FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN FINAL
CARRERA: KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

DIRECTOR DE CARRERA:

LIC. DIEGO CASTAGNARO

NOMBRE Y APELLIDO: Martinez Carreño Luana

TUTOR:

LIC. Lopez Pertiñez Cristhian Agustin

FECHA DE PRESENTACIÓN

28/08/2026

FECHA DE DEFENSA DE TRABAJO FINAL:

28/08/2026

TÍTULO DEL TRABAJO:

“Efectividad histórica del kinesiotaping en los últimos 10 años”

SEDE:

LA RIOJA - CAPITAL

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
(011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
(0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
(03756) 15401364

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
FUNDACIÓN H. BARCELÓ
LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

PÁGINA DE APROBACIÓN

EVALUACIÓN DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

Calificación.....

DEFENSA ORAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Calificación.....

TRIBUNAL EXAMINADOR

....

Agradecimientos

Agradecimientos infinitos a la gente que me acompaño en este proceso. Particularmente a mis padres por la oportunidad, a mi mama por siempre estar incondicionalmente y a mi papa por acompañar con su cálido silencio. A mi abuelo Roque, por sus mensajes de aliento previo a rendir y a mi abuela Virginia, por esperarme siempre con la comida y un abrazo listo cada vez que salía de rendir. A toda mi familia por acompañar de alguna manera. A mis hermanos por ser el motor mas grande de mi vida. A mi ángel de la guarda mi Tata Luis. Párrafo aparte para mis amigos, sobre todo a Camila, Xenia, Ludmila y Sol por confiar siempre en mí, muchas veces más que yo misma. Y por último a mí, por siempre tener la fortaleza de seguir por mas de las adversidades. Gracias de todo corazón, este logro es mío, pero gracias a ustedes.

Tabla De Contenido

Resumen 6

Abstract 7

Introducción 8

Planteamiento del problema 8

Justificación 9

Marco Teórico 9

Kinesiotaping 9

Características y tipos de cintas utilizadas en kinesiotaping 11

Relación Entre Calidad De Cinta Y Resultados Terapéuticos 14

Kinesiotaping En Las Patologías Musculoesqueléticas Más Comunes 15

Estado Del Arte 17

Hipótesis 19

Objetivos 19

Objetivo General 19

Objetivos Específicos 19

Metodología 20

Diseño Y Enfoque 20

Búsqueda Y Selección De Estudios 20

Criterios De Inclusión 20

Criterios De Exclusión 20

Riesgo De Sesgo 21

Categorización De Variables 21

Resultados 23

Discusión 35

Conclusión 37

Referencias Bibliográficas 37

Resumen

Introducción: El kinesiotaping es una herramienta complementaria muy popular en la rehabilitación física, pero la magnitud real de su efectividad clínica sigue bajo debate. Hipótesis: El kinesiotaping presenta evidencia científica suficiente que comprueba su efectividad en el tratamiento del dolor y las mejoras funcionales. Objetivos: Analizar la evidencia científica (2016-2026) sobre la efectividad del kinesiotaping en pacientes sanos y con lesiones musculoesqueléticas; identificar sus beneficios en el dolor, rango de movimiento (ROM) y rendimiento funcional; y determinar en qué patologías posee mayor respaldo.

Metodología: Revisión bibliográfica, descriptiva y documental de enfoque cualicuantitativo. Se realizó una búsqueda en PubMed, SciELO y PEDro para recopilar 20 estudios (ensayos clínicos, cuasiexperimentales y revisiones). Se evaluó el riesgo de sesgo global mediante herramientas estandarizadas (RoB 2, ROBINS-I, AMSTAR 2 y JBI).

Resultados: El 57% de los estudios presentó un alto riesgo de sesgo. Respecto a las variables clínicas, el 55% reportó que la técnica no es efectiva para disminuir el dolor. Sin embargo, el 75% confirmó su efectividad en la mejora del rendimiento funcional. La efectividad general fue moderada (70%), evidenciándose mayores beneficios en el ROM (45%) en lesiones musculoesqueléticas y ligamentosas del hombro, en contraste con afecciones lumbares o tendinosas.

Conclusión: Se confirma parcialmente la hipótesis. El kinesiotaping posee efectividad moderada con impacto positivo a corto plazo en el rendimiento funcional y la estabilidad articular, pero no es una solución definitiva. Las limitaciones metodológicas de la literatura actual impiden considerarla una terapia con evidencia científica contundente.

Palabras clave: Kinesiotaping; Vendaje neuromuscular; Dolor musculoesquelético; Rendimiento funcional; Rango de movimiento; Revisión bibliográfica.

Abstract

Introduction: Kinesiotaping is a highly popular complementary tool in physical rehabilitation; however, the actual magnitude of its clinical effectiveness remains under debate. **Hypothesis:** Kinesiotaping presents sufficient scientific evidence to prove its effectiveness in pain management and functional improvements. **Objectives:** To analyze the scientific evidence (2016-2026) regarding the effectiveness of kinesiotaping in healthy patients and those with musculoskeletal injuries; to identify its benefits on pain, range of motion (ROM), and functional performance; and to determine which pathologies have the strongest support.

Methodology: A qualitative-quantitative, descriptive, and documentary literature review was conducted. A search was performed in PubMed, SciELO, and PEDro databases to collect 20 studies (clinical trials, quasi-experimental studies, and reviews). Global risk of bias was assessed using standardized tools (RoB 2, ROBINS-I, AMSTAR 2, and JBI).

Results: High risk of bias was found in 57% of the studies. Regarding clinical variables, 55% reported that the technique is not effective for pain reduction. Conversely, 75% confirmed its effectiveness in improving functional performance. The overall effectiveness was predominantly moderate (70%), showing greater kinematic and ROM benefits (45%) in musculoskeletal and ligament injuries of the shoulder, in contrast to lumbar or tendinous conditions.

Conclusion: The hypothesis is partially confirmed. Kinesiotaping exhibits moderate effectiveness with a positive short-term impact on functional performance and joint stability, but it is not a definitive solution. The methodological limitations in current literature prevent it from being considered a therapy with definitive scientific evidence.

Keywords: Kinesiotaping; Athletic tape; Musculoskeletal pain; Functional performance; Range of motion; Literature review.

Introducción

El kinesiotaping, también conocido como vendaje neuromuscular, es una técnica terapéutica utilizada en el ámbito de la rehabilitación y la fisioterapia. Fue desarrollado por el quiropráctico japonés Kenzo Kase en la década de 1970, con el objetivo de brindar soporte muscular y articular sin limitar el movimiento. Actualmente, su uso se ha expandido ampliamente en el tratamiento de lesiones musculoesqueléticas, deportivas y neurológicas (Kase, Wallis & Kase, 2003).

El creciente uso del kinesiotaping en el ámbito deportivo y de rehabilitación ha despertado interés tanto en profesionales de la salud como en investigadores, debido a su bajo costo, facilidad de aplicación y amplia aceptación por parte de los pacientes Lim & Tay, 2015).

Planteamiento del problema

A pesar de su popularidad y frecuente utilización en el ámbito terapéutico y deportivo, todavía existe controversia acerca de su verdadera efectividad. Diversos estudios científicos reportan resultados favorables (Araya-Quintanilla et al., 2022). Sin embargo, otras investigaciones sostienen que los beneficios del kinesiotaping son mínimos, temporales o clínicamente poco relevantes, señalando además que muchos de sus efectos podrían relacionarse con el placebo o con factores psicológicos asociados a la percepción del tratamiento (Parreira et al., 2014).

Por ello, surge la necesidad de analizar la evidencia científica publicada durante los últimos diez años para determinar el grado de la efectividad del kinesiotaping en pacientes con patologías musculoesqueléticas y establecer su relevancia como complemento del tratamiento kinésico.

Justificación

La realización de esta revisión permitirá reunir y analizar evidencia científica actualizada sobre la efectividad del kinesiotaping durante los últimos diez años, aportando información útil para estudiantes y profesionales de kinesiología. Asimismo, contribuirá a determinar si esta técnica posee fundamentos científicos suficientes para continuar siendo utilizada como complemento terapéutico.

Desde el punto de vista académico, esta investigación permitirá fortalecer los conocimientos sobre intervenciones basadas en evidencia científica y promover una práctica clínica más objetiva y fundamentada.

Marco Teórico

Kinesiotaping

El kinesiotaping, también conocido como vendaje neuromuscular, fue desarrollado en la década de 1970 por el quiropráctico japonés Kenzo Kase. Su creación surgió a partir de la necesidad de diseñar un método terapéutico que proporcionara soporte a músculos y articulaciones sin limitar el movimiento, a diferencia de los vendajes rígidos tradicionales utilizados en rehabilitación deportiva y musculoesquelética.

