntomas</b>						
Hawrelak (2020)	10	684	AT vs placebo	-	Significativamente favorable a la AT:	NI

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
					RR = 1.95, IC95%: 1.46, 2.62, I <sup>2</sup> = 56%	
<b>Número de personas que reducen sus niveles de dolor abdominal</b>						
Hawrelak (2020)	2	207	AT vs placebo	-	Significativamente favorable a la AT: RR = 2.14, IC95%: 1.56, 2.94, I <sup>2</sup> = 1%	NI
<b>TRASTORNOS DE ANSIEDAD</b>						
<b>Ansiedad</b>						
Yap (2019)	5	1320	Silexan <sup>®</sup> 160 mg vs (placebo, paroxetina o lorazepam)	HAMA	Significativamente favorable a la AT: DM = -4.97, IC95%: -7.17, -2.76, I <sup>2</sup> = 0%	NI
Yap (2019)	5	1320	Silexan <sup>®</sup> 80 mg vs (placebo, paroxetina o lorazepam)	HAMA	Significativamente favorable a la AT: DM = -3.82, IC95%: -5.26, -2.38, I <sup>2</sup> = 0%	NI
von Känel (2020)	5	1172	Silexan <sup>®</sup> vs placebo	HAMA	Significativamente favorable a la AT: DM = -0.31, IC95%: -0.52, -0.10, I <sup>2</sup> = 39%	NI
<b>Calidad de vida</b>						
von Känel (2020)	4	973	Silexan <sup>®</sup> 80 mg vs placebo	SF-36	Significativamente favorable a la AT: DME = 0.31, IC95%: 0.18, 0.44, I <sup>2</sup> = 0%	NI
<b>TRASTORNOS MENSTRUALES</b>						
<b>SÍNDROME PREMENSTRUAL</b>						
<b>Fatiga</b>						
Es-haghee (2020)	5	NI	AT vs varios comparadores	PSST y otros	Significativamente favorable a la AT: DME = -1.44, IC95%: -2.44, -0.44, I <sup>2</sup> = 90%	NI
<b>Síntomas físicos (medida combinada)</b>						
Es-haghee (2020)	5	NI	AT vs varios comparadores	PSST y otros	Sin diferencias significativas entre grupos: DME = -1.28, IC95%: -2.75, 0.19, I <sup>2</sup> = 96%	NI
<b>Síntomas psicológicos (medida combinada)</b>						
Es-haghee (2020)	3	NI	AT vs varios comparadores	PSST y otros	Significativamente favorable a la AT: DME = -3.51, IC95%: -4.84, -2.18, I <sup>2</sup> = 83%	NI

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
<b>Ansiedad</b>						
Es-haghee (2020)	5	NI	AT vs varios comparadores	PSST y otros	Significativamente favorable a la AT: DME = -1.78, IC95%: -3.17, -0.38, I <sup>2</sup> = 94%	NI
<b>Depresión</b>						
Es-haghee (2020)	5	NI	AT vs varios comparadores	PSST y otros	Significativamente favorable a la AT: DME = -2.00, IC95%: -3.65, -0.34, I <sup>2</sup> = 94%	NI
<b>Confusión</b>						
Es-haghee (2020)	4	NI	AT vs varios comparadores	PSST y otros	Significativamente favorable a la AT: DME = -0.65, IC95%: -1.33, -0.02, I <sup>2</sup> = 67%	NI
<b>DISMENORREA</b>						
<b>Dolor</b>						
Lee (2018)	19	1787	AT vs placebo	EVA 0-10 y otros	Significativamente favorable a la AT: DME = -0.91, IC95%: -1.17, -0.64, I <sup>2</sup> = 88%	⊕⊕⊕○ Moderada
Lee (2018)	7	704	AT inhalada vs placebo	EVA 0-10 y otros	Significativamente favorable a la AT: DME = -1.02, IC95%: -1.59, -0.44, I <sup>2</sup> = 95%	⊕⊕⊕○ Moderada
Lee (2018)	11	793	AT en masaje vs placebo	EVA 0-10 y otros	Significativamente favorable a la AT: DME = -0.87, IC95%: -1.14, -0.60, I <sup>2</sup> = 70%	⊕⊕⊕○ Moderada
Lee (2018)	2	290	AT oral vs placebo	EVA 0-10 y otros	Significativamente favorable a la AT: DME = -0.61, IC95%: -0.91, -0.30, I <sup>2</sup> = 0%	⊕⊕⊕○ Moderada
<b>VARIAS POBLACIONES</b>						
<b>Ansiedad</b>						
Donelli (2019)	12	901	AT inhalada con lavanda vs (atención habitual o no intervención)	STAI-S	Significativamente favorable a la AT: DM = -5.99, IC95%: -9.39, -2.59, I <sup>2</sup> = 95%	NI

