

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN FISIOTERAPIA



**EFFECTIVIDAD DE LA TELERREHABILITACIÓN BASADA EN
EJERCICIOS EN DOLOR LUMBAR CRÓNICO: UNA REVISIÓN
SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS.**

AUTOR: Sánchez Cuenca, Gabriel.

Departamento: Patología y

TUTOR: Toledo Marhuenda, José Vicente.

cirugía. Departamento:

COTUTOR: Segura Heras, José Vicente.

Estadística,

Curso académico 2024-2025.

matemáticas e informática.

Convocatoria de junio.

ÍNDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT	1
2. INTRODUCCIÓN	3
3. OBJETIVOS	6
3.1. Objetivo principal	6
3.2. Objetivos secundarios	6
4. MATERIAL Y MÉTODOS	7
4.1. Registro del protocolo	7
4.2. Estrategia de búsqueda	7
4.3. Criterios de elegibilidad	7
4.4. Selección de estudios y recolección de datos	8
4.5. Variables de resultado	9
4.6. Riesgo de sesgo y evaluación de la calidad	9
4.7. Síntesis y análisis de datos	10
5. RESULTADOS	11
5.1. Selección de estudios	11
5.2. Características de los estudios	13
5.3. Calidad metodológica de los estudios	14
5.4. Riesgo de sesgo	14
5.5. Metaanálisis	15
5.5.1. Intensidad del dolor	16
5.5.2. Discapacidad	18
5.5.3. Catastrofismo	20

5.5.4. Kinesiofobia	21
6. DISCUSIÓN	22
7. CONCLUSIÓN	25
8. APORTACIÓN DE LOS AUTORES	26
8.1. Declaración de responsabilidad de datos	26
8.2. Contribuciones del autor	26
8.3. Financiación	26
8.4. Conflicto de intereses	26
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
10. ANEXOS	33
Anexo 1. Lista de verificación, según la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).....	33
Anexo 2. Tabla-resumen del proceso de búsqueda inicial.	36
Anexo 3. Tabla-resumen de la búsqueda final.	50
Anexo 4. Información detallada sobre la que se configura la evaluación del riesgo de sesgo.	52
Anexo 5. Interpretación del metaanálisis.	53
Figura 1. Diagrama de flujo.....	63
Figura 2. Resumen de las intervenciones.	63
Figura 3-A. Gráfico de riesgo de sesgo.	63
Figura 3-B. Resumen del riesgo de sesgo.	63
Tabla 2. Características de los estudios incluidos.	64

1. RESUMEN/ABSTRACT

RESUMEN

Introducción: el dolor lumbar crónico es una de las patologías más frecuentes a nivel musculoesquelético en todo el mundo, acarreando gastos importantes en el sistema sanitario. Los tratamientos activos, como el ejercicio terapéutico, son considerados como de primera línea. Con la pandemia, se han incorporado muchas innovaciones digitales donde la telerrehabilitación ha crecido y sigue evolucionando, presentándose como una alternativa al tratamiento convencional.

Métodos: se realizaron búsquedas en las bases de datos PUBMED y EMBASE de ensayos controlados aleatorios en los que al menos un grupo recibió telerrehabilitación basada en ejercicios (TRHB-E). La calidad metodológica y el riesgo de sesgo se evaluaron mediante PEDro y Cochrane, respectivamente.

Resultados: se incluyeron 15 estudios para el análisis cualitativo y 11 estudios para el cuantitativo. El tamaño de muestra total fue de 1342 participantes con dolor lumbar crónico (DLC). Se analizaron las variables, dolor, discapacidad, catastrofismo y kinesiofobia. Se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en todas las variables anteriormente mencionadas después de la TRHB-E en comparación con una intervención de fisioterapia en clínica basada en ejercicios, fisioterapia convencional o consejos educativos en todos los periodos de tiempo.

Conclusión: se sugiere la TRHB-E es igual de efectiva para disminuir el dolor y la discapacidad como otras intervenciones presenciales o mínimas en pacientes con dolor lumbar crónico. Sin embargo, respecto al catastrofismo y la kinesiofobia la evidencia es deficiente ya que muy pocos estudios han evaluado esta medida de resultado.

Palabras clave: low back pain, telerehabilitation, exercise therapy y exercise.

ABSTRACT

Introduction: Chronic low back pain is one of the most common musculoskeletal conditions worldwide, resulting in significant healthcare expenditures. Active treatments, such as therapeutic exercise, are considered first-line. With the pandemic, many digital innovations have been incorporated, and telerehabilitation has grown and continues to evolve, presenting itself as an alternative to conventional treatment.

Methods: PUBMED and EMBASE databases were searched for randomized controlled trials in which at least one group received exercise-based telerehabilitation(E-TRHB). Methodological quality and risk of bias were assessed using PEDro and Cochrane, respectively.

Results: Fifteen studies were included for qualitative analysis and 11 for quantitative analysis. The total sample size was 1342 participants with chronic low back pain (CLBP). The variables analyzed were pain, disability, catastrophizing, and kinesiophobia. Statistically significant differences ($p < 0.05$) were observed in all of the aforementioned variables after E-TRHB compared with an in-clinic exercise-based physical therapy intervention, conventional physical therapy, or educational counseling at all time periods.

Conclusion: It is suggested that E-TRHB is equally effective in reducing pain and disability as other in-person or minimal interventions in patients with chronic low back pain. However, regarding catastrophizing and kinesiophobia, the evidence is lacking as very few studies have evaluated this outcome measure.

Keywords: low back pain, telerehabilitation, exercise therapy, and exercise.

2. INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar crónico (DLC) es una de las enfermedades musculoesqueléticas más comunes a nivel global. En 2021, se estimó que 628 millones de personas padecían esta condición, con una tasa de incidencia de 3176.6 casos por cada 100.000 personas y 266 millones de nuevos diagnósticos ese año [1]. En España, la prevalencia del dolor lumbar se sitúa alrededor del 21%, lo que representa un importante problema de salud pública debido a la pérdida de días laborales y un gasto estimado del 0.68% del Producto Interior Bruto.[2]

El dolor lumbar se localiza en la región comprendida entre las últimas costillas y las crestas ilíacas, generando cambios en la rutina diaria durante más de un día, y que puede incluir dolor que irradia a las extremidades inferiores. En la mayoría de los casos no es posible identificar una causa específica, por lo que se clasifica como dolor lumbar inespecífico [3]. Si este dolor persiste por más de tres meses, se considera crónico, lo que genera una grave afectación emocional y funcional, limitando las actividades diarias de las personas [4]. Además, el DLC suele estar influido por factores biopsicosociales, comorbilidades y estrategias de afrontamiento, que afectan tanto la percepción del dolor como el nivel de discapacidad asociado [5]. También puede generar, en algunos casos, alteraciones en el sueño, reducir la participación en actividades sociales, laborales, afectar la autoestima y el bienestar general del paciente [6].

Con el progreso de la investigación, se han esclarecido diversos aspectos sobre el tratamiento del dolor lumbar, permitiendo identificar qué intervenciones resultan efectivas para los pacientes y cuáles no generan beneficios significativos. Las guías actuales recomiendan un enfoque completamente no farmacológico para el tratamiento del DLC como primera línea [7]. Las estrategias activas, como el autocontrol del dolor y la práctica regular de ejercicios, ayudan a reducir la dependencia del sistema de salud y a mejorar la funcionalidad. La implementación de ejercicios específicos (de activación del tronco y actividad física en general) [8] se considera de vital importancia para reducir la discapacidad en pacientes, así como la acupuntura y mindfulness para reducir el nivel de estrés de los pacientes[9]. También se sugiere la movilización articular, con o sin thrust, y el masaje para aliviar síntomas a corto plazo. Por otro lado, la educación en dolor combinada con terapia activa es una estrategia efectiva en el

manejo de esta condición [10,8]. Por el contrario, el uso excesivo de tratamientos pasivos, como el descanso prolongado o la medicación, tienden a agravar la discapacidad [11]. Los procesos de aprendizaje desadaptativos y las creencias limitantes influyen en la percepción y el comportamiento frente al dolor, resultando las creencias sobre el dolor más determinantes en la discapacidad que el propio dolor [5].

El ejercicio terapéutico incluye actividades y movimientos específicos, planificados por profesionales de la salud, que interactúan a través de diferentes parámetros, obteniendo como resultado la dosis del ejercicio [12]. La administración eficaz de un programa terapéutico demanda la ejecución correcta del ejercicio, teniendo en cuenta aspectos como la enfermedad existente, las restricciones en la participación y los factores circunstanciales [13]. En un metaanálisis reciente se planteó qué tipo de ejercicio era más efectivo para disminuir los resultados reportados por el paciente para el dolor lumbar. Algunas de las intervenciones que se recopilaron fueron las siguientes: ejercicio de resistencia, estabilización, control motor, pilates, yoga, mckenzie, flexión de tronco, extensión de tronco, aeróbico, ejercicios en piscina, estiramientos o multimodales, en los que se incluyen al menos 2 tipos de ejercicios de los mencionados anteriormente [14].