Kase observó que muchos tratamientos inmovilizaban excesivamente las estructuras lesionadas, retrasando en algunos casos la recuperación funcional. Frente a esta problemática, desarrolló una cinta elástica adhesiva con propiedades similares a la piel humana, capaz de acompañar el movimiento corporal mientras ofrecía estimulación sensorial y soporte mecánico (Kase, Wallis & Kase, 2003).

Inicialmente, el kinesiotaping fue utilizado principalmente en Japón y otros países asiáticos, especialmente en tratamientos musculares, articulares y linfáticos. Sin embargo, su expansión internacional ocurrió progresivamente a partir de la década de 1990, alcanzando gran visibilidad en eventos deportivos de alto rendimiento.

El crecimiento más importante del kinesiotaping ocurrió durante los Juegos Olímpicos de Beijing 2008 y Londres 2012, cuando numerosos atletas comenzaron a utilizar las características cintas de colores visibles sobre distintas regiones corporales. Este fenómeno incrementó notablemente el interés de profesionales de la salud, deportistas e investigadores, favoreciendo su incorporación en clínicas de rehabilitación y fisioterapia a nivel mundial.

El kinesiotaping consiste en una cinta adhesiva de algodón con propiedades elásticas similares a la piel humana, capaz de estirarse aproximadamente entre un 40 % y un 60 % de su longitud original. Su diseño busca adaptarse al movimiento corporal sin limitar la movilidad articular ni interferir con las actividades funcionales del paciente (Parreira et al., 2014). Además, presentan diferencias relacionadas con su composición, elasticidad, adhesividad, resistencia y finalidad terapéutica. Aunque todas buscan imitar las propiedades biomecánicas de la piel humana, no todas ofrecen la misma calidad ni el mismo rendimiento clínico.

Si bien su utilización está dedicada la mayoría de las veces en el ámbito deportivo, también es utilizado en otras ramas de la kinesiología como, por ejemplo: **Kinesiología neurológica:** principalmente en pacientes con alteraciones motoras secundarias a patologías neurológicas. Ej.: ACV, Parkinson. Parálisis cerebral. **Kinesiología respiratoria:** ha empezado a utilizarse como herramienta complementaria para favorecer la mecánica ventilatoria, aplicándose en pacientes como por ej.: restricciones torácicas, debilidad muscular respiratoria, alteraciones posturales que afectan la respiración. **Kinesiología pediátrica:** principalmente se utiliza como complemento terapéutico en niños con alteraciones neuromotoras buscando

favorecer el control motor y su estabilidad corporal. **Kinesiología geriátrica:** se aplica especialmente en pacientes con debilidad muscular, artrosis y alteraciones de equilibrio. Algunos autores reportan mejoras en marcha y seguridad funcional, contribuyendo a la prevención de caídas. **Kinesiología linfática y rehabilitación oncológica:** una de las aplicaciones más importantes y utilizadas, en el manejo del edema y el drenaje linfático especialmente en pacientes postquirúrgicos y oncológicos. Muy utilizado en pacientes con linfedema posterior al tratamiento del cáncer de mama.

Figura 1. Kinesiotaping



Nota. Imagen generada con ChatGPT (OpenAI, 2026)

Características y tipos de cintas utilizadas en kinesiotaping

***Cintas De Algodón Elástico** (Convencionales)*

Son las más utilizadas en el ámbito kinésico y deportivo. Se encuentran elaboradas principalmente con algodón y fibras elásticas, permitiendo una elongación aproximada del 40 % al 60 % de su longitud original, similar a la elasticidad de la piel humana.

Estas cintas favorecen la movilidad funcional sin restringir el rango de movimiento, siendo utilizadas para:

- Disminución del dolor musculoesquelético.
- Facilitación o inhibición muscular.
- Corrección postural.
- Estimulación propioceptiva.
- Reducción de edema e inflamación.

Su adhesivo suele activarse con el calor corporal, permitiendo permanecer adheridas entre 3 y 5 días (Kase, Wallis & Kase, 2003).

Cintas Sintéticas O De Alta Resistencia

Algunas marcas incorporan fibras sintéticas, como nylon o mezclas textiles de mayor resistencia, diseñadas especialmente para deportistas de alto rendimiento o actividades acuáticas.

Entre sus características destacan:

- Mayor resistencia al sudor.
- Adhesión prolongada.
- Mejor tolerancia al agua.
- Mayor durabilidad.

No obstante, su menor transpirabilidad puede generar irritación cutánea en personas sensibles.

Cintas Pre-Cortadas (Pre-Cut)

Son cintas ya diseñadas con formas anatómicas específicas (I, Y, X, abanico o pulpo), facilitando su aplicación clínica.

Se utilizan frecuentemente en:

- Drenaje linfático.
- Edemas postraumáticos.
- Correcciones musculares.
- Tratamientos articulares.

Su principal ventaja es la rapidez de aplicación; sin embargo, pueden limitar la personalización del tratamiento.

Figura 2. *Cintas pre cortadas*



Nota. Imagen generada con ChatGPT (OpenAI, 2026).

Relación Entre Calidad De Cinta Y Resultados Terapéuticos

La calidad de la cinta constituye un factor importante, ya que puede influir en la efectividad clínica del tratamiento y en la adherencia del paciente.

Las diferencias de calidad suelen estar relacionadas con:

- Elasticidad**:** las cintas de mayor calidad presentan una tensión más uniforme y cercana a la biomecánica de la piel, permitiendo una adecuada estimulación mecánica y sensorial.

- Tipo de adhesivo: las cintas premium suelen incorporar adhesivos hipoalergénicos de grado médico, reduciendo el riesgo de irritaciones o desprendimientos tempranos.

- Durabilidad: las cintas de mejor calidad pueden mantenerse adheridas entre 4 y 7 días sin perder significativamente sus propiedades elásticas.

- Transpirabilidad: un material transpirable disminuye el riesgo de maceración cutánea y mejora la comodidad del paciente durante actividades cotidianas o deportivas.

- Resistencia al agua: las cintas de alta calidad suelen tolerar duchas, sudoración intensa y actividad física prolongada sin despegarse fácilmente.

Diversos autores sostienen que las diferencias metodológicas entre estudios sobre kinesiotaping podrían explicarse parcialmente por la variabilidad en las marcas y calidades de cinta utilizadas. La tensión aplicada, el tipo de adhesivo y la duración de adherencia podrían influir en los efectos sobre dolor, propiocepción y función muscular.

Kinesiotaping En Las Patologías Musculoesqueléticas Más Comunes

1. Síndrome de pinzamiento subacromial y lesiones de hombro

Beneficios: disminución del dolor, mejora del rango de movimiento, mayor estabilidad escapular, facilitación muscular.

Ejemplo de aplicación: frecuentemente se utiliza una técnica en forma de “Y” sobre el músculo deltoides y músculos estabilizadores escapulares para favorecer el control biomecánico del hombro.

2. Lumbalgia mecánica

Beneficios: reducir dolor lumbar, mejorar estabilidad lumbar, favorecer la postura y disminuir la tensión muscular paravertebral.

3. Esguince e inestabilidad de tobillo

La inestabilidad crónica de tobillo es una de las lesiones más frecuentes en el ámbito deportivo.

Beneficios: mejorar estabilidad articular, favorecer la propiocepción, reducir sensación de inseguridad al caminar o correr y prevenir recaídas.

4. Síndrome de dolor patelofemoral y patologías de rodilla

Beneficios: disminución del dolor, corrección biomecánica patelar, mejora funcional y reducción de edema.

5. Tendinopatías

Se propone que el vendaje podría disminuir carga mecánica sobre tejidos afectados y mejorar la tolerancia al movimiento.

6. Cervicalgia y dolor miofascial

Beneficios: reducir tensión muscular, mejorar postura cervical, disminuir dolor miofascial y favorecer la movilidad.

Figura 3. *Tipos de aplicación*



Nota. Imagen generada con ChatGPT (OpenAI, 2026)

Estado Del Arte

Durante los últimos diez años, la efectividad del kinesiotaping ha sido ampliamente estudiada en el ámbito de la rehabilitación musculoesquelética y deportiva.

Lim y Tay (2015) analizaron el uso del kinesiotaping en pacientes con dolor musculoesquelético persistente y concluyeron que, aunque algunos pacientes reportaban alivio sintomático, los resultados no demostraban superioridad frente a otros tratamientos conservadores. Los autores plantearon la necesidad de interpretar con cautela el creciente uso de esta técnica en rehabilitación.

En relación con lesiones de tobillo, Muñoz-Barrenechea et al. (2019) analizaron la efectividad funcional del kinesiotaping en pacientes con inestabilidad crónica de tobillo y encontraron mejoras moderadas en estabilidad y propiocepción, aunque remarcaron la necesidad de estudios con mejor calidad metodológica.