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
Donelli (2019)	4	196	AT inhalada con lavanda vs (atención habitual o no intervención)	STAI-T	Significativamente favorable a la AT: DME = -8.14, IC95%: -14.44, -1.84, I <sup>2</sup> = 91%	NI
Donelli (2019)	24	1682	AT inhalada con lavanda vs cualquier comparador	Cualquier instrumento validado	Significativamente favorable a la AT: DME = -0.73, IC95%: -1.00, -0.46, I <sup>2</sup> = 85%	NI
Donelli (2019)	6	448	AT en masaje con lavanda vs otras terapias físicas (reflexología o masaje sin AT)	Cualquier instrumento validado	Significativamente favorable a la AT: DME = -0.66, IC95%: -0.97, 0.35, I <sup>2</sup> = 61%	NI
Gong (2020)	31	2541	AT vs control	STAI-S	Significativamente favorable a la AT: DME = -5.16, IC95%: -5.78, -4.55, I <sup>2</sup> = 81%	NI
Gong (2020)	11	727	AT vs control	STAI-T	Significativamente favorable a la AT: DME = -2.95, IC95%: -3.95, -1.75, I <sup>2</sup> = 45%	NI
Kang (2019)	19	1893	AT con lavanda vs (placebo o no intervención)	STAI, HADS-A, BAI, HAMA y otros	Significativamente favorable a la AT: DME = -0.65, IC95%: -0.84, -0.46, I <sup>2</sup> = 73%	NI
Manucci (2018)	9	504	AT vs control	STAI y otros	Significativamente favorable a la AT en 8/9 estudios	NI
Sayed (2020)	24	NI	Diferentes formas de administración de aromaterapia vs control (MA en red)	NI	Solo la aromaterapia inhalada con lavanda produjo una reducción significativa de la ansiedad en comparación con el control: DME = -0.57, IC95%: -1.14, -0.01	NI
Lee (2011)	16	25377	AT vs (no intervención, atención habitual o placebo)	NI	En general, la aromaterapia fue superior al no tratamiento, pero frente a atención habitual o placebo los resultados fueron inconsistentes.	NI
<b>Dolor agudo</b>						
Lakhan (2016)	8	1019	AT vs (atención habitual, placebo o masaje sin AT)	EVA 0-10	Significativamente favorable a la AT: DME = -1.18, IC95%: -1.33, -1.03, I <sup>2</sup> = 97%	NI
Nasiri (2021)	15	1068	AT con rosa de damasco vs (placebo o atención habitual)	EVA 0-10	Significativamente favorable a la AT: DME = -2.39, IC95%: -1.57, -0.75, I <sup>2</sup> = 98%	⊕⊕○○ Baja