La telerrehabilitación se refiere al uso de las tecnologías de información y comunicación para prestar unos servicios de rehabilitación sin necesidad de estar presencialmente en una consulta [15]. El concepto engloba una serie de servicios, en los que se incluyen la evaluación, la valoración, el seguimiento, la prevención, la intervención, la supervisión, la educación, la consulta y el coaching[16]. El servicio se puede administrar de varias formas: de manera sincrónica, es decir, tanto el paciente como el profesional sanitario se encuentran conectados al mismo tiempo (videoconferencia); de forma asincrónica, se produce cuando el paciente y el profesional sanitario no están conectados al mismo tiempo, como sucede por ejemplo con las aplicaciones m-health o videos que han sido previamente grabados y se dejan a disposición del paciente para que los consulte cuando sea necesario; o de forma híbrida, cuando, de forma inicial se hace un primer contacto con el paciente y, posteriormente, se lleva a cabo el seguimiento a distancia[17]. En un metaanálisis de metaanálisis reciente se evidenció que con la telerrehabilitación se obtienen resultados clínicos favorables y un manejo similar al de rehabilitación

convencional respecto a la función física, en pacientes con afecciones neurológicas y musculoesqueléticas [18]. A su vez, en otro estudio se puso de manifiesto el uso de la telerrehabilitación para algunas patologías musculoesqueléticas (fractura de cadera, artrosis de rodilla, enfermedades degenerativas del raquis, etc), encontrando resultados prometedores en calidad de vida, función y alivio del dolor.[19]

La mayor ventaja de la telerrehabilitación es que permite recibir tratamiento sin importar la distancia, el tiempo o la necesidad de desplazarse [20,21]. Por eso, es una opción potencial para mejorar la atención en zonas con pocos recursos, escaso personal o acceso limitado a servicios de rehabilitación y fisioterapia. En los últimos años, se han incorporado muchas innovaciones digitales donde la telerrehabilitación basada en ejercicios (TRHB-E) ha crecido y sigue evolucionando. Si bien es cierto que existe una revisión en paraguas [22] de la literatura sobre este tema, hasta la fecha, no existe ningún metaanálisis que evalúe la efectividad de esta práctica. Lo que se ha publicado muestra muchas diferencias en las intervenciones usadas, en cómo se aplican las terapias y en cómo se miden los resultados. Por eso, es importante revisar y organizar la información existente, para poder mejorar este tipo de atención, en beneficio de los pacientes. Los principales hallazgos podrían ser una alternativa para usar la TRHB-E en contraposición al tratamiento del DLC tradicional en los pacientes que sean susceptibles de recibirla.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo principal

Conocer, a través de la literatura científica, la efectividad de la TRHB-E en pacientes con dolor lumbar crónico, analizando los estudios con resultados comparables en un metaanálisis.

3.2. Objetivos secundarios

- Realizar una revisión bibliográfica sistemática de los estudios publicados relacionados con la TRHB-E en el tratamiento de dolor lumbar crónico.
- Evaluar la calidad metodológica de los estudios relacionados con la TRHB-E en el tratamiento de dolor lumbar crónico, según la Escala PEDro.
- Evaluar el riesgo de sesgo de los estudios relacionados con la TRHB-E en el tratamiento de dolor lumbar crónico, siguiendo la metodología Cochrane.
- Determinar el efecto de la TRHB-E sobre las variables planteadas en la pregunta PICO, a partir de los resultados obtenidos del metanálisis.
- Describir las características de los estudios seleccionados y los protocolos utilizados en la TRHB-E en el tratamiento de dolor lumbar crónico.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Registro del protocolo

Esta revisión sistemática y metaanálisis se llevó a cabo siguiendo las directrices de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) [23], cuya lista de verificación puede consultarse en el [Anexo 1](#). Este trabajo no ha sido registrado en “International Prospective Register of Ongoing Systematic Reviews” (PROSPERO) ni se ha redactado un protocolo. Además, cuenta con la autorización del Comité de Ética de la Oficina de Investigación Responsable (ORI) de la Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante. TFG.GFI.JVTM.GSC.241218.

4.2. Estrategia de búsqueda

Con el objetivo de identificar todas las publicaciones relevantes, se realizó una búsqueda electrónica en las bases de datos PubMed y EMBASE, hasta marzo de 2025, junto con una búsqueda manual en listas de referencias y literatura relevante. Se utilizaron las siguientes palabras clave para formular la estrategia de búsqueda: «low back pain», «telerehabilitation», «exercise therapy» y «exercise», así como sus sinónimos necesarios. Esto puede ser revisado en el [Anexo 2](#).

Para implementar una estrategia en el diseño de una búsqueda bibliográfica efectiva y obtener resultados relevantes, se planteó el siguiente formato PICO-S: Población: adultos (18-80 años) con DLC inespecífico (>3 meses); Intervención: telerrehabilitación basada en ejercicios; Comparación: cualquier tipo de intervención; Resultado: dolor, discapacidad, catastrofismo y kinesiofobia; Fuente: ensayos clínicos aleatorizados (ECAS), revisiones sistemáticas (RS) y metaanálisis. La ecuación de búsqueda final y el proceso de recuperación de información, basados en nuestra pregunta de investigación, pueden consultarse en el [Anexo 3](#).

4.3. Criterios de elegibilidad

Para reducir la extensa búsqueda de hallazgos a un núcleo de literatura relevante, se establecieron una serie de criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión fueron: 1) participantes adultos entre 18 y 80 años con diagnóstico de lumbalgia crónica inespecífica (≥ 3 meses de evolución); 2) intervención basada en telerrehabilitación, entendida como la entrega de rehabilitación terapéutica a

distancia mediante tecnologías de telecomunicaciones, como dispositivos móviles, aplicaciones con ejercicios grabados o videollamadas en tiempo real; 3) la telerrehabilitación debía incluir ejercicios terapéuticos como componente principal, administrados a través de cualquier tipo de dispositivo o plataforma tecnológica. En cuanto a los criterios de exclusión: 1) estudios que incluyeran pacientes con dolor lumbar secundario a enfermedades específicas (cáncer, fracturas, infecciones, espondilitis anquilosante, artrosis, entre otras); 2) estudios que evaluaran dolor lumbar agudo o subagudo (menos de 3 meses) o que no fuera de tipo crónico inespecífico; 3) ensayos en los que la intervención del grupo experimental fuera completamente presencial, sin ningún componente de telerrehabilitación; 4) ensayos en los que la telerrehabilitación no incluyera ejercicios terapéuticos como intervención principal; 5) estudios con resultados incompletos, datos faltantes o de carácter preliminar; 6) estudios no publicados como artículos de texto completo en revistas científicas; 7) estudios que no estuvieran escritos en inglés o español; 8) diseños que no correspondieran a ensayos clínicos aleatorizados o revisiones sistemáticas; 9) estudios cuya población no incluyera personas entre 18 y 80 años.

4.4. Selección de estudios y recolección de datos

Todos los resultados se exportaron a Microsoft Excel, donde se clasificaron mediante tablas dinámicas. Tras eliminar los artículos duplicados, dos revisores independientes (GSC, EJG) examinaron la bibliografía recuperada mediante la lectura de títulos y resúmenes para seleccionar los que mejor se ajustaban al estudio. La concordancia fue muy buena ($\kappa = 0.867$) durante esta fase. Posteriormente, los mismos autores realizaron de forma independiente un análisis de texto completo para identificar los estudios potencialmente elegibles. En caso de desacuerdo, un tercer evaluador (JVT) resolvió el conflicto en cada fase. Se calculó el índice Kappa de Cohen para evaluar la concordancia entre los dos revisores principales en cada fase [24], los resultados se muestran en la Tabla 1.

Posteriormente, se extrajeron de forma independiente los datos relevantes de cada estudio seleccionado y se resumieron en una tabla: autor, año de publicación, diseño del estudio, tamaño de la muestra, características de la población, intervención, duración del estudio y parámetros. A su vez, se llevó a cabo el mismo proceso de clasificación para las variables más relevantes y compatibles entre los artículos, los instrumentos de evaluación y sus resultados

Etapa -Estudios	Kappa	Fuerza de concordancia
Búsqueda ECAs-Título resumen	0.867	Muy buena
Búsqueda ECAs-Texto completo	1	Muy buena
Búsqueda RS-Título/resumen	0.723	Buena
Búsqueda RS-Texto completo	0.4	Débil

Tabla 1. Índice Kappa.

4.5. Variables de resultado

El resultado principal de este metaanálisis fue la magnitud del dolor lumbar crónico, calculada según la intensidad del dolor (EVA y NPRS) y la discapacidad asociada (ODI). También se extrajeron otros resultados reportados por el paciente como pueden ser los pensamientos catastrofistas (PCS) y la kinesiofobia (TSK).

4.6. Riesgo de sesgo y evaluación de la calidad

La calidad metodológica se evaluó mediante la herramienta Cochrane de Riesgo de Sesgo 2.0 para ensayos aleatorizados (RoB2) [25]. Se evaluó el riesgo de sesgo (bajo, riesgo incierto y alto) en los siguientes dominios: proceso de aleatorización (dominios 1.1, 1.2 y 1.3), desviación de las intervenciones previstas (dominios 2.1 a 2.7), datos de resultados faltantes (dominios 3.1 a 3.4), medición del resultado (dominios 4.1 a 4.5) y selección de los resultados informados (dominios 5.1 a 5.3).

Se utilizó la escala de la Base de Datos de Evidencia de Fisioterapia (PEDro) para evaluar críticamente los estudios incluidos en nuestra búsqueda. La escala de once ítems es una medida válida para evaluar los ECA [26,27], donde cada estudio se califica sobre diez, siendo 6 el umbral para un estudio de alta calidad y menos de 5 puntos sugiere una baja calidad metodológica.

Ambas evaluaciones se realizaron por un único evaluador (GSC), de forma individual y estructurada, usando plantillas oficiales para minimizar sesgos y garantizar reproducibilidad.

4.7. Síntesis y análisis de datos

Se ajustaron simultáneamente el modelo de efectos aleatorios y el modelo de efectos fijos [28,29] y, se actualizaron en función de los tests de heterogeneidad.

Se usó el método de la varianza inversa para obtener el estimador del tamaño del efecto global y el estimador de Paule-Mandel del error aleatorio. El método Q se usó para calcular el IC al 95% de este error y se aplicó la corrección de Hartung-Knapp en los modelos de efectos aleatorios.

Se utilizó la función `bc.mean.sd ()` del paquete `estmeansd` para estimar la media y la desviación típica en los estudios que presentan la mediana, el rango intercuartílico y/o el rango.