De igual manera, Celik et al. (2020), al evaluar trastornos de hombro, observaron efectos clínicos positivos sobre el dolor y la movilidad, aunque indicaron que los beneficios eran más evidentes cuando el kinesiotaping se combinaba con programas de ejercicios terapéuticos.

Sin embargo, investigaciones más recientes han encontrado resultados favorables en patologías específicas. Araya-Quintanilla et al. (2022), en una revisión sistemática con metaanálisis sobre síndrome de pinzamiento subacromial, reportaron mejoras en dolor y funcionalidad cuando el kinesiotaping se utilizaba como complemento terapéutico, especialmente a corto plazo.

Más recientemente, Ickert et al. (2024) evaluaron el uso del kinesiotaping en rehabilitación postoperatoria de reemplazo total de rodilla, identificando beneficios limitados sobre dolor y edema en fases tempranas de recuperación, aunque sin diferencias clínicas contundentes a largo plazo.

A pesar de estos hallazgos, persisten discrepancias entre investigaciones debido a factores como variabilidad en las técnicas de aplicación, diferencias en las tensiones utilizadas, heterogeneidad de las poblaciones estudiadas y tamaños muestrales reducidos. Esto dificulta establecer conclusiones universales sobre su efectividad.

En consecuencia, el estado actual de la evidencia científica sugiere que el kinesiotaping podría generar beneficios clínicos principalmente a corto plazo y como complemento del

tratamiento kinésico, aunque continúa existiendo controversia respecto a la magnitud real de sus efectos terapéuticos.

Hipótesis

El kinesiotaping presenta la evidencia científica suficiente que compruebe su efectividad en los tratamientos del dolor y las mejoras funcionales en pacientes con o sin patologías o lesiones musculoesqueléticas.

Objetivos

Objetivo General

Analizar la evidencia científica publicada en los últimos diez años sobre la efectividad del kinesiotaping tanto en el tratamiento de patologías o lesiones musculoesqueléticas como en pacientes sanos.

Objetivos Específicos

- Identificar los principales beneficios terapéuticos atribuidos al kinesiotaping en la evidencia científica.
- Analizar los efectos del kinesiotaping sobre el dolor, la funcionalidad y el rango de movimiento en diferentes patologías o lesiones musculoesqueléticas.
- Describir la efectividad del kinesiotaping con otras modalidades de tratamiento fisioterapéutico.
- Determinar en qué patologías o lesiones el kinesiotaping presenta mayor evidencia científica de efectividad.

Metodología

Diseño Y Enfoque

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, de tipo descriptivo y documental, basado en una revisión bibliográfica de literatura científica relacionada con la efectividad del kinesiotaping en patologías musculoesqueléticas durante los últimos diez años.

El estudio tuvo como finalidad recopilar, analizar e interpretar evidencia científica publicada en revistas indexadas, con el propósito de identificar los efectos terapéuticos atribuidos al kinesiotaping en distintos contextos clínicos y rehabilitadores.

Búsqueda Y Selección De Estudios

El muestreo será no probabilístico por conveniencia, seleccionando documentos y fuentes bibliográficas accesibles que evidencien la eficacia del kinesiotaping desde el año 2016 hasta el 2026. Este enfoque se utilizará para recopilar la información relevante sin una selección aleatoria, sino basándose en la disponibilidad y accesibilidad de los recursos. Las bases de datos que se utilizaran incluyen: PubMed, Scielo, peDro, entre otras.

Criterios De Inclusión

- Estudios que evalúen los efectos del kinesiotaping sobre variables clínicas relacionadas con el dolor, funcionalidad, rango de movimiento, desempeño físico o funcional.
- Estudios de diseño experimental y no experimental.
- Estudios realizados en el periodo del año 2016 hasta el 2026.

Criterios De Exclusión

- Estudios con acceso pago
- Estudios que evalúen exclusivamente variables no vinculadas con el dolor, la funcionalidad o el rango de movimiento.

- Investigaciones enfocadas únicamente en aspectos técnicos de aplicación del kinesiotaping sin evaluar resultados terapéuticos.
- Estudios realizados antes del año 2014
- Estudios incompletos

Riesgo De Sesgo

Se evaluó el riesgo de sesgo de los estudios incluidos entre ellos revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados, ensayos observacionales y ensayos cuasiexperimentales, utilizándose las herramientas Rob 2,0 (Sterne et al., 2019), Amstar 2 (Shea et al., 2018), Robins I (Sterne et al., 2016) y JBI o Newcastle- Ottawa Scale (JBI, 2020). Las mismas evalúan distintos dominios metodológicos, como el proceso de aleatorización de la muestra, el cumplimiento de la intervención sin desviación del protocolo, el manejo de dato faltantes y la transparencia en el reporte de resultados. Todos los dominios juntos contribuyen a establecer el sesgo global para cada estudio. Los resultados de riesgo de sesgo fueron clasificados como bajo, moderado y alto riesgo, según los criterios de cada herramienta.

Categorización De Variables

Tabla 1. *Variables categorizadas*

Variable	**Variable operacional**	**Indicadores**	**Instrumento**
Año de publicación	Cuantitativa discreta	1. 2016 - 2020 2. 2021 - 2026	Documento científico

Región anatómica tratada con kinesiotaping	Cualitativa nominal	1. Rodilla 2. Hombro 3. Codo 4. Tobillo 5. Mano 6. Pie 7. Cervical 8. Lumbar 9. Miembros inferiores 10. otro	Documento científico
Tipo de lesión	Cualitativa nominal	1. Ligamentosa 2. Tendinosa 3. Articular 4. Muscular 5. Musculoesquelética*	Documento científico

		6. Ninguna	
Disminución del dolor luego de la aplicación del Taping	Cualitativa nominal	1. Si 2. No	Documento científico
Aumento del ROM luego de la aplicación del taping	Cualitativa nominal	1. Si 2. No	Documento científico
Mejora del rendimiento Funcional	Cualitativa nominal	3. Si 4. No	Documento científico
Grado de efectividad del taping *	Cualitativa ordinal	1. Alta 2. Moderada 3. Baja	Documento científico

Notas. * Musculoesquelética: abarca afecciones o alteraciones que comprometen una o más estructuras del sistema musculoesquelético, incluyendo músculos, huesos, articulaciones, tendones y ligamentos. *Fueron clasificados en efectividad baja, moderada y alta dependiendo 3 variables, aumento del ROM, mejora del rendimiento funcional y disminución del dolor; el estudio que cumplía con un indicador fue considerado de efectividad baja, cumplía con dos indicadores efectividad moderada y si cumplía con los 3 indicadores efectividad alta.

Resultados

Tabla 2. *Estudios analizados*

Autor	Región anatómica tratada con kinesiotaping	Tipo de lesiones
Dris, R. M. (Año)	Rodilla	Ligamentosa
Núñez Cabrera et al	Cervical	Musculoesqueletica
Damato, P. G.	Hombro	Articular
Suárez Alcalde et al.	Core	Muscular
Borda Quispe et al	Cervical	Muscular
Donec y Kubilius	Rodilla	Articular
Muñoz-Barrenechea et al.	Tobillo	Ligamentosa
Kadivec	Pie	Musculoesqueletica
Alegre Avril y Castellanos Franco	Tobillo	Ligamentosa
Vallejo Maldonado et al.	Tobillo	Ligamentosa
Gaitán et al.	Miembros inferiores	Ninguna
Luo et al	Hombro	Musculoesqueletica
Galera Henales, C	Hombro	Musculoesqueletica
Yuan et al.	Tobillo	Musculoesqueletica
Uzunkulaoğlu et al.	Lumbar	Muscular

Akkurt et al.	Codo	Musculoesqueletica
Migueles-Vázquez et al.	Mano	Musculoesqueletica
Taik et al.	Hombro	Tendinosa
Reynard et al.	Hombro	Musculoesqueletica
Saracoglu et al.	Hombro	Musculoesqueletica

Se presentan los 20 estudios explicando puntualmente la región anatómica tratada y que tipo de lesiones conlleva cada una.