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
<b>Estrés subjetivo</b>						
Hur (2014)	3	80	AT vs (no intervención o intervención sin AT)	EVA 0-10, SACL	Significativamente favorable a la AT: DME = -0.96, IC95%: -1.44, -0.48, I <sup>2</sup> = 0%	⊕⊕○○ Baja
<b>Estrés objetivo (cortisol en saliva)</b>						
Hur (2014)	3	88	AT vs (no intervención o intervención sin AT)	-	Sin diferencias significativas entre grupos: DME = -0.62, IC95%: -1.25, 0.02, I <sup>2</sup> = 46%	⊕⊕○○ Baja
<b>Sueño</b>						
Her (2021)	30	1657	AT vs varios comparadores	PSQI y otros	Significativamente favorable a la AT: g = 0.74, IC95%: 0.30, 1.19, I <sup>2</sup> = 95%	NI
Kang (2019)	6	471	AT vs varios comparadores	PSQI	Significativamente favorable a la AT: DME = 0.97, IC95%: 0.64, 1.29, I <sup>2</sup> = 64%	NI
Lin (2019)	31	2389	AT vs varios comparadores	PSQI y otros	Significativamente favorable a la AT: g = 1.10, IC95%: 0.81, 1.40, I <sup>2</sup> = 91%	NI
France (2017)	4	185	AT vs varios comparadores	PSQI y otros	Significativamente favorable a la AT en 2/4 estudios	NI
<b>Presión arterial sistólica</b>						
Kang (2019)	6	372	AT vs (no intervención, atención habitual o placebo)	-	Significativamente favorable a la AT: DME = -0.22, IC95%: -0.43, -0.02, I <sup>2</sup> = 0%	NI
<b>Presión arterial diastólica</b>						
Kang (2019)	6	372	AT vs (no intervención, atención habitual o placebo)	-	Sin diferencias significativas entre grupos: DME = -0.17, IC95%: -0.37, 0.04, I <sup>2</sup> = 0%	NI
<b>Ritmo cardíaco</b>						
Kang (2019)	6	372	AT vs (no intervención, atención habitual o placebo)	-	Significativamente favorable a la AT: DME = -0.53, IC95%: -0.74, -0.32, I <sup>2</sup> = 10%	NI

Autor (año)	k	n	Comparación	Instrumentos <sup>a</sup>	Resultado	Calidad de la evidencia
-------------	---	---	-------------	---------------------------	-----------	-------------------------

<sup>a</sup> Se reportan los instrumentos más utilizados.

<sup>b</sup> En uno de los estudios, el efecto solo fue significativo para el enrojecimiento.

ADAS-cog: Alzheimer Disease Assessment Scale-Cognitive; APGAR: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, and Respiration; AT: aromaterapia; BAI: Beck Anxiety Inventory; BDI: Beck Depression Inventory; BFI: Brief Fatigue Inventory; BQOLS: Blau Quality of Life Scale; BSPAS: Burns Specific Pain Anxiety Scale; CES-D: Center for Epidemiological Studies-Depression scale; CMAI: Cohen Mansfield Agitation Inventory; CSDD-C: Cornell Scale for Depression in Dementia-Chinese Version; DASS-21: Depression Anxiety Stress Scale; DME: diferencia de medias estandarizada; EORT: European Organization of Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; EVA: Escala Visual Analógica; FSS: Fatigue Severity Index; GCS: Greene Climacteric Scale; GI: Gingival Index; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; HAMA: Hamilton Anxiety Scale; KMI: Kupperman Menopausal Index; MDAS: The Modified Dental Anxiety Scale; MENQOL: The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire; MFI: Multidimensional Fatigue Inventory; MGI: Modified Gingival Index; MMSE: Mini-Mental State Examination; MQOL: McGill Quality of Life Questionnaire; MRS: The Menopause Rating Scale; MYMOP: Measure Yourself Medical Outcome Profile; NePIQoL: Neuropathic Pain Impact on Quality-of-Life Questionnaire; NI: No información; NPI: Neuropsychiatric Inventory; NRS: Numerical Rating Scale; PAS: Pittsburgh Agitation Scale; PASI: Psoriasis Area and Severity Index; PAT: Pain Assessment Tool; PFS-12: Piper Fatigue Scale-12; PG-CARS: Philadelphia Geriatric Center AGect Rating Scale; PI: Plaque Index; POMS: The Profile Mood States; PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index; PSST: Premenstrual Symptoms Screening Tool; QHPI: Quigley-Hein Plaque Index; RCSQ: Richards-Campbell Sleep Questionnaire; REEDA: Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge and Approximation; RSCL: The Rotterdam Symptom Checklist; SDS: Zung Self-Rating Depression Scale; SF-36: Short Form Health Survey (36 items); SF-8: Short Form Health Survey (8 items); STAI: State-Trait Anxiety Inventory; STAI-S: State-Trait Anxiety Inventory-State Subscale; STAI-T: State-Trait Anxiety Inventory-Trait Subscale; VSH: The Verran and Snyder-Halpern Sleep Scale; WOMAC: Western Ontario and McMaster