La heterogeneidad se analizó mediante el error aleatorio tau (τ), la prueba Q de Cochran, el valor muestral de Higgins y Thomson (I^2) y el estadístico H asociado a la Q de Cochran. Se elegía el modelo de efectos aleatorios cuando alguna de estas pruebas era significativa. El tamaño del efecto global se estimó a partir del modelo seleccionado (fijo o aleatorio).

El resumen de los resultados obtenidos se presenta mediante un Forest Plot. La línea vertical central de esta representación es la línea de 'no efecto', la cual simboliza que no hay diferencia entre las medidas pre/post obtenidas. Dentro de la gráfica, los cuadrados representan el efecto evaluado en cada estudio y su tamaño está directamente relacionado con el peso de los estudios en el metaanálisis (expresado numéricamente en la columna Weight). La línea horizontal que los atraviesa representa el intervalo de confianza. Cuanto más larga sea la línea, mayor será el intervalo y, por tanto, los resultados del estudio serán menos precisos.

El diamante representa los resultados globales del metaanálisis. El centro del diamante es el valor del efecto en conjunto y el ancho representa el intervalo de confianza general. La interpretación del tamaño del efecto fue la siguiente: «pequeño» de 0.2 a 0.49, «moderado» de 0.5 a 0.79 y «grande» si es mayor de 0.8. Un valor de $p < 0.05$ se consideró significativo. Los metaanálisis se realizaron con el programa estadístico R.

5. RESULTADOS

5.1. Selección de estudios

La búsqueda inicial de revisiones sistemáticas reveló un total de 151 estudios potencialmente elegibles (PubMed 41; EMBASE 9). Después de la eliminación de duplicados, se examinaron 122 registros por título y resumen, de los cuales solo 4 registros se identificaron para su inclusión. Finalmente, después de leer el texto completo, se identificó en una revisión sistemática 1 RCT de interés. Por la otra parte, se realizó una búsqueda de estudios primarios en las mismas bases de datos, donde se identificaron 557 ensayos clínicos potencialmente elegibles adicionales (PubMed 178; EMBASE 379). Después de la eliminación de duplicados, se examinaron 420 registros por título y resumen, se consideraron 27 artículos de texto completo para su inclusión y se incluyeron 14 RCT. Se incluyeron 15 estudios en la revisión sistemática. De estos, 11[30-40] se incorporaron al metaanálisis debido a la similitud en las intervenciones, así como la disponibilidad de datos adecuados para el análisis estadístico. Los 4 estudios restantes [41-44], si bien cumplieron con los criterios generales de inclusión, presentaron diferencias metodológicas significativas que impidieron su análisis estadístico, por lo que fueron considerados únicamente en el análisis cualitativo. El resumen completo de las etapas de selección de estudios se detalla en la figura 1, diagrama de flujo PRISMA.

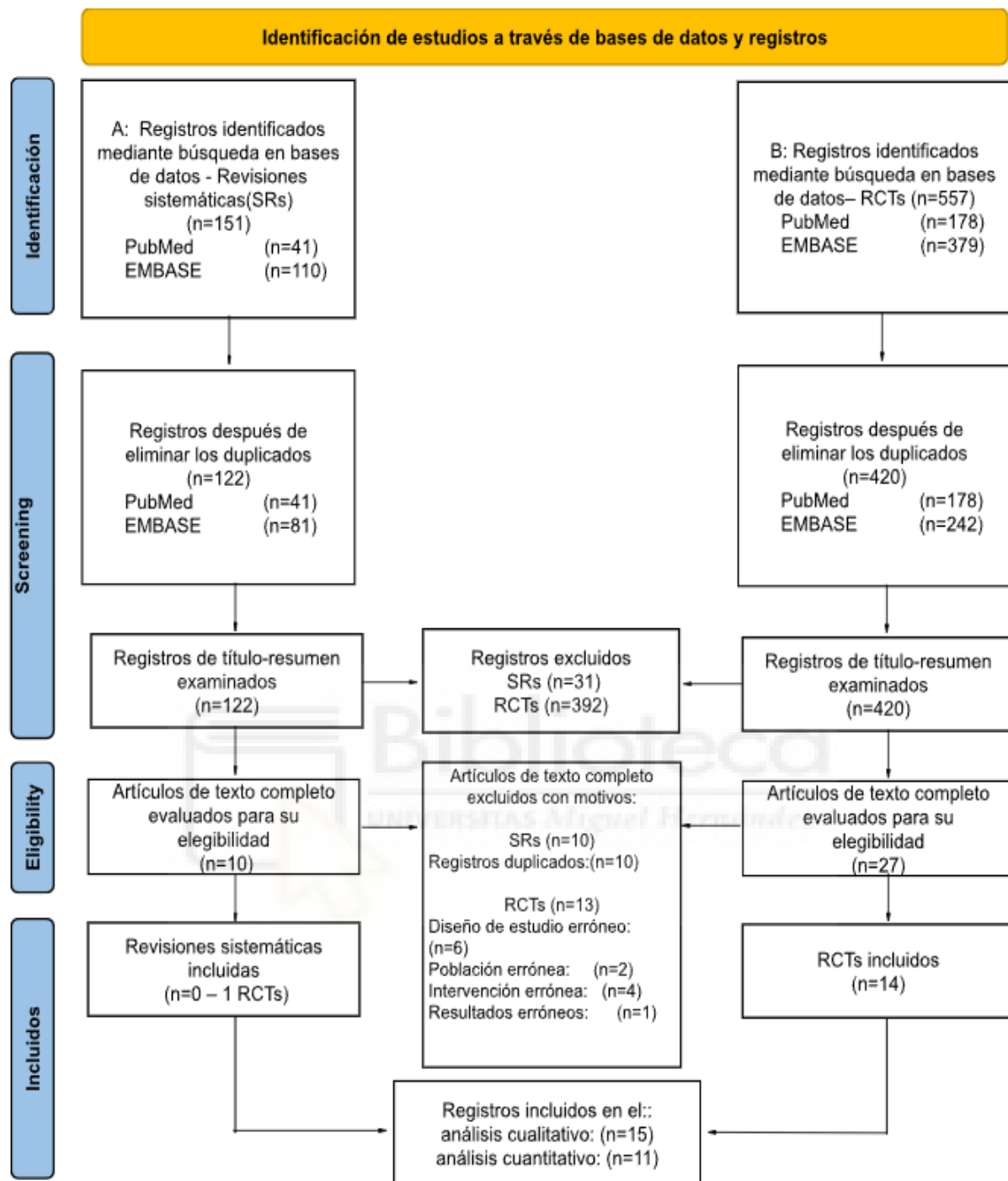


Figura 1. Diagrama de flujo.

5.2. Características de los estudios

Los 15 RCT elegibles incluyeron a 1342 pacientes, de los cuales el 49,18% eran mujeres. La edad media al inicio del estudio fue de 42.86 años, con un rango de 18 a 80 años. El tamaño de la muestra varió entre los estudios, la más pequeña de 40 pacientes[32] y la más grande de 208 pacientes[42]. La [figura 2](#), muestra el resumen de las intervenciones llevadas a cabo, disponible en [Anexos](#).

Los pacientes del grupo control recibieron panfletos con los ejercicios en tres estudios [32,35,37] en otros tres [41,42,44] los pacientes recibieron fisioterapia convencional, mientras que en cinco[33,34,38,39,40] recibieron los mismos ejercicios que en el grupo experimental, pero bajo la supervisión presencial de un fisioterapeuta, las cuales fueron comparadas en todos los estudios con TRHB-E. En un estudio se recibieron consejos nutricionales a través de una App [30], en otro se recibió una rutina de ejercicios en casa junto con una recomendación de actividad diaria y medicación [31] y en otro se otorgaron a través de una App 3 artículos sobre el manejo del dolor lumbar [43]. Hubo un estudio [36] en que se llevaron a cabo los ejercicios en casa junto con el uso de una App, una sesión quincenal de educación para la salud y ejercicio terapéutico. En todos los estudios fueron reclutados en dos grupos a excepción de uno [35], en el que hubo grupo experimental (telerrehabilitación), sin supervisión y bajo la supervisión de un fisioterapeuta en la clínica.

En once estudios [30-40] hubo una intervención principal (TRHB-E) y otra de forma secundaria, con menos peso. Los ejercicios de fortalecimiento de la zona lumbar y sus regiones adyacentes fueron los más numerosos [30,31,32,33,36,37,38,39,40] seguido de los ejercicios de estiramiento [30,37,38,39]. Los ejercicios aeróbicos [31], de control motor [34] y de estabilización de la columna vertebral [35] también estuvieron presentes. Junto a estas intervenciones hubo educación en la patología [30,38] en dos estudios, educación en el dolor en dos estudios [39,40] y se continuó con la receta médica regular en un estudio[31].

El canal que más representación tuvo fue el uso de App, junto a una modalidad asincrónica.

La [Tabla 2](#) detalla las características de las intervenciones de ejercicio en casa aplicadas en cada ensayo, disponible en [Anexos](#).

5.3. Calidad metodológica de los estudios

Respecto a la calidad metodológica (Tabla 3), la puntuación media PEDro de los ECAS incluidos fue de 6.73 (rango 5-8; DE 1,01), lo que corresponde a un alto nivel de validez interna. Dos estudios [35,44] se caracterizan por su moderada calidad metodológica (=5 puntos) y cuatro estudios [31,33,37,38] por su alta calidad metodológica (8 puntos). La asignación aleatoria fue posible en todos los artículos mientras que el cegamiento de los fisioterapeutas no fue posible en ningún estudio. Este hecho, junto con la falta de cegamiento de los pacientes, constituye el sesgo más recurrente. La Tabla 3 representa los detalles de la escala PEDro de cada ensayo.