Tabla 3. *Resumen sesgo global*

Estudio	Riesgo Global
Dris, R. M. (2020)	Alto riesgo
Nuñez Cabrera (2018)	Alto riesgo
Damato (2016)	Alto riesgo
Muñoz-Barrenechea (2019)	Moderado
Kadivec (2021)	Alto riesgo
Vallejo Maldonado (2022)	Alto riesgo
(Migueles-Vázquez, 2022)	Alto riesgo
(Luo, 2025)	Bajo riesgo
Page et al., 2018.	Alto riesgo
Suárez Alcalde et al. (2026)	Alto riesgo
Donec y Kubilius (2019)	Bajo riesgo
Clara Galera Henales (2017)	Alto riesgo
Uzunkulaoğlu et al. (2018)	Bajo riesgo
Akkurt et al. (2025)	Bajo riesgo
Martínez-Gramage et al. (2022)	Bajo riesgo
Melo et al. (2018)	Bajo riesgo
Borda Quispe y Mamani Mendoza (2024)	Moderado
Yuan et al. (2025)	Bajo riesgo
Silva de Paula et al. (2018)	Moderado
Alegre & Castellanos (2025)	Moderado

En la tabla 3, se muestra el riesgo global de sesgo de todos los estudios incluidos, teniendo en cuenta la herramienta correspondiente para cada tipo. Se utilizó el formato de semáforo para realizar la tabla. (McGuinness & Higgins, 2020)

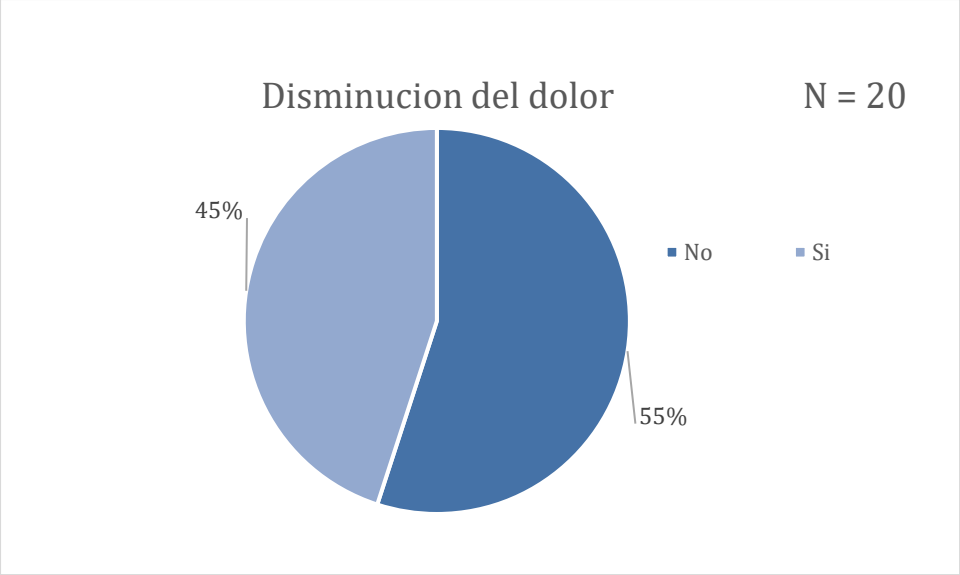
Los estudios que presentaron niveles de riesgo alto fueron clasificados debido de dicha manera debido a las debilidades metodológicas que presentaron. Entre ellos se pudo observar que en ciertos estudios la selección de estudios fue realizada por un único investigador, aumentando el sesgo de selección (Damato, 2016; Kadivec 2021). Por otro lado, uno de los estudios los autores fallaron por falta de anotación previa del protocolo a utilizar, aumentando el riesgo de sesgo (Vallejo Maldonado 2022; Dris, R. M. 2020; Nuñez Cabrera 2018; Migueles-Vázquez, 2022) Además un estudio no duplicó la extracción de datos con un segundo revisor siendo sus resultados no metodológicamente seguros (Page et al., 2018). Por último se recomienda su uso como base para futuras investigaciones con muestras más amplias y equipos de medición de mayor sensibilidad (Suárez Alcalde et al. 2026).

En los estudios con riesgo moderado, las principales diferencias estuvieron relacionadas con la falta de registro del protocolo de trabajo previo al comienzo de la investigación (Muñoz-Barrenechea 2019). Por otro lado, el estudio de Borda Quispe y Mamani Mendoza (2024) abarca un riesgo moderado ya que no hubo un grupo de comparación directa.

Por el contrario, los estudios clasificados con riesgo bajo (n = 7) cumplieron adecuadamente todos los estándares metodológicos requeridos por la herramienta correspondiente, incluyendo una asignación controla de intervenciones, medición objetiva de resultados y un bajo nivel de datos faltantes (Luo, 2025; Donec y Kubilius 2019; Uzunkulaoğlu et al. 2018; Akkurt et al. 2025; Martínez-Gramage et al. 2022; Melo et al. 2018; Yuan et al. 2025).

Este análisis del riesgo de sesgo demuestra la fiabilidad de la evidencia actual y expone las principales debilidades metodológicas en esta área de estudio. El hecho de que la mitad de las investigaciones analizadas presenten limitaciones técnicas confirma que todavía existe una brecha importante en el cumplimiento de los estándares de diseño científico, lo que invita a la reflexión al momento de trasladar estos resultados a la práctica.

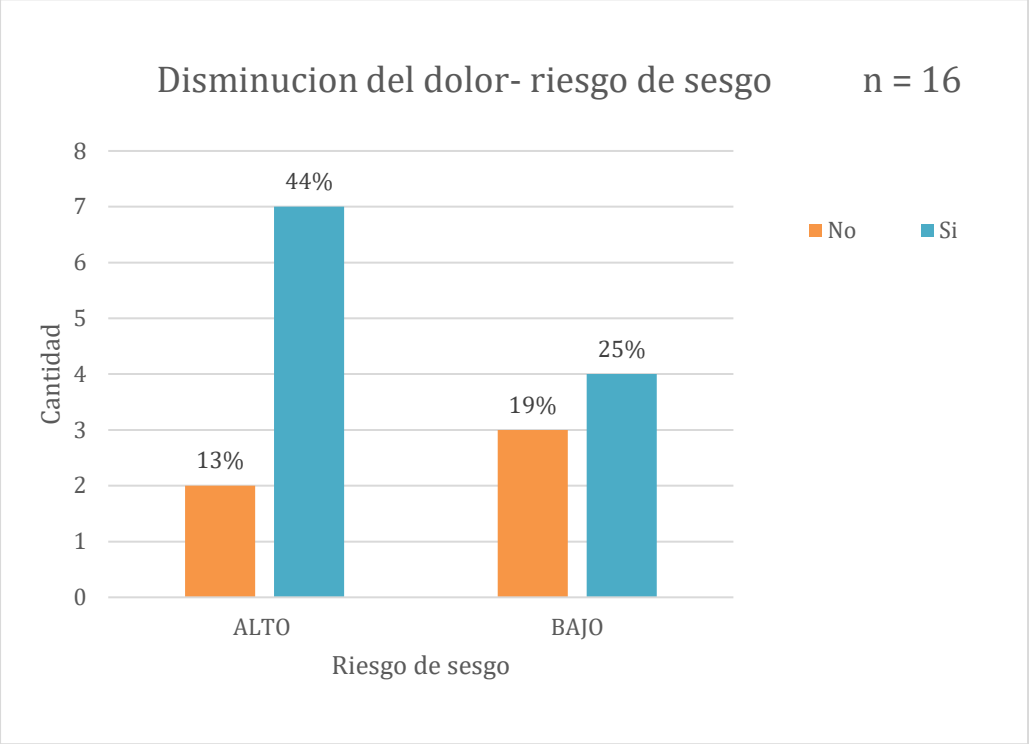
Grafico 1. *Disminución del dolor*



En el grafico 1 se analizó la disminución del dolor ante la utilización del kinesiotaping, el 55% de los estudios incluidos (n=11) reportaron no ser efectivos, mientras que el 45% (n=9) resultaron efectivos.

Se observa una predominancia sobre los estudios no efectivos, lo cual se interpreta que el kinesiotaping disminuye la sintomatología, no así la elimina por completo. Siendo una vez más una ayuda, no una solución única.

