

	<p>Grupo Intervención 1= 40 <i>Control motor lumbopélvico</i></p> <p>Grupo Intervención 2= 40 <i>Control motor lumbopélvico + ejercicios fortalecimiento o cadera.</i></p>	<p>programas de ejercicio de control motor para reducir el dolor y la discapacidad en personas con dolor lumbar inespecífico y examinar los factores mecánicos subyacentes relacionados con el dolor y la discapacidad en personas con NSLBP.</p>	<p>programa de ejercicios de control motor lumbopélvico que se centró en el desempeño de la habilidad motora de contraer la musculatura transversa del abdomen, multifidus y del suelo pélvico.</p> <p>G. Intervención 2: Programa de ejercicios de control motor lumbopélvico combinado con una progresión de ejercicios de fortalecimiento de la cadera de cadena cinética abierta y cerrada. Las mediciones se realizaron al inicio del estudio y 6 semanas después de la intervención .</p>	<p>ODI: Discapacidad como resultado del dolor lumbar.</p> <p>Dinamómetro de fuerza: Medir fuerza de la cadera</p>	<p>en el dolor entre los grupos y no hubo diferencia estadística de discapacidad entre los grupos.</p>	<p>fortalecimiento de la cadera a un programa de ejercicios de control motor lumbopélvico no mejoró significativamente los resultados del dolor y la discapacidad.</p>	
<p>Costa et al 2009</p>	<p>18-80 años n=154</p> <p>Grupo Intervención 1= 77 Control motor</p> <p>Grupo Intervención 2= 77 Placebo</p>	<p>El propósito de este estudio fue investigar la eficacia del ejercicio de control motor para personas con dolor lumbar crónico.</p>	<p>Se realizaron doce sesiones de media hora de ejercicio de control motor durante 8 semanas, distribuyendo 2 sesiones por semana en el primer mes y 1 sesión por semana en el segundo mes.</p> <p>G.Intervención 1: Programa de ejercicios de control motor durante 30 minutos.</p> <p>G.Intervención 2: Aplicación de placebo, consistió en 20 minutos de diatermia de onda corta desafinada y 5 minutos de ultrasonido.</p>	<p>EVA: Intensidad del dolor.</p> <p>Escala funcional específica del paciente (PSFS): Medida de discapacidad generada por el paciente</p> <p>Cuestionario de discapacidad de Roland-Morris (RMDQ): Discapacidad</p> <p>Escala de calificación numérica del dolor: Intensidad del dolor</p> <p>Escala global de efectos percibidos (GPE)</p>	<p>La intervención de ejercicio mejoró actividad y la importancia global del paciente a los 2 meses. No hubo un efecto claro del ejercicio sobre la intensidad del dolor a los 2 meses, pero hubo un efecto estadísticamente significativo a los 12 meses.</p>	<p>El ejercicio de control motor fue mejor que el placebo en pacientes con dolor lumbar crónico. La mayoría de los efectos observados a corto plazo se mantuvieron a los 6 y 12 meses de seguimiento.</p>	<p>9/10</p>