	Criterios elección*	Distribución aleatoria	Asignación oculta	Similitud inicio	Sujeto Cegado	Terapeuta Cegado	Evaluador Cegado	Seguimiento Adecuado	Intención de Tratar	Comparación entre Grupos	Medidas Puntuales y Variabilidad	Total
Almhdawi et al., 2020	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	6
Chhabra et al., 2018	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8
Cui et al., 2023	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	6
Devorski et al., 2024	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	7
Espin et al., 2025	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8
Fanuscu et al., 2024	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	7
Karaduman et al., 2024	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	5
Koppelaar et al., 2023	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	6
López-Marcos et al., 2024	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	7
Özden et al., 2022	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8
Shebib et al., 2019	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	6
Shi et al., 2024	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8
Toelle et al., 2019	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	5
Villatoro-Luque et al 2023 A	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	7
Villatoro-Luque et al 2023 B	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	7

*Se incluye un criterio adicional pero no puntúa en el total.

Tabla 3. Evaluación de la calidad metodológica según la Escala PEDro.

5.4. Riesgo de sesgo

Los detalles de la evaluación del riesgo de sesgo de los ensayos clínicos aleatorios incluidos se muestran en la Figura 3-A y Figura 3-B. La información detallada sobre la que se configura el gráfico, según los dominios de sesgo evaluados, puede ser revisada en el [Anexo 4](#), dentro del [material complementario](#).

En cuanto a la evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales, excepto cuatro estudios [30,35,42,44], todos se clasificaron con bajo riesgo de sesgo de selección, ya que lograron aleatorizar la selección de usuarios. Tres estudios presentaron problemas con el ocultamiento de la asignación [35,42,44]. El sesgo de realización fue clasificado como alto en todos los artículos debido a la dificultad para cegar a los participantes y terapeutas. Asimismo, se realizó un cegamiento adecuado de las

evaluaciones de resultados en 11 de los 15 artículos seleccionados y se calificaron como de bajo riesgo de sesgo de detección [30,31,41,33,35,42,36,37,38,39,40]. En un estudio [34] no tenían los datos completos de los resultados y se clasificó como riesgo incierto. En todos los estudios el riesgo de sesgo por informe selectivo de resultados fue evaluado como bajo y 9 estudios [30,41,34,35,42,36,37,39,40] fueron evaluados con riesgo incierto de otro tipo de sesgo.

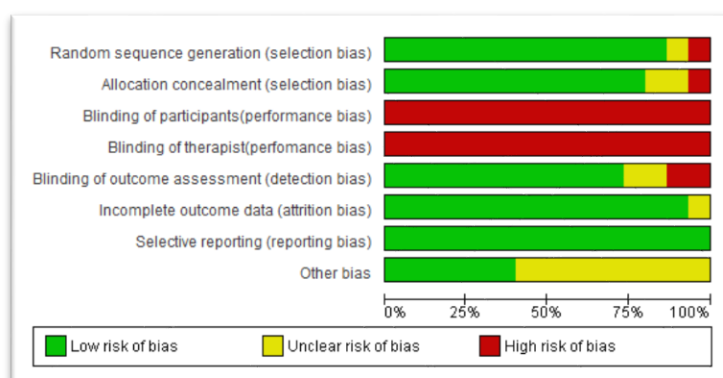


Figura 3-A. Gráfico de riesgo de sesgo.

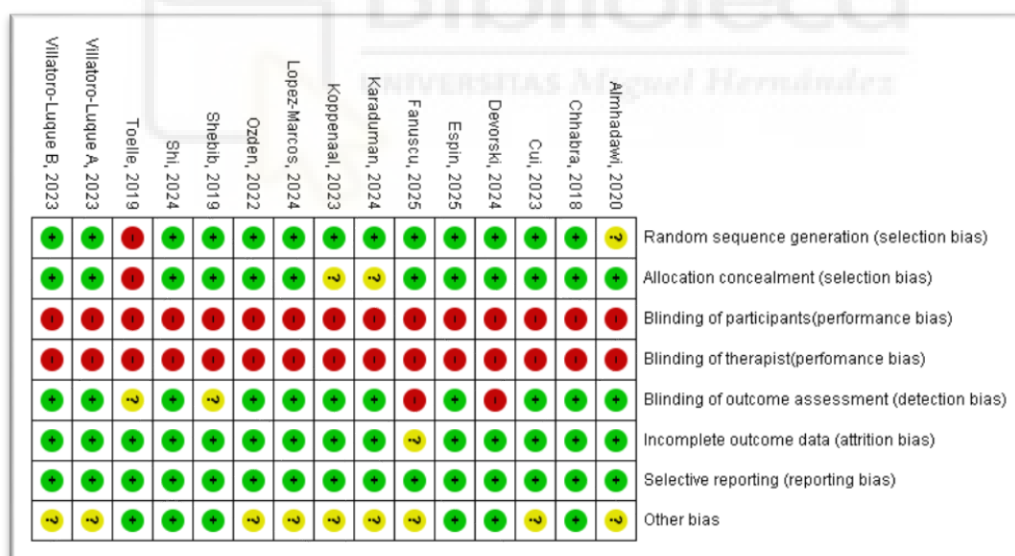


Figura 3-B. Resumen del riesgo de sesgo.

5.5. Metaanálisis

Este metaanálisis se realizó en dos grupos de estudio; un grupo de TRHB-E principalmente que incluyó ejercicios de fortalecimiento de la zona lumbar, ejercicios de estiramiento, de control motor, de estabilización de la columna y aeróbicos y un grupo control que incluyó panfletos con los ejercicios para

casa, fisioterapia convencional, los mismos ejercicios, pero realizados en la clínica bajo la supervisión de un clínico o consejos educativos. Tenemos datos longitudinales observados en distintos momentos del tiempo en cada grupo. Por ese motivo se han agrupado los artículos en dos momentos: la medición pre y postratamiento. La interpretación de cada Forest plot puede ser revisada de forma completa en el [Anexo 5](#).

5.5.1. Intensidad del dolor

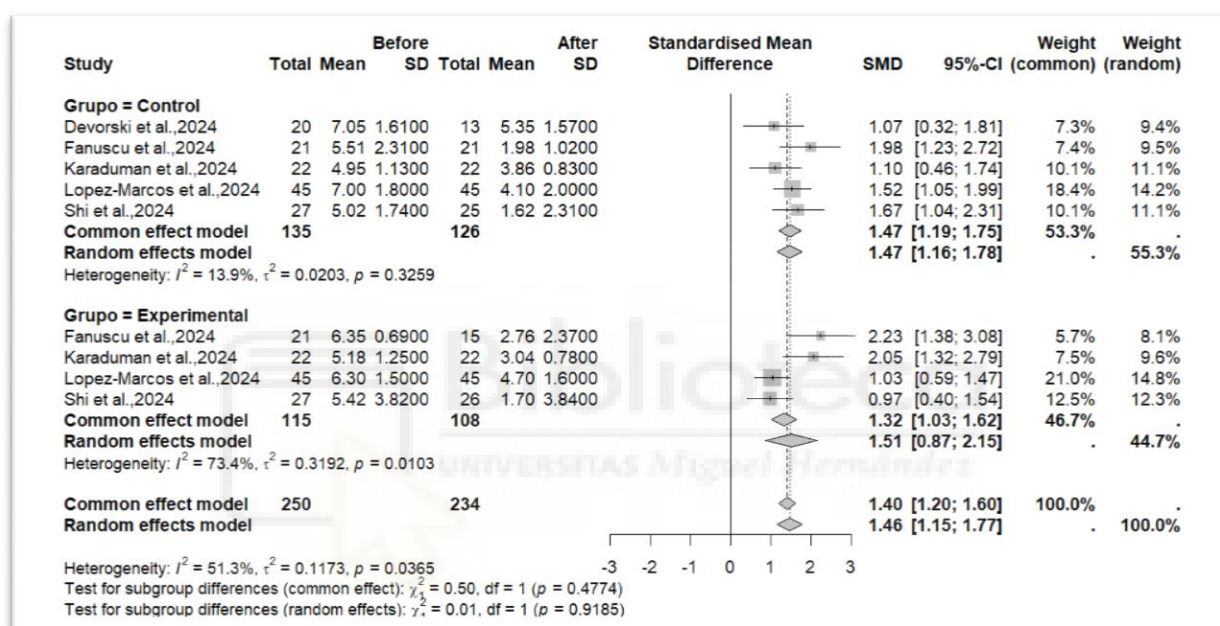


Figura 4. Efectos de TRHB-E sobre el dolor a las 3-4 semanas.