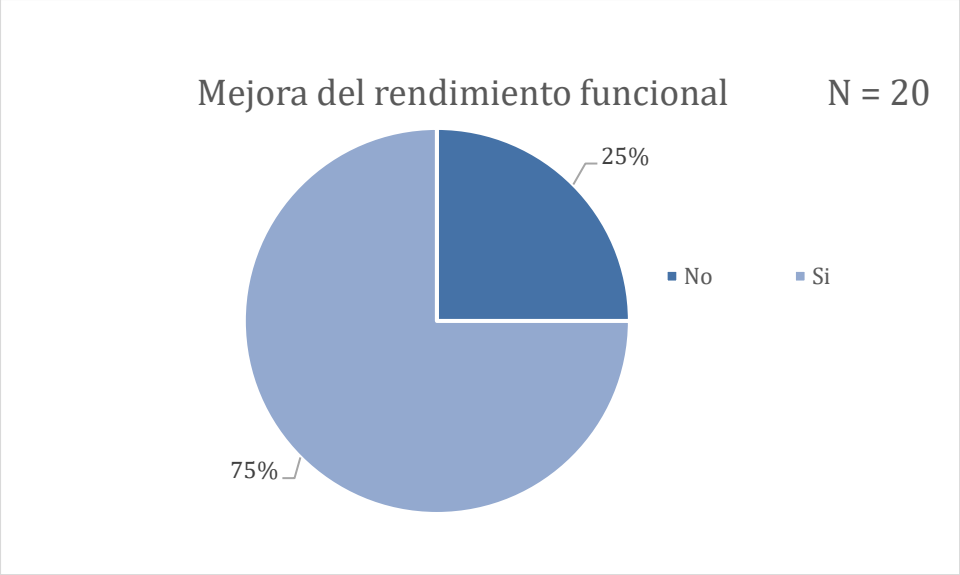
Grafico 2. *Disminución del dolor luego de la aplicación del kinesiotaping- riesgo de sesgo*



En el grafico 2, analizamos el riesgo de sesgo con la disminución del dolor luego de la aplicación del kinesiotaping, por una parte, tenemos los estudios incluidos con bajo riesgo de sesgo (44%) en donde el 25% si presentan disminución del dolor luego de la aplicación y el 19% no presenta disminución del dolor. Mientras que el restante (57%) de los estudios incluidos que son los estudios con alto riesgo de sesgo, el 44% presentan disminución del dolor luego de la terapia, mientras que el 13% no presentan disminución.

Teniendo en cuenta la evidencia científica y los estudios de riesgo de sesgo bajo, el kinesiotaping demuestra no tener un patrón muy significativo en la disminución del dolor ya que los valores están muy nivelados. Puede que el valor dependa de otros factores y enfoques, no atribuidos al kinesiotaping.

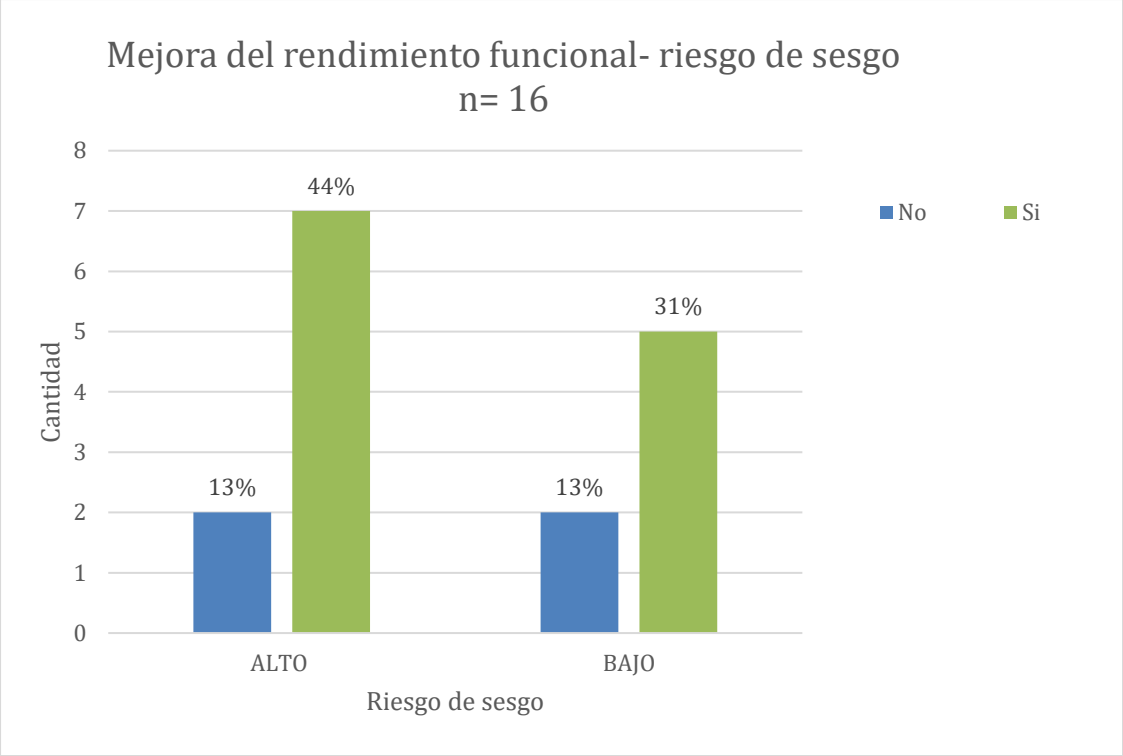
Gráfico 3. *Mejora del rendimiento funcional.*



En el grafico 3, en términos generales, el 75% de los estudios incluidos (n=15) reportaron ser efectivos, mientras que el 25% de los estudios restantes (n=5) resultaron ser no efectivos.

Se observa una alta prevalencia sobre la efectividad del kinesiotaping en el rendimiento funcional. Posicionando a esta herramienta entre las terapias mas favorables en esta condición.

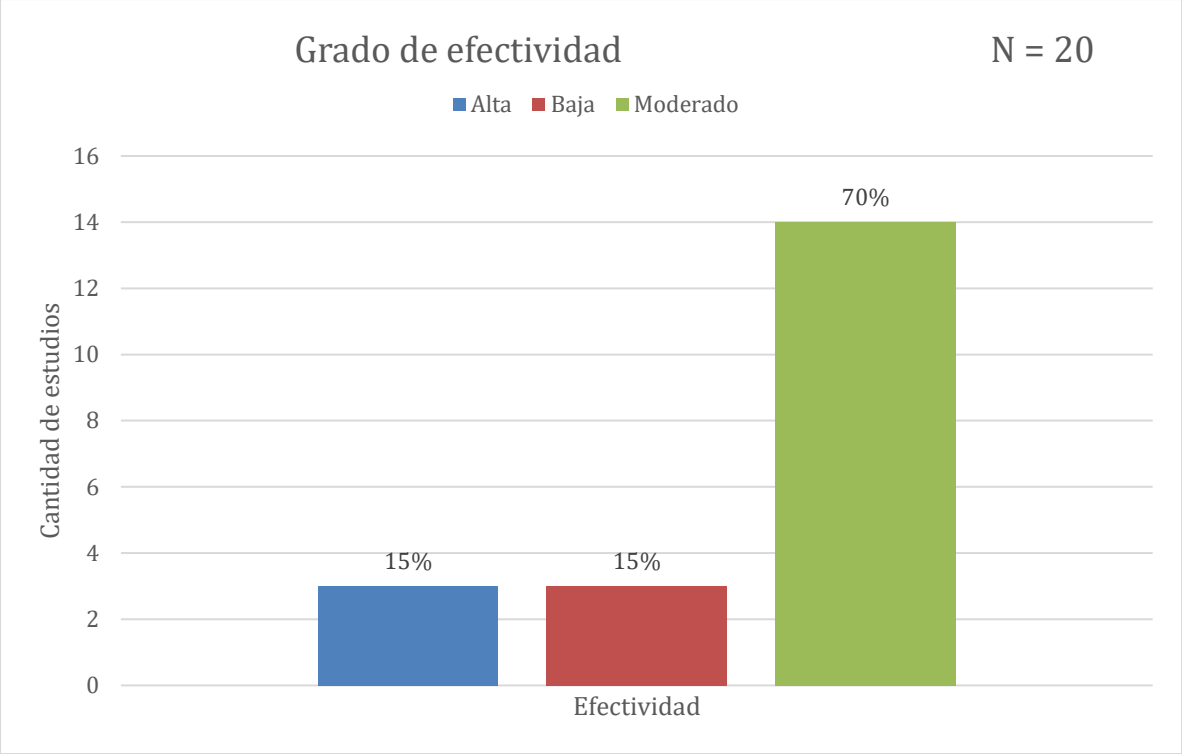
Grafico 4. *Mejora del rendimiento funcional- riesgo de sesgo*



En el grafico 4, en términos generales demuestra que el 57% de los estudios incluidos presentan alto riesgo de sesgo, en donde el 44% si presentan mejora del rendimiento funcional y el 13% no presenta mejora. El 44% de los estudios restantes incluidos que presentan bajo riesgo de sesgo, el 31% presentan mejora del rendimiento funcional mientras que el 13% no presenta mejora.

En conclusión, podemos demostrar que, en los estudios de bajo riesgo de sesgo si existe una mejora del rendimiento funcional luego de la aplicación del kinesiotaping.