<p>Shamsi et al 2017</p>	<p>18-60 años n=51</p> <p>Grupo Intervención 1= 27 Control motor</p> <p>Grupo Intervención 2= 24 Ejercicio general</p>	<p>Comparar MCE y ejercicio general (GE) utilizando el concepto de estabilidad espinal</p>	<p>Se realizaron 3 sesiones por semana, completando un total de 16 sesiones. Primero se realizaba un calentamiento que constó de 8 ejercicios y 5 minutos de bicicleta estática en ambos grupos.</p> <p>G.Intervención 1: Programa de ejercicios de control motor durante 20 minutos.</p> <p>G.Intervención 2: Aplicación de programa de ejercicios generales durante 14 minutos.</p>	<p>Índice de discapacidad de Oswestry (ODI)</p> <p>Índice de estabilidad lumbar (SI)</p> <p>EVA: Intensidad del dolor</p>	<p>No hubo diferencias significativas en el nivel de discapacidad, intensidad del dolor índice de estabilidad entre los grupos al comienzo del ensayo. Después del período de intervención, hubo una significativa reducción en el nivel de discapacidad e intensidad del dolor en ambos grupos.. Después del período de intervención, en el grupo MCE, los valores promedio de SI aumentaron en todas las posiciones y en el grupo GE, los valores promedio de SI disminuyeron en todas las posiciones.</p>	<p>Ambas intervenciones fueron efectivas ya que el dolor y la discapacidad disminuyeron considerablemente en ambos grupos. El aumento de SI en el grupo MCE en la pulsación lateral derecha puede atribuirse a una mayor actividad de los músculos abdominales oblicuos, mientras que la disminución del SI en el grupo GE en el pulso hacia adelante puede atribuirse a la actividad óptima de los músculos longísimo e iliocostal.</p>	<p>6/10</p>
-------------------------------------	--	--	---	--	--	--	-------------

Tabla 4. Resultados de los artículos seleccionados para la revisión. Elaboración propia.

Anexo 1. Criterios de selección de la Escala PEDro. (11 items)

Escala PEDro-Español		
1. Los criterios de elección fueron especificados	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:
2. Los sujetos fueron asignados al azar a los grupos (en un estudio cruzado, los sujetos fueron distribuidos aleatoriamente a medida que recibían los tratamientos)	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:
3. La asignación fue oculta	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:
4. Los grupos fueron similares al inicio en relación a los indicadores de pronóstico más importantes	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:
5. Todos los sujetos fueron cegados	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:
6. Todos los terapeutas que administraron la terapia fueron cegados	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:
7. Todos los evaluadores que midieron al menos un resultado clave fueron cegados	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:
8. Las medidas de al menos uno de los resultados clave fueron obtenidas de más del 85% de los sujetos inicialmente asignados a los grupos	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:
9. Se presentaron resultados de todos los sujetos que recibieron tratamiento o fueron asignados al grupo control, o cuando esto no pudo ser, los datos para al menos un resultado clave fueron analizados por "intención de tratar"	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:
10. Los resultados de comparaciones estadísticas entre grupos fueron informados para al menos un resultado clave	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:
11. El estudio proporciona medidas puntuales y de variabilidad para al menos un resultado clave	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	donde:

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wang XQ, Zheng JJ, Yu ZW, Bi X, Lou SJ, Liu J, et al. A Meta-Analysis of Core Stability Exercise versus General Exercise for Chronic Low Back Pain. PLoS One [Internet]. 2012 Dec 17 [cited 2021 May 4];7(12). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23284879/>
2. Casado Morales I, Queraltó JM, Fernández JV. Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar Aetiology, chronification, and treatment of low back pain. 2008;19(3).
3. Violante FS, Mattioli S, Bonfiglioli R. Low-back pain. In: Handbook of Clinical Neurology [Internet]. Elsevier B.V.; 2015 [cited 2021 May 4]. p. 397–410. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26563799/>
4. Bento TPF, Genebra CV dos S, Maciel NM, Cornelio GP, Simeão SFAP, Vitta A de. Low back pain and some associated factors: is there any difference between genders? Brazilian J Phys Ther [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2021 May 4];24(1):79–87. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30782429/>
5. Panjabi MM. The stabilizing system of the spine: Part I. function, dysfunction, adaptation, and enhancement. J Spinal Disord [Internet]. 1992 [cited 2021 May 4];5(4):383–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1490034/>
6. Panjabi MM. The stabilizing system of the spine. Part II. neutral zone and instability hypothesis. J Spinal Disord [Internet]. 1992 [cited 2021 May 4];5(4):390–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1490035/>
7. Deyo RA, Mirza SK, Martin BI. Back pain prevalence and visit rates: Estimates from U.S. national surveys, 2002. Spine (Phila Pa 1976) [Internet]. 2006 Nov [cited 2021 May 5];31(23):2724–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17077742/>
8. Lumbalgia inespecífica: en busca del origen del dolor [Internet]. [cited 2021 May 4]. Available from: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-pdf-S1699258X09001466>
9. Comerford MJ, Mottram SL. Review article: Movement and stability dysfunction -