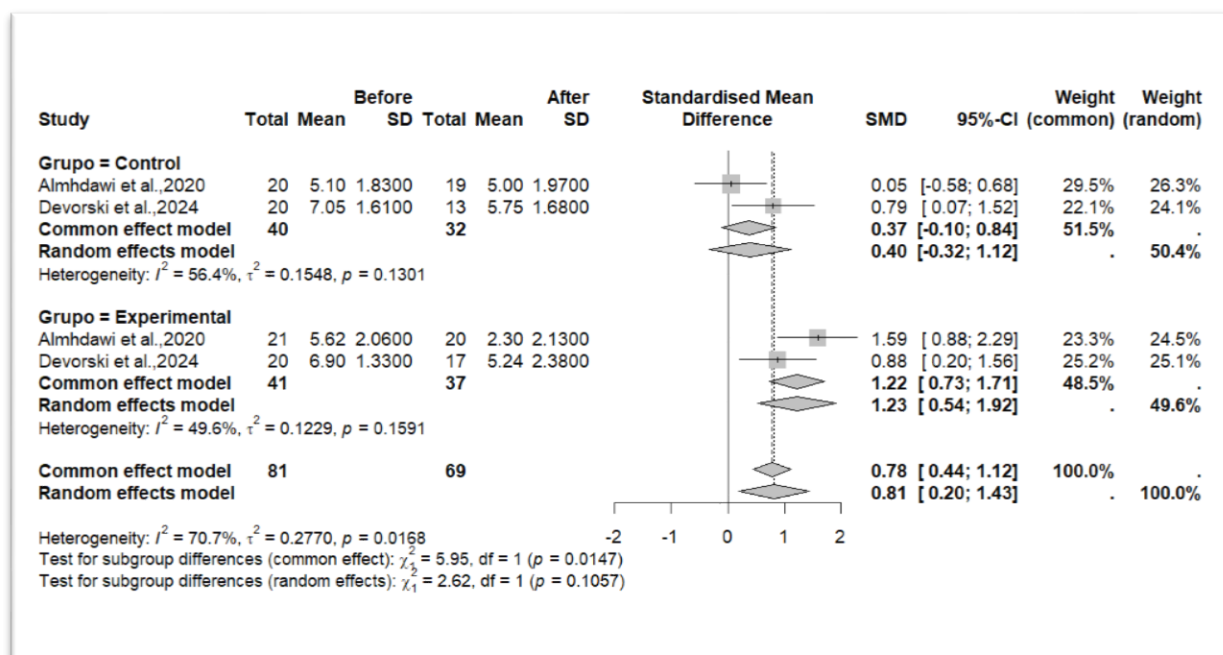


Figura 5. Efectos de TRHB-E sobre el dolor a las 6 semanas.

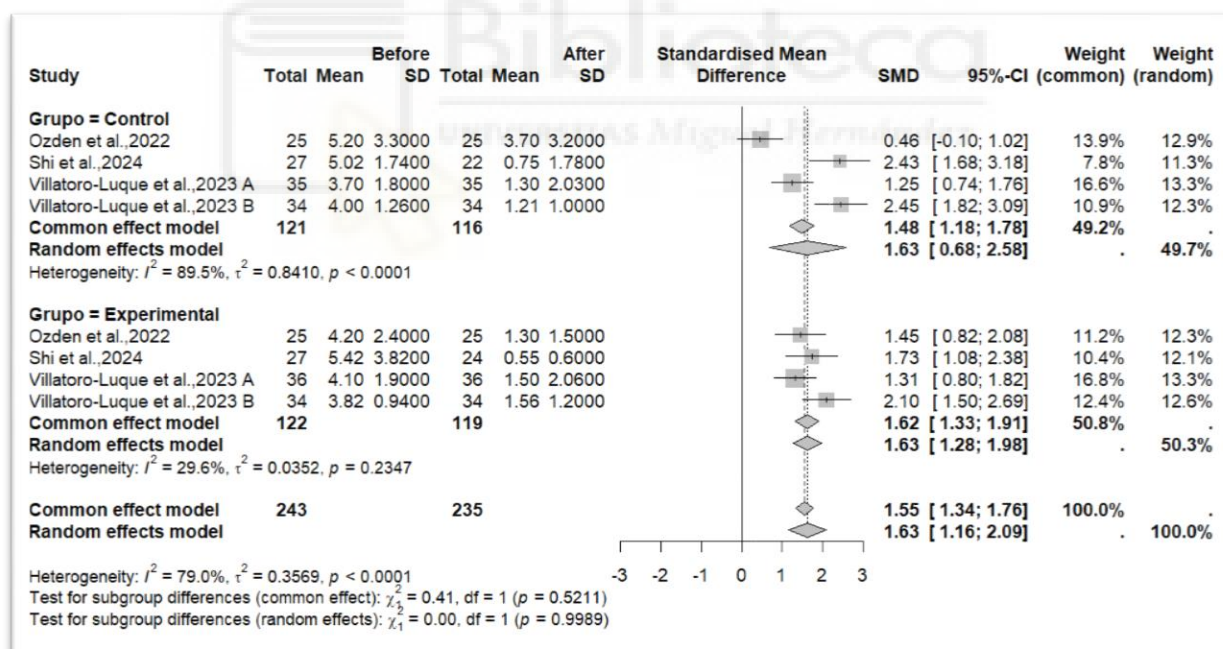


Figura 6. Efectos de TRHB-E sobre el dolor a las 8 semanas.

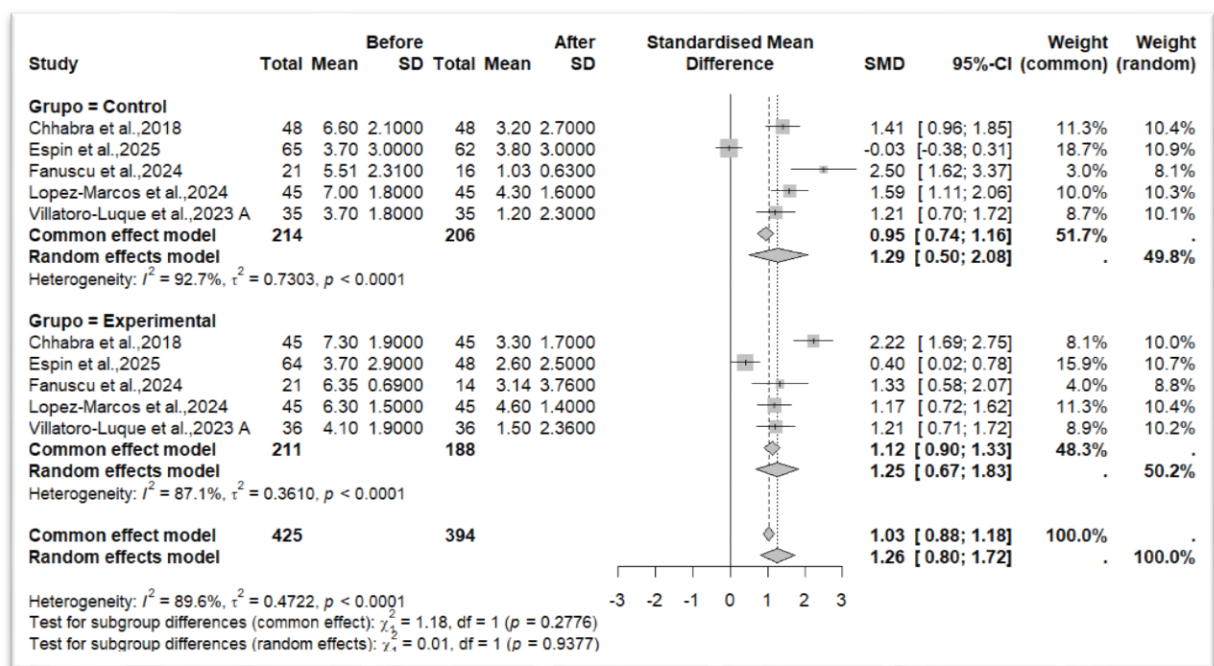


Figura 7. Efectos de TRHB-E sobre el dolor a las 12 semanas.

5.5.2. Discapacidad

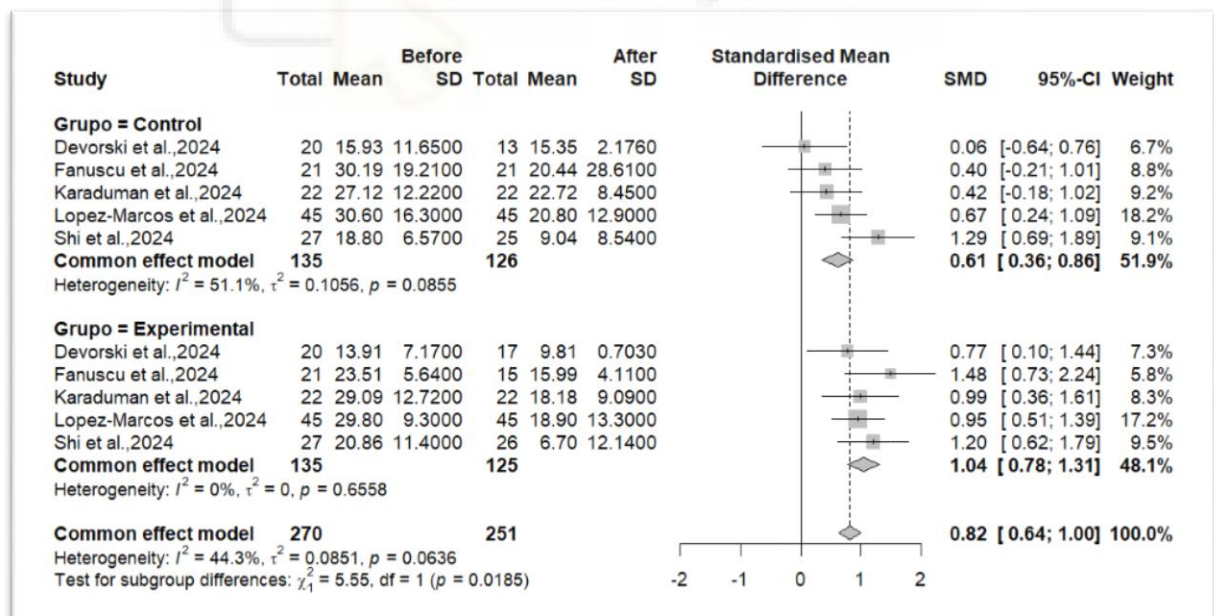


Figura 8. Efectos de TRHB-E sobre la discapacidad a las 3-4 semanas.