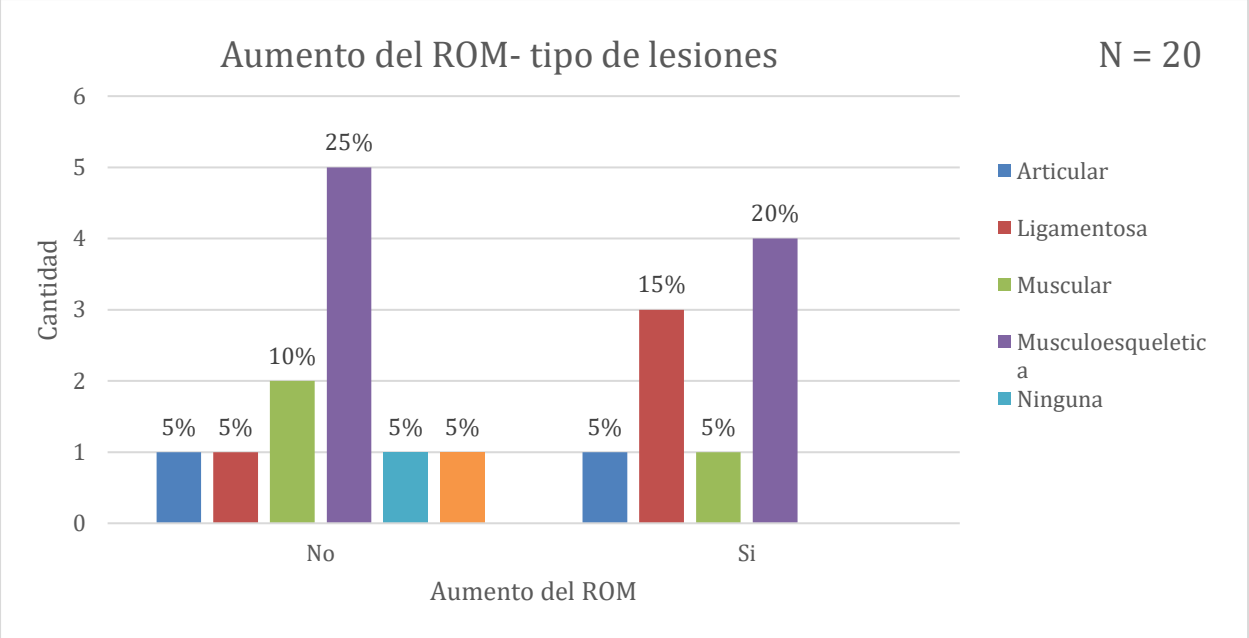
Grafico 5. *Efectividad.*



En el grafico 5, en términos generales, el 70% de los estudios incluidos (n=14) reportaron ser de moderada efectividad, mientras que el 15% de los estudios (n=3) reportaron ser de efectividad alta y el 15% de los estudios restantes (n=3) son de efectividad baja.

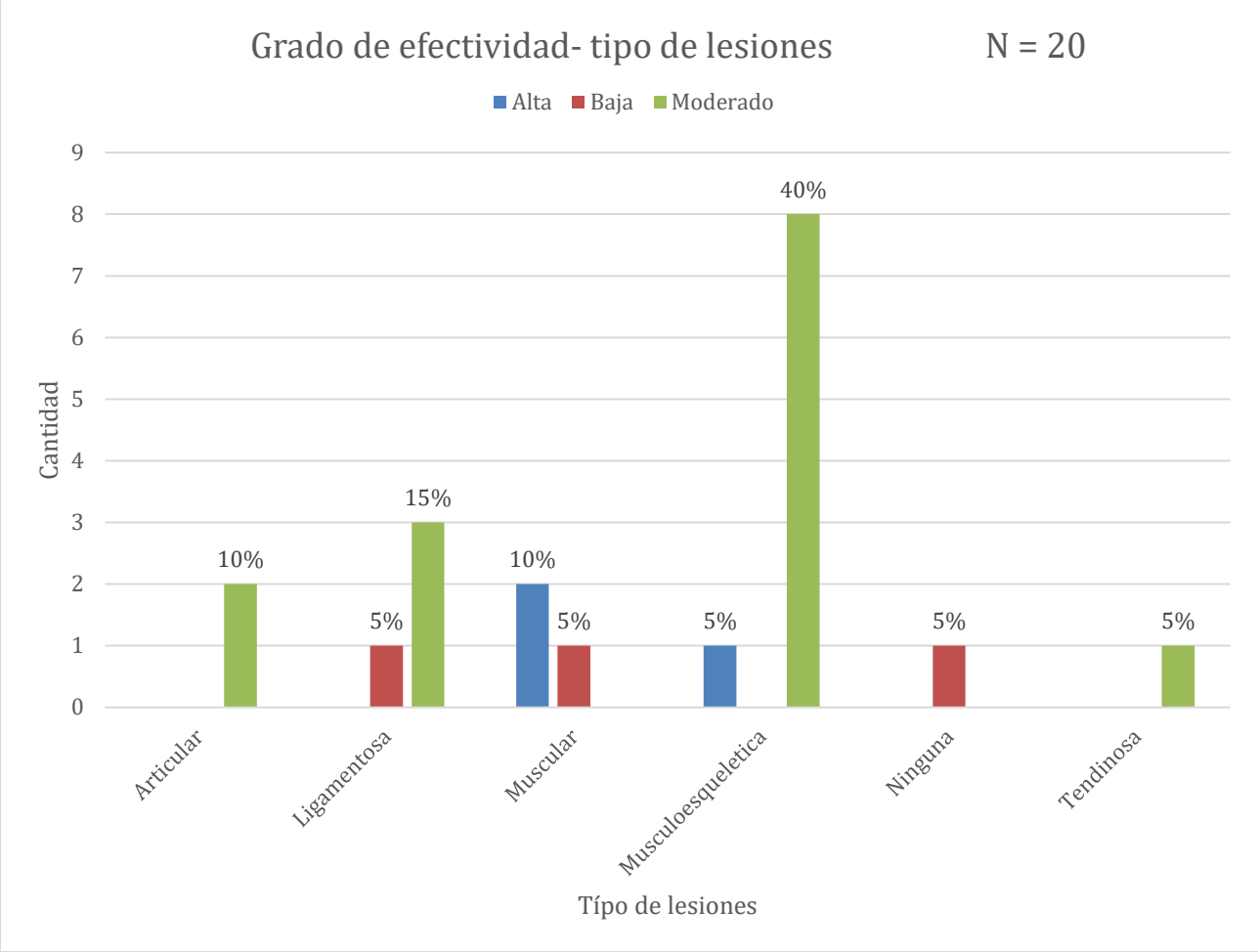
Se observa una amplia diferencia en los estudios incluidos, resultando el kinesiotaping una herramienta de efectividad moderada sobre la efectividad baja y alta, posicionando a los estudios sobre el kinesiotaping con buena efectividad en la utilización de la terapia.

Gráfico 6. *Aumento del ROM- tipo de lesión*



En el grafico 6, se analizó el aumento del ROM luego de la aplicación del kinesiotaping-tipo de lesión. Entre los estudios incluidos, se encontró que el 45% de los estudios (n=9) presentaron aumento del ROM luego de la aplicación en lesiones de tipo; musculoesqueléticas (20%), musculares (5%), ligamentosas (15%) y ninguna (5%). Mientras que el 55% de los estudios restantes (n=11) no presentaron aumento del ROM luego de la aplicación del kinesiotaping, incluyendo las siguientes lesiones; tendinosas (5%), musculoesqueléticas (25%), musculares (10%), ligamentosas (5%), articulares (5%) y ninguna (5%). Dando como resultado que, entre los estudios incluidos, hay mayor prevalencia en las lesiones musculoesqueléticas, tanto en el aumento del ROM como en el NO aumento del ROM.

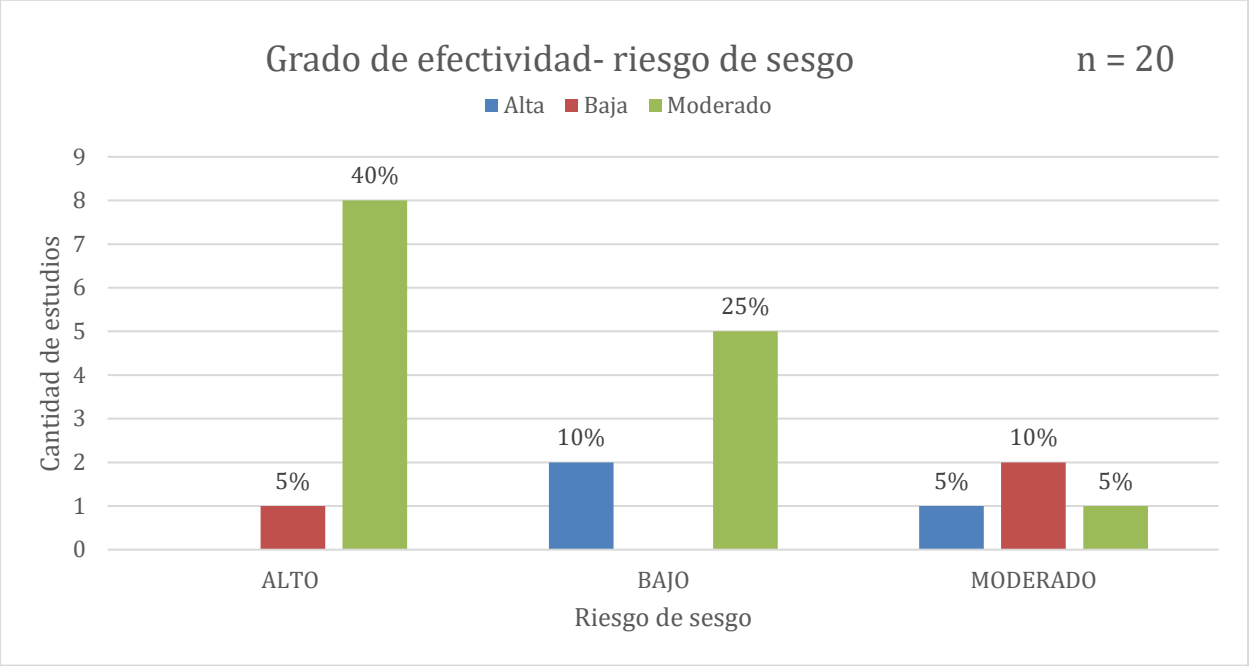
Gráfico 7. *Grado de efectividad- tipo de lesión*