- Contemporary developments [Internet]. Vol. 6, Manual Therapy. Man Ther; 2001 [cited 2021 May 4]. p. 15–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11243905/>
10. Motor control problems in patients with spinal pain: a new direction for therapeutic exercise - PubMed [Internet]. [cited 2021 May 4]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10714539/>
 11. Ferreira PH, Ferreira ML, Maher CG, Refshauge K, Herbert RD, Hodges PW. Changes in recruitment of transversus abdominis correlate with disability in people with chronic low back pain. Br J Sports Med [Internet]. 2010 Dec [cited 2021 May 4];44(16):1166–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19474006/>
 12. Hayden JA, Van Tulder MW, Tomlinson G. Systematic review: Strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain [Internet]. Vol. 142, Annals of Internal Medicine. American College of Physicians; 2005 [cited 2021 May 4]. p. 776–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15867410/>
 13. Urrútia G, Bonfilll X. La declaración prisma: Un paso adelante en la mejora de las publicaciones de la revista Española de salud pública [Internet]. Vol. 87, Revista Espanola de Salud Publica. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social; 2013 [cited 2021 Jun 6]. p. 99–102. Available from: <http://www.prisma>
 14. Zafereo J, Wang-Price S, Roddey T, Brizzolara K. Regional manual therapy and motor control exercise for chronic low back pain: a randomized clinical trial. J Man Manip Ther. 2018 Aug 8;26(4):193–202.
 15. Ferreira ML, Ferreira PH, Latimer J, Herbert RD, Hodges PW, Jennings MD, et al. Comparison of general exercise, motor control exercise and spinal manipulative therapy for chronic low back pain: A randomized trial. Pain. 2007 Sep;131(1–2):31–7.
 16. Tagliaferri SD, Miller CT, Ford JJ, Hahne AJ, Main LC, Rantalainen T, et al. Randomized Trial of General Strength and Conditioning versus Motor Control and Manual Therapy for Chronic Low Back Pain on Physical and Self-Report Outcomes. J Clin Med. 2020 Jun

- 3;9(6):1726.
17. Rabiei P, Sheikhi B, Letafatkar A. Comparing Pain Neuroscience Education Followed by Motor Control Exercises With Group-Based Exercises for Chronic Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. *Pain Pract.* 2021 Mar 1;21(3):333–42.
 18. Kendall KD, Emery CA, Wiley JP, Ferber R. The effect of the addition of hip strengthening exercises to a lumbopelvic exercise programme for the treatment of non-specific low back pain: A randomized controlled trial. *J Sci Med Sport.* 2015 Nov 1;18(6):626–31.
 19. Costa LOP, Maher CG, Latimer J, Hodges PW, Herbert RD, Refshauge KM, et al. Motor control exercise for chronic low back pain: A randomized placebo-controlled trial. *Phys Ther.* 2009;89(12):1275–86.
 20. Shamsi MB, Sarrafzadeh J, Jamshidi A, Arjmand N, Ghezelbash F. Comparison of spinal stability following motor control and general exercises in nonspecific chronic low back pain patients. *Clin Biomech.* 2017 Oct 1;48:42–8.
 21. Ramón-Martín GJ, Rodríguez-Nogueira. Effectiveness of pain neuroscience education alone or combined with therapeutic exercise in chronic low back pain patients: a systematic review [Internet]. *Fisioterapia.* Ediciones Doyma, S.L.; 2021 [cited 2021 May 25]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-avance-resumen-efectividad-educacion-neurociencia-del-dolor-S0211563821000249>