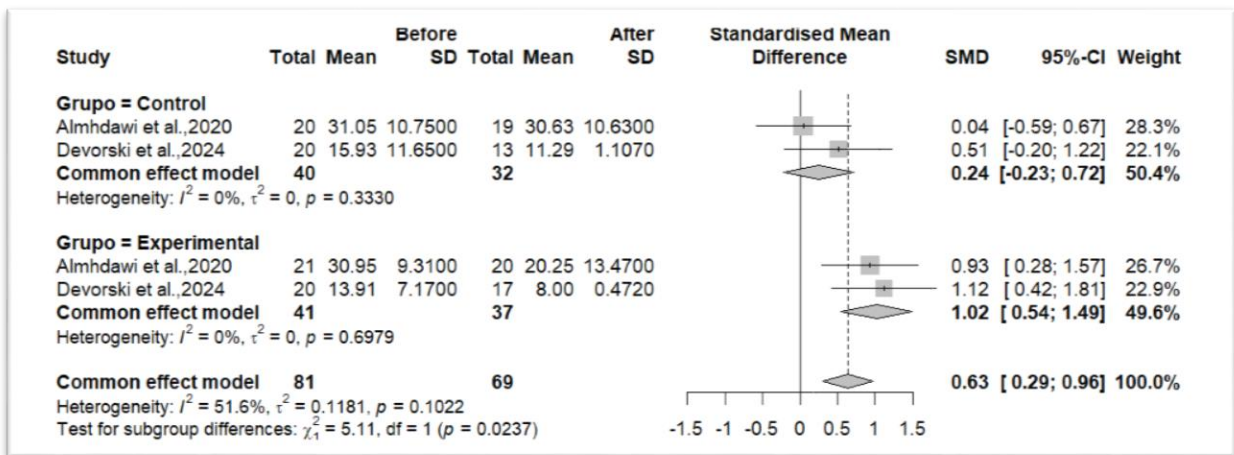


Figura 9. Efectos de TRHB-E sobre la discapacidad a las 6 semanas.

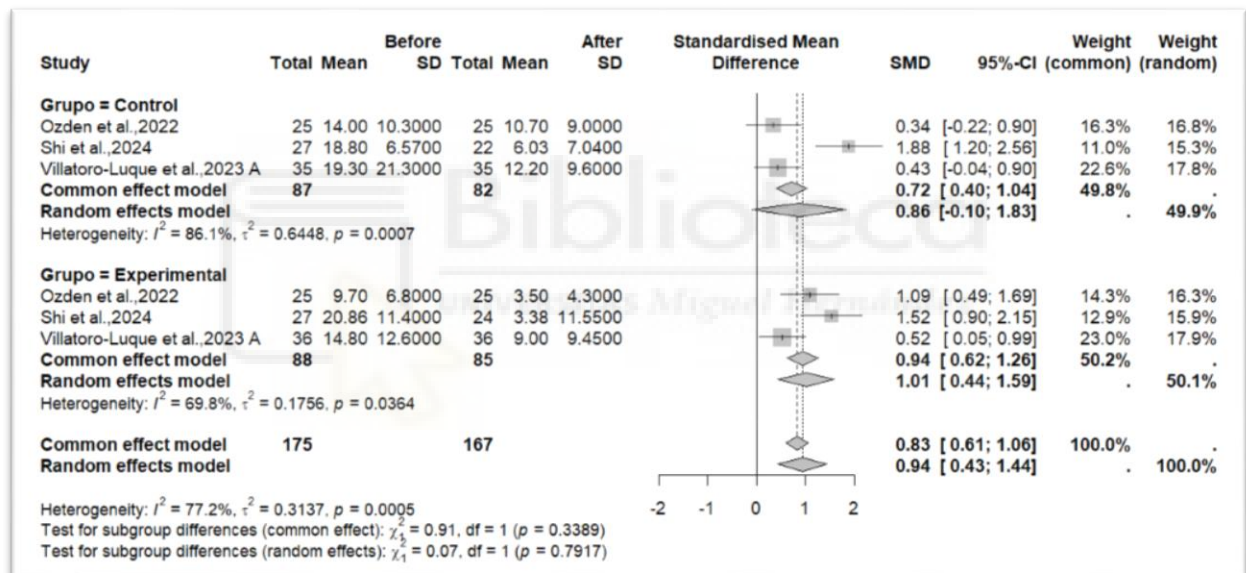


Figura 10. Efectos de TRHB-E sobre la discapacidad a las 8 semanas.

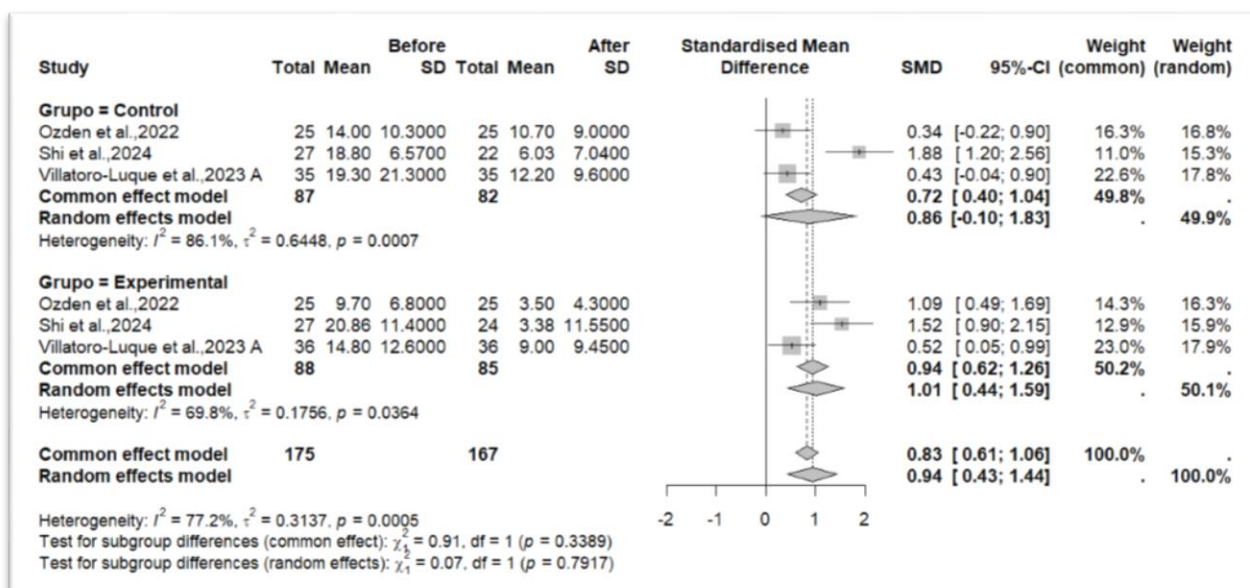


Figura 11. Efectos de TRHB-E sobre la discapacidad a las 12 semanas.

5.5.3. Catastrofismo

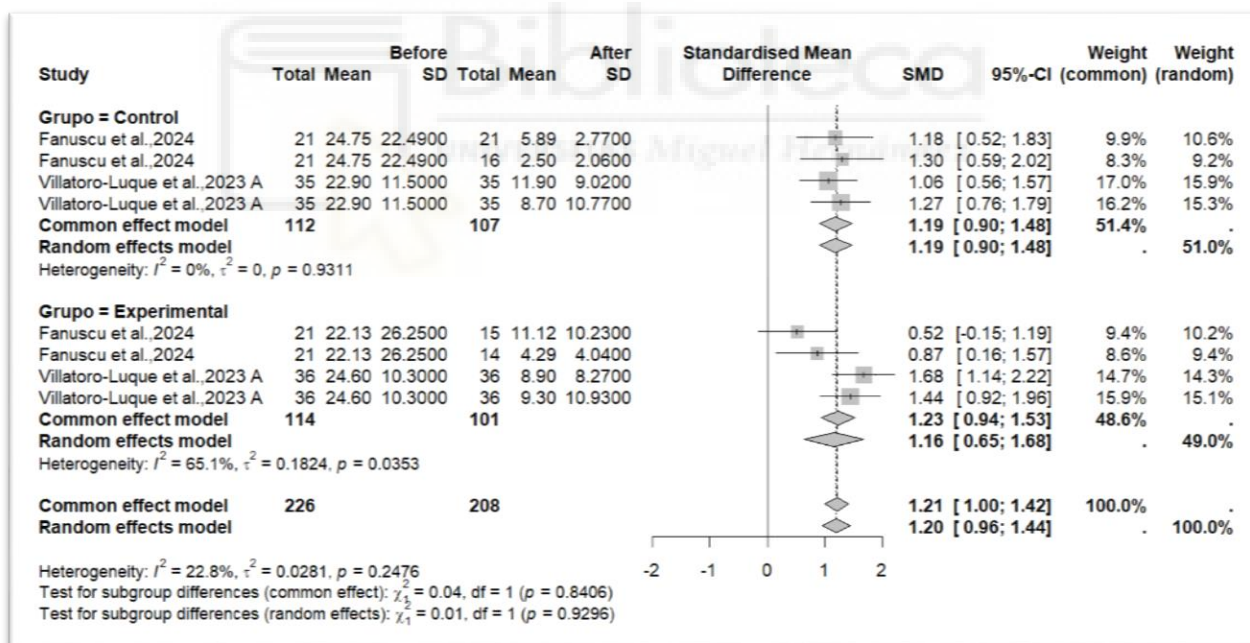


Figura 12. Efectos de TRHB-E sobre el catastrofismo a las 4-12 semanas.