En el grafico 7, se analizó el grado de efectividad y su tipo de lesión. Se encontró que entre los estudios incluidos un alto porcentaje en los de efectividad moderada 70% (40% lesión musculoesquelética, 15% lesión ligamentosa, 10% lesión articular y 5% lesión tendinosa), los de efectividad alta 15% (10% lesión muscular y 5% lesión musculoesquelética) y los de efectividad baja 15% (5% lesión ligamentosa, 5% lesión muscular y 5% ninguna lesión).

Considerando estos resultados dando como conclusión que la terapia de kinesiotaping tiene beneficios mayormente de efectividad moderados. Predominando la efectividad moderada y alta sobre todo en las lesiones de tipo musculoesqueléticas. Involucrando por último en la misma efectividad a las lesiones de tipo articular, ligamentosa y tendinosas.

Gráfico 8. *Grado de efectividad- riesgo de sesgo*



En el grafico 8, se analiza su grado de efectividad y su riesgo de sesgo. Se encontró entre los estudios incluidos, alto riesgo de sesgo 45% (40% efectividad moderada y 5% efectividad baja), moderado riesgo de sesgo 20% (10% efectividad baja, 5% efectividad alta y 5% efectividad moderada) y bajo riesgo de sesgo 35% (25% efectividad moderada y 10% efectividad alta).

Considerando el sesgo determina la validez metodológica de un estudio, así como la confiabilidad en sus resultados, en este grafico se observa que los estudios de sesgo bajo y moderado nos llegan ni al 50% en cuanto a la efectividad moderada y alta. Estos hallazgos dan a entender que los estudios efectivos dentro de la muestra no parecen estar respaldados en su totalidad metodológicamente, por lo que no se puede considerar como evidencia contundente para posicionar al kinesiotaping como una herramienta 100% efectiva.

Discusión

Teniendo en cuenta estos hallazgos, si bien se pudo observar una mejora en cuanto a la utilización del kinesiotaping, es importante destacar la poca información disponible en la base de datos. A su vez, en este tipo de terapias alternativas, la efectividad parece no depender solamente de la técnica en sí, sino también en que zona del cuerpo es la molestia o lesión del paciente. En la tabla de resultados dada como conclusión de todos los estudios (Tabla 4), se ve bien reflejado el beneficio del kinesiotaping en hombro con una efectividad de moderada a alta. En este estudio (Luo et al, 2025) siendo considerado un estudio bastante reciente con alta efectividad incluido en los estudios con riesgo bajo de sesgo, los autores hacen referencia que el *kinesiotape* tiene un impacto positivo y real para aliviar el dolor de hombro y mejorar la falta de función en el brazo en personas con lesiones del manguito rotador. De todos modos, hay que tener en cuenta que siempre hay otras variables que puede influir en esto como la edad, el tipo de deporte, la zona anatomica. Todos los bailarines que utilizaban kinesiotaping seleccionaron como motivo principal “mejorar la estabilidad”. Solo un participante agregó además la opción “mejorar la movilidad”. Ninguno eligió “aliviar el dolor” como razón principal de uso, lo que sugiere que el vendaje es percibido.

Al profundizar en el análisis del rango de movimiento (ROM) en relación con el tipo de lesión (Gráfico 6), los resultados evidencian que el impacto del kinesiotaping es altamente selectivo. En las lesiones de tipo ligamentoso y muscular, representadas en la muestra por estudios como los de Dris (2020) en rodilla y Suárez Alcalde et al. (2026) en el core, se observa una tendencia favorable hacia la ganancia de movilidad. Esto sugiere que el vendaje neuromuscular ofrece un soporte elástico capaz de guiar el movimiento sin generar topes mecánicos rígidos. Por el contrario, en disfunciones marcadamente articulares o tendinosas, como las analizadas por Damato (2016) y Taik et al**.**, el porcentaje de estudios que reportan un aumento del ROM disminuye significativamente. Biomecánicamente, esto demuestra que

cuando existe un compromiso estructural intraarticular o una alteración en la transmisión de fuerzas del tendón, la estimulación superficial de la cinta es insuficiente para modificar los rangos cinemáticos, requiriendo abordajes kinesiológicos de carácter activo o instrumental.

Tabla 4. Resumen de los estudios

PATOLOGIA	N.º DE ESTUDIOS	RESULTADOS
Rodilla	2	Moderado
Cervical	2	Moderado/alto
Hombro	6	Moderado/alto
Tobillo	4	Moderado/bajo
Pie	1	Moderado
Pierna	1	Bajo
Lumbar	1	Alto
Codo	1	Moderado
Mano	1	Moderado

mayormente como un recurso funcional para brindar mayor seguridad articular, más que como una herramienta terapéutica analgésica (Alegre Avril y Castellanos Franco, 2025).

Respecto al tipo de aplicación empleada y su efectividad, se demostró que en la mayoría de los estudios predominaba la combinación de técnicas. Se reportaron mayores beneficios cuando se aplicaron las técnicas de manera integral, a diferencia de cuando solo se aplicaba kinesiotaping por separado. También, algo importante a mencionar es que en la mayoría de los estudios se destaca la efectividad de la terapia con beneficios a corto plazo, no sostenidos en el tiempo. Dando como una solución rápida al problema, no una solución definitiva. Utilizando la técnica como complemento de todo un tratamiento kinésico no como una única opción.

Conclusión

Como conclusión de este trabajo de investigación, podemos decir que los objetivos planteados se cumplieron dando como resultado que los datos recolectados permiten observar un cierto grado positivo sobre la efectividad de la técnica del kinesiotaping, no obstante, se debe tener en cuenta también el riesgo de sesgo alto de los estudios y que no son terapias aisladas.

El kinesiotaping solo a corto plazo puede ayudar, pero no es una solución definitiva. Combinándose con otras terapias puede ayudar, pero no es definitiva. La evidencia que dice que la terapia es muy buena, tiene mucho sesgo dando poca confiabilidad a la investigación. Entonces concluimos que se refuta la hipótesis porque no tenemos evidencia científica suficiente que compruebe la efectividad, pero si se encontraron estudios muy positivos con un sesgo muy bajo, que podemos considerar como estudios con alta calidad científica, que dicen que la kinesiotaping combinado con otras terapias junto con las zonas especificas que el paciente tiene la lesión, puede ser una gran alternativa terapéutica y se necesitan mas estudios de esta calidad para fomentar nuevas líneas de investigación que respalden su eficacia en todo tipo de personas.

La hipótesis se confirma parcialmente porque si bien existen trabajos con alta calidad científica de bajo sesgo, no presentan mejoras suficientes del que compruebe la efectividad única del kinesiotaping aislado. Esto no quiere decir que el mismo no sirva, quiere decir que se necesita más investigación en la temática para poder dar soporte a una terapia que es muy reconocida y muy utilizada a lo largo del mundo, sobre todo en deportistas elite.

Referencias Bibliográficas

Nivel subjetivo de estrés laboral	Ordinal	1. Bajo 2. Medio	Encuesta

		3. Alto.	
Percepción de técnica instrumental	Nominal	1. Sí 2. No 3. Parcial.	Encuesta
Percepción sobre factores de riesgo o malestar corporal	Cualitativa	Respuestas abiertas	Encuesta

Kase, K., Wallis, J., & Kase, T. (2003). *Clinical therapeutic applications of the Kinesio taping method*. Kinesio Taping Association.