5.5.4. Kinesiofobia

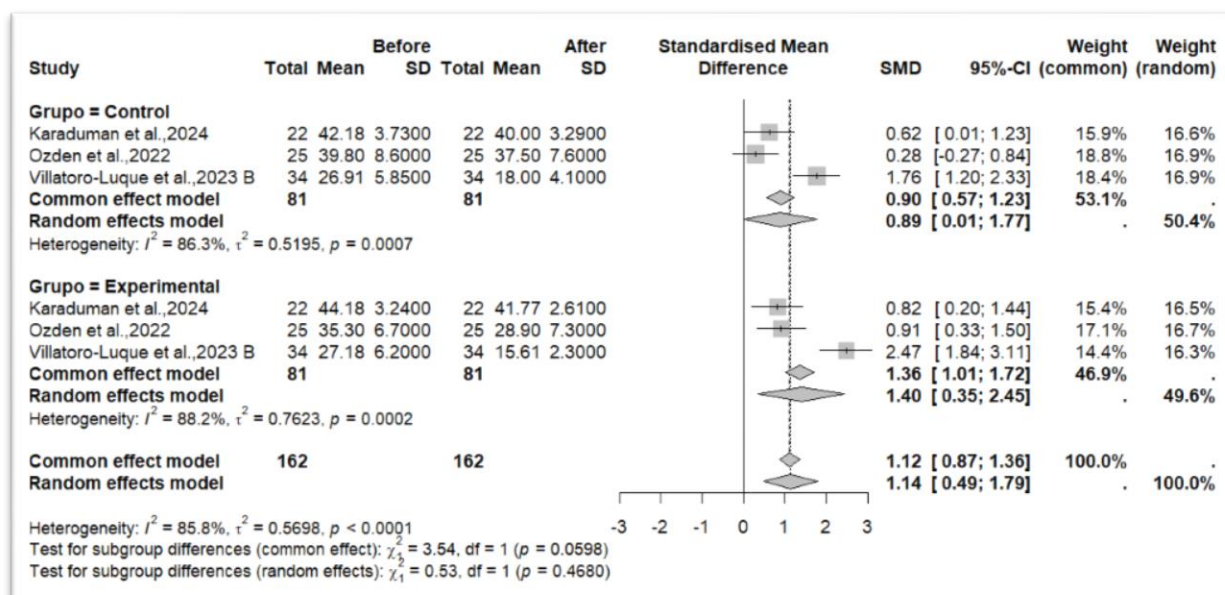


Figura 13. Efectos de TRHB-E sobre la kinesiofobia a las 4-8 semanas.



6. DISCUSIÓN

Hasta la fecha no tenemos constancia de que el objetivo de este trabajo haya sido estudiado con un metaanálisis previamente. Es por ello por lo que esta revisión sistemática y metaanálisis se presume como la primera que tiene como objetivo analizar la efectividad de la TRHB-E en el tratamiento de DLC con respecto a las variables dolor, discapacidad, catastrofismo y kinesiofobia en distintos periodos de tiempo (3-4, 6, 8 y 12 semanas). Los hallazgos globales arrojan diferencias estadísticamente significativas en las variables anteriormente mencionadas en el grupo experimental en comparación con la misma intervención supervisada en clínica, fisioterapia convencional o consejos educativos. De forma global, obtuvimos tamaños del efecto grandes $SMD = 1.46$ (3-4 sem.), 0.81 (6 sem.), 1.63 (8 sem.), 1.25 (12 sem), para el dolor; $SMD = 0.82, 0.63, 0.94, 1.02$, para la discapacidad respectivamente; $SMD = 1.21$ (4-12 sem.) para el catastrofismo; $SMD = 1.14$ para la kinesiofobia (4-8 sem.), indicando que la TRHB-E es igual de efectiva que las estrategias con las que se la comparó.

Nuestros resultados coinciden con los hallazgos de revisiones sistemáticas previas como la de Lara-Palomo et al. [45], poniendo de manifiesto que la telerrehabilitación es una estrategia viable para mejorar el dolor y la discapacidad en pacientes con dolor lumbar crónico. En este estudio se hallaron tamaños del efecto moderados y pequeños para las intervenciones e-Health ($SMD = 0.59$ para el dolor a las 4-6 semanas y $SMD = 0.2$ para la discapacidad a las 4-6 semanas); nuestros tamaños del efecto son mayores, posiblemente debido a la inclusión de programas de ejercicios más intensivos combinados con educación en el dolor frente a intervenciones menos sólidas y a un número más elevado de dolor basalmente en nuestra población, lo que permite mayores márgenes de mejora. Sin embargo, el objetivo de esta revisión fue analizar la efectividad de todas las intervenciones de digitales y no solo las que incluyeron telerrehabilitación basada en ejercicios. Siguiendo esta línea, también se alinean con los resultados de Suso-Martí et al. [18] el cual revisó cómo la telerrehabilitación ayuda en problemas musculoesqueléticos, mostrando una mejora en la función y dolor, pero no se centró en el dolor lumbar crónico.

Respecto al dolor obtuvimos una disminución significativa en todas las mediciones (SMD hasta 1.63 , $IC_{95\%}$ ($1.16, 2.09$)). La discapacidad también mejoró en todos los periodos, con efectos importantes (SMD hasta 1.02 , $IC_{95\%}$ ($0.61, 1.43$)). Richmond et al [16] ya puso de manifiesto los principios de la

telerrehabilitación destacando que cualquier medio que pueda ser susceptible de entregarla facilita la adherencia al permitir el monitoreo en tiempo real y la retroalimentación en ambos sentidos. Así mismo, también puede explicar que todas las formas de telerrehabilitación que se manejaron no mostraron problemas relacionados con los principios técnicos de la telerrehabilitación. A las 6 semanas, el grupo de telerrehabilitación tuvo mejores resultados (SMD = 1.22, IC95% (0.73, 1.71)) que el control (SMD = 0.37, IC95% (-0.10, 0.84)) no significativo) tanto en el dolor como en discapacidad, mostrando el grupo de telerrehabilitación una mejora grande (SMD = 1.02, IC95% (0.54, 1.49)) y el control no (SMD = 0.24, IC95% (-0.23, 0.72)), con diferencias claras ($p = 0.02$). El grupo control, no mejoró tanto, quizás porque solo tenía folletos o consejos básicos [30,43] y algunos pacientes abandonaron el estudio lo que pudo hacer más difícil obtener resultados.

Para el catastrofismo y la kinesiofobia también hubo reducciones estadísticamente significativas, especialmente en el grupo de telerrehabilitación. Esto puede explicarse debido a que la correcta ejecución de ejercicios, de fortalecimiento o control motor, junto a una dosis óptima hicieron que los pacientes tuvieran menos dolor y más confianza para moverse, reduciendo el miedo al movimiento. Además, enseñar que el dolor no siempre es peligroso puede ayudar a eliminar o modificar pensamientos negativos sobre el dolor, que a menudo son más determinantes que el propio dolor en su evolución. Esto muestra que la telerrehabilitación es una alternativa, no solo en el ámbito biológico, sino también en el psicosocial, pilar fundamental en el tratamiento del dolor lumbar crónico.

No obstante, existen limitaciones. La alta heterogeneidad en algunos análisis refleja variaciones en los grupos experimentales y controles. La falta de estandarización en el tipo de ejercicio impide identificar qué tipo es más efectivo, contribuyendo a la heterogeneidad y limitando la aplicabilidad clínica. El riesgo de sesgo por falta de cegamiento a los sujetos y clínicos estaba presente en todos los ECAS, como consecuencia de la naturaleza de las intervenciones disminuyendo la calidad metodológica. La existencia de 2 ECAS con calidad metodológica moderada y las muestras pequeñas, habituales en los ECAS, reducen la precisión y limitan la validez externa de los resultados. La exclusión de 4 ECAS por diferencias metodológicas, la búsqueda limitada a inglés y español y la ausencia de datos a largo plazo (>12 semanas), también estuvieron presentes.

Este metaanálisis refuerza el modelo psicosocial del dolor crónico, demostrando que al implementar ejercicio terapéutico y educación a través de medios digitales se abordan los dominios físico, psicológico y social. Valida la telerrehabilitación como un enfoque multimodal, comparable a las intervenciones presenciales y respalda el papel del ejercicio terapéutico en la gestión del dolor lumbar. La comodidad en los horarios, así como su flexibilidad y el ahorro de tiempo en los desplazamientos hacen esta opción atractiva para los pacientes.

Los ECAS incluidos mostraron una gran variabilidad en cuanto a las soluciones tecnológicas y tipo de ejercicios usados, lo que dificulta una estimación del efecto de cada tipo de ejercicio. Dados los estudios seleccionados, es necesario la confección de más ensayos, con muestras mayores, con efectos a largo plazo, selección de la forma de telerrehabilitación y modalidad. Las líneas de investigación futuras deberían centrarse en evaluar el coste-utilidad, la sostenibilidad e identificación de potenciales pacientes que pueden beneficiarse de este tipo de terapia. Asimismo, resulta fundamental investigar si existe algún tipo de ejercicio particularmente eficaz en este contexto, cuál es la modalidad de entrega más efectiva y si existen diferencias significativas entre la intervención individual y grupal, lo que podría tener implicaciones en el gasto del tratamiento del dolor lumbar crónico.

7. CONCLUSIÓN

Este metaanálisis encontró evidencia de calidad baja-moderada de que la TRHB-E es igual de efectiva para el dolor y la discapacidad como otras intervenciones presenciales en pacientes con dolor lumbar crónico. Sin embargo, respecto al catastrofismo y la kinesiofobia la evidencia es deficiente ya que muy pocos estudios han evaluado esta medida de resultado.

Se recomienda interpretar con cautela los resultados. En esta línea, es necesario realizar más estudios, con intervenciones más homogéneas y muestras mayores para optimizar el uso de esta técnica en pacientes con DLC.



8. APORTACIÓN DE LOS AUTORES

8.1. Declaración de responsabilidad de datos

Los conjuntos de datos utilizados y/o analizados durante el estudio actual están disponibles, previa consulta, y serán facilitados a través del autor de correspondencia.

8.2. Contribuciones del autor

Organización e integración de datos: JVTM, JVSH, GSC; Análisis formal: JVSH, GSC; Investigation: GSC; Metodology: JVTM, JVSH; Administración del proyecto: JVTM, JVSH; Fuentes: JVTM, GSC; Software: JVSH; Supervision: JVTM, JVSH; Validación: JVTM, JVSH; Visualización: GSC; Redacción del borrador original: GSC; Revisión y edición: JVTM, JVSH.