Lim, E. C. W., & Tay, M. G. X. (2015). Kinesio taping in musculoskeletal pain and disability that lasts for more than 4 weeks: Is it time to peel off the tape and throw it out with the sweat? A systematic review with meta-analysis focused on pain and also methods of tape application. *British Journal of Sports Medicine*, *49*(24), 1558–1566. https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-094151

Araya-Quintanilla, F., Gutiérrez-Espinoza, H., Cuyul-Vásquez, I., Monardes-Barría, M., & Meneses-Araya, N. (2022). Efectividad del Kinesio Taping en el síndrome de pinzamiento subacromial: revisión sistemática. *Medycyna Manualna*, *26*(1), 15-28. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29111849/

Parreira, P. d. C. S., Costa, L. d. C. M., Hespanhol Junior, L. C., Lopes, A. D., & Costa, L. O. P. (2014). Current evidence does not support the use of Kinesio Taping in clinical practice: A systematic review. *Journal of Physiotherapy*, *60*(1), 31–39. https://doi.org/10.1016/j.jphys.2013.12.008

OpenAI. (2026). *Imagen de kinesiotaping generada con ChatGPT* [Imagen generada por inteligencia artificial]. ChatGPT. https://chat.openai.com/

Muñoz-Barrenechea, I. A., Garrido-Beroíza, M. A., Achiardi, O., Serón, P., & Marzuca-Nassr, G. N. (2019). Revisión sistemática de la efectividad funcional del vendaje neuromuscular en sujetos con inestabilidad de tobillo. *Medwave*, *19*(4), e7635. https://www.medwave.cl/investigacion/revsistematicas/7635.html

Çiftçi, R., Köse, E., Canbolat, M., Yilmaz, N., Çuğlan, S., Yoloğlu, S., & Çelik, D. (2020). Assessment of the effects of kinesio-taping in addition to conventional physiotherapy methods on upper extremity functions, quality of life and emotional state in patients with chronic rotator cuff syndrome. *Medical Records*, *2*(1), 14–19. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30134883/

Ickert, E. C., Griswold, D., Ross, O., Dudash, S., Duchon, C., & Learman, K. (2024). Effects of kinesiotaping during early post-operative rehabilitation in individuals who underwent a total knee arthroplasty: A systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *Clinical Rehabilitation*, *38*(6), 735–743. https://www.researchgate.net/publication/378031710_Effects_of_kinesiotaping_during_early_post-operative_rehabilitation_in_individuals_who_underwent_a_total_knee_arthroplasty_A_systematic_review_and_meta-analysis_of_randomized_control_trials

Damato, P. G. (2013). *Efectos del vendaje neuromuscular o "kinesiotaping" sobre patologías del hombro. Revisión bibliográfica sistemática* [Trabajo final de investigación inédito]. Facultad de Medicina, Fundación H. A. Barceló. https://repositorio.barcelo.edu.ar/500

Vallejo Maldonado, J. J., Trujillo Maldonado, E. L., & Velasco Redondo, R. (2023). Valoración del uso del vendaje neuromuscular como técnica de fisioterapia en esguince agudo de tobillo. *Revista Sanitaria de Investigación*, *4*(9).

https://revistasanitariadeinvestigacion.com/valoracion-del-uso-del-vendaje-neuromuscular-como-tecnica-de-fisioterapia-en-esguince-agudo-de-tobillo/

Dris, R. M. (2020). Efectividad del kinesiotaping en las lesiones del ligamento cruzado anterior: una revisión sistemática. *Retos: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (39), 920–927. https://www.npunto.es/revista/32/efectividad-del-kinesio-taping-en-las-lesiones-del-ligamento-cruzado-anterior

Núñez Cabrera, K. A., Méndez Méndez, L. C., & García Rojas, E. (2018). Efecto del tratamiento Kinesio taping en el dolor cervical: un metaanálisis y revisión sistemática. *Revista de Sanidad Militar*, *72*(1), 40–46. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000100040

Migueles-Vázquez, U., Da Cuña-Carrera, I., Alonso-Calvete, A., y González-González, Y. (2022). Eficacia del kinesiotape en el síndrome del túnel carpiano. Una revisión sistemática. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, *31*(1), 11-24. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S3020-11602022000100011

Borda Quispe, S. K., & Mamani Mendoza, A. M. (2024). *Efectividad del vendaje neuromuscular en pacientes de cervicalgia mecánica del Centro de Terapia Física y Rehabilitación de Juliaca, 2023* [Tesis de grado, Universidad Continental]. Repositorio Institucional de la Universidad Continental. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCON_b514986783722cb6912a21bf4e5ea757

Luo, Y., Zhang, L., Tang, Z., Chen, L., Zhou, D., & Huang, H. (2025). The efficacy of kinesiology tape for rotator cuff injuries: a meta-analysis of randomized trials. *Frontiers in Medicine*, *12*, Artículo 1695350. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12641510/

Wu, Z., Hong, D., Ren, X., Gao, H., Wang, X., & Wang, R. (2019). Kinesio taping for chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *20*(1), Artículo 400. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6716177/

Uzunkulaoğlu, A., Güneş Aytekin, M., Ay, S. y Ergin, S. (2018). The effectiveness of Kinesio taping on pain and clinical features in chronic non-specific low back pain: A randomized controlled clinical trial. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, *64*(2), 126–132. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6657767/

Akkurt, H. E., Yilmaz, R., Suna, F. S., Karpuz, S. y Yilmaz, H. (2025). The effectiveness of kinesiotaping in treating chronic lateral epicondylitis: a randomized, sham-controlled, single-blind study. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, *20*, Artículo 274. doi.org. https://link.springer.com/article/10.1186/s13018-025-05658-7

Yuan, T., Li, H. y Wang, G. (2025). Effects of kinesio taping on lower limb biomechanical characteristics during dynamic postural control tasks in individuals with chronic ankle instability. *PLoS ONE*, *20*(1), Artículo e0317357. doi.org

Alegre, A. X. y Castellanos, F. (2025). *Impacto del kinesiotaping en la estabilidad, dolor y movilidad de tobillo: una comparativa entre bailarines de ballet con y sin vendaje de la compañía de ballet Ouvert*. https://rid.ugr.edu.ar/bitstream/handle/20.500.14125/1752/Inv.%20D-1588%20tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

De-la-Malla-Raposo, C., Gesteira-García, R., Martínez-Fernández, J., Fernández-Carnero, J. y Pecos-Martín, D. (2018). Immediate and short-term effects of kinesiotaping on muscular activity, mobility, strength and pain after rotator cuff surgery: a crossover clinical trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *19*, Artículo 297. doi.org. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30134883/

Taik, F. Z., Karkouri, S., Tahiri, L., Aachari, I., Moulay Berkchi, J., Hmamouchi, I., Abouqal, R., Rkain, H. y Allali, F. (2022). Effects of kinesiotaping on disability and pain in patients with rotator cuff tendinopathy: double-blind randomized clinical trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *23*(1), Artículo 90. doi.org

Saracoglu, I., Emuk, Y., & Taspinar, F. (2018). Does taping in addition to physiotherapy improve the outcomes in subacromial impingement syndrome? A systematic review. *Physiotherapy Theory and Practice*, *34*(4), 251–263. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29111849/

Suárez Alcalde, V., Soto-González, M., Rodríguez-Gude, C., Da Cuña-Carrera, I., & Justo-Cousiño, L. A. (2026). Efectos del kinesiotape en la activación del transverso abdominal en adultos sanos. Un estudio piloto. *Retos*, (80), 374–387. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10694858

McGuinness, L. A., & Higgins, J. P. T. (2020). Risk-of-bias VISualization (robvis): An R package and Shiny web app for visualizing risk-of-bias assessments. *Research Synthesis Methods, 11*(4), 381–389. https://doi.org/10.1002/jrsm.1411

Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.-Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., … Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, *366*, Artículo l4898. https://doi.org/10.1136/bmj.l4898

Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D. A. (2018). AMSTAR 2: una herramienta de evaluación crítica de revisiones sistemáticas de estudios de intervenciones de salud, asistenciales o de ambas. *Evidencia, Actualización en la Práctica Ambulatoria*, *21*(1), Artículo 6834. https://doi.org/10.51987/evidencia.v21i1.6834

Sterne, J. A., Hernán, M. A., Reeves, B. C., Savović, J., Berkman, N. D., Viswanathan, M., Henry, D., Altman, D. G., Ansari, M. T., Boutron, I., Carpenter, J. R., Chan, A. W., Churchill, R., Deeks, J. J., Hróbjartsson, A., Kirkham, J. J., Jüni, P., Loke, Y. K., Pigott, T. D., … Higgins, J. P. (2016). ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*, *355*, Artículo i4919. https://doi.org/10.1136/bmj.i4919

JBI. (2020). *Critical appraisal tools*. JBI Global. https://jbi.global/critical-appraisal-tools