8.3. Financiación

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiación en los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

8.4. Conflicto de intereses

Los autores declaran que la investigación se realizó en ausencia de cualquier relación comercial o financiera que pudiera interpretarse como un potencial conflicto de interés.

Material complementario

El material complementario de esta revisión sistemática y metaanálisis se puede encontrar en línea en:

https://drive.google.com/drive/folders/1HMTHPr1_WGe9tRRcZPn0Hj3vnrMqQR0r?usp=drive_link

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cheng M, Xue Y, Cui M, Zeng X, Yang C, Ding F, Xie L. Global, Regional, and National Burden of Low Back Pain: Findings from the Global Burden of Disease Study 2021 and Projections to 2050. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2025 Jan 22.
2. Alonso-García M, Sarría-Santamera A. The Economic and Social Burden of Low Back Pain in Spain: A National Assessment of the Economic and Social Impact of Low Back Pain in Spain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2020 Aug 15;45(16):E1026-E1032.
3. Wáng YXJ, Wu AM, Ruiz Santiago F, Nogueira-Barbosa MH. Informed appropriate imaging for low back pain management: A narrative review. *J Orthop Translat*. 2018 Aug 27;15:21-34.
4. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JWS, Wang SJ. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015 Jun;156(6):1003-1007.
5. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, Hoy D, Karppinen J, Pransky G, Sieper J, Smeets RJ, Underwood M; Lancet Low Back Pain Series Working Group. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018 Jun 9;391(10137):2356-2367.
6. Ge L, Pereira MJ, Yap CW, Heng BH. Chronic low back pain and its impact on physical function, mental health, and health-related quality of life: a cross-sectional study in Singapore. *Sci Rep*. 2022 Nov 21;12(1):20040.
7. Corp N, Mansell G, Styne S, Wynne-Jones G, Morsø L, Hill JC, van der Windt DA. Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. *Eur J Pain*. 2021 Feb;25(2):275-295. doi: 10.1002/ejp.1679. Epub 2020 Nov 12.

8. Zhou T, Salman D, McGregor AH. Recent clinical practice guidelines for the management of low back pain: a global comparison. *BMC Musculoskelet Disord*. 2024 May 1;25(1):344. doi: 10.1186/s12891-024-07468-0. PMID: 38693474; PMCID: PMC11061926.
9. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians; Denberg TD, Barry MJ, Boyd C, Chow RD, Fitterman N, Harris RP, Humphrey LL, Vijan S. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017 Apr 4;166(7):514-530.
10. George SZ, Fritz JM, Silfies SP, Schneider MJ, Beneciuk JM, Lentz TA, Gilliam JR, Hendren S, Norman KS. Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2021 Nov;51(11):CPG1-CPG60. doi: 10.2519/jospt.2021.0304.
11. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, Croft P; Lancet Low Back Pain Series Working Group. Low back pain: a call for action. *Lancet*. 2018 Jun 9;391(10137):2384-2388. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30488-4. Epub 2018 Mar 21.
12. La Touche R. Prescripción de ejercicio terapéutico en Fisioterapia. Las bases elementales de la identidad profesional. *MOVE [Internet]*. 1 de junio de 2020 [citado 12 de febrero de 2025];2(1):71-7.
13. Brody LT. Effective therapeutic exercise prescription: the right exercise at the right dose. *J Hand Ther*. 2012 Apr-Jun;25(2):220-31; quiz 232.
14. Owen PJ, Miller CT, Mundell NL, Verswijveren SJJM, Tagliaferri SD, Brisby H, Bowe SJ, Belavy DL. Which specific modes of exercise training are most effective for treating low back pain? Network meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2020 Nov;54(21):1279-1287.
15. Brennan D, Tindall L, Theodoros D, Brown J, Campbell M, Christiana D, Smith D, Cason J, Lee A. A blueprint for telerehabilitation guidelines. *Int J Telerehabil*. 2010 Oct 27;2(2):31-4.

16. Richmond T, Peterson C, Cason J, Billings M, Terrell EA, Lee ACW, Towey M, Parmanto B, Saptono A, Cohn ER, Brennan D. American Telemedicine Association's Principles for Delivering Telerehabilitation Services. *Int J Telerehabil*. 2017 Nov 20;9(2):63-68.
17. Saragiotto BT, Sandal LF, Hartvigsen J. Can you be a manual therapist without using your hands? *Chiropr Man Therap*. 2022 Nov 14;30(1):48.
18. Suso-Martí L, La Touche R, Herranz-Gómez A, Angulo-Díaz-Parreño S, Paris-Aleman A, Cuenca-Martínez F. Effectiveness of Telerehabilitation in Physical Therapist Practice: An Umbrella and Mapping Review With Meta-Meta-Analysis. *Phys Ther*. 2021 May 4;101(5):pzab075.
19. Molina-Garcia P, Mora-Traverso M, Prieto-Moreno R, Díaz-Vásquez A, Antony B, Ariza-Vega P. Effectiveness and cost-effectiveness of telerehabilitation for musculoskeletal disorders: A systematic review and meta-analysis. *Ann Phys Rehabil Med*. 2024 Feb;67(1):101791.
20. Mbada CE, Olaoye MI, Dada OO, Ayanniyi O, Johnson OE, Odole AC, Ishaya GP, Omole OJ, Makinde MO. Comparative Efficacy of Clinic-Based and Telerehabilitation Application of Mckenzie Therapy in Chronic Low-Back Pain. *Int J Telerehabil*. 2019 Jun 12;11(1):41-58.
21. Fatoye F, Gebrye T, Fatoye C, Mbada CE, Olaoye MI, Odole AC, Dada O. The Clinical and Cost-Effectiveness of Telerehabilitation for People With Nonspecific Chronic Low Back Pain: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020 Jun 24;8(6):e15375.
22. Sivertsson J, Sernert N, Åhlund K. Exercise-based telerehabilitation in chronic low back pain - a scoping review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2024 Nov 23;25(1):948.
23. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Med*. 2021 Mar 29;18(3):e1003583.

24. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33(1):159–74.
25. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, Cates CJ, Cheng HY, Corbett MS, Eldridge SM, Emberson JR, Hernán MA, Hopewell S, Hróbjartsson A, Junqueira DR, Jüni P, Kirkham JJ, Lasserson T, Li T, McAleenan A, Reeves BC, Shepperd S, Shrier I, Stewart LA, Tilling K, White IR, Whiting PF, Higgins JPT. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2019 Aug 28;366:l4898.
26. de Morton NA. The PEDro scale is a valid measure of the methodological quality of clinical trials: a demographic study. *Aust J Physiother*. 2009;55(2):129-33.
27. Maher CG, Sherrington C, Herbert RD, Moseley AM, Elkins M. Reliability of the PEDro scale for rating quality of randomized controlled trials. *Phys Ther*. 2003 Aug;83(8):713-21.
28. DerSimonian R, Kacker R. Random-effects model for meta-analysis of clinical trials: an update. *Contemp Clin Trials*. 2007 Feb;28(2):105-14.
29. MANTEL N, HAENSZEL W. Statistical aspects of the analysis of data from retrospective studies of disease. *J Natl Cancer Inst*. 1959 Apr;22(4):719-48.
30. Almhdawi KA, Obeidat DS, Kanaan SF, Oteir AO, Mansour ZM, Alrabbaei H. Efficacy of an innovative smartphone application for office workers with chronic non-specific low back pain: a pilot randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2020 Oct;34(10):1282-1291.
31. Chhabra HS, Sharma S, Verma S. Smartphone app in self-management of chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Eur Spine J*. 2018 Nov;27(11):2862-2874.
32. Devorski L, Suppiah A, Fukuda DH, Stout J, Ingersoll CD, Mangum LC. Gamified delivery of at-home rehabilitation for individuals with nonspecific low back pain: a randomized controlled trial. *Disabil Rehabil*. 2025 Mar;47(6):1416-1422.
33. Espin A, Irazusta J, Aiestaran M, Latorre Erezuma U, García-García J, Arrinda I, Acedo K, Rodriguez-Larrad A. Videoconference-Supervised Group Exercise Reduces Low Back Pain in

Eldercare Workers: Results from the ReViEEW Randomised Controlled Trial. *J Occup Rehabil.* 2025 Mar;35(1):66-77.

34. Fanuscu A, Öz M, Özel Asliyüce Y, Turhan E, Ülger Ö. Effects of Clinic-based and Telerehabilitation-based Motor Control Exercises in Individuals with Chronic Low-back Pain: A Randomized Controlled Trial With 3-Month Follow-up. *Clin J Pain.* 2024 Dec 1;40(12):700-708.
35. Karaduman C, Ataş Balci L. The effects of in-person-supervised, tele-supervised, and unsupervised stabilization exercises on pain, functionality, and kinesiophobia in patients with chronic low back pain: a randomized, single-blind trial. *Physiother Theory Pract.* 2024 Nov;40(11):2492-2502.
36. López-Marcos JJ, Díaz-Arribas MJ, Valera-Calero JA, Navarro-Santana MJ, Izquierdo-García J, Ortiz-Gutiérrez RM, Plaza-Manzano G. The Added Value of Face-to-Face Supervision to a Therapeutic Exercise-Based App in the Management of Patients with Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *Sensors (Basel).* 2024 Jan 16;24(2):567.
37. Özden F, Sarı Z, Karaman ÖN, Aydoğmuş H. The effect of video exercise-based telerehabilitation on clinical outcomes, expectation, satisfaction, and motivation in patients with chronic low back pain. *Ir J Med Sci.* 2022 Jun;191(3):1229-1239.
38. Shi W, Zhang Y, Bian Y, Chen L, Yuan W, Zhang H, Feng Q, Zhang H, Liu D, Lin Y. The Physical and Psychological Effects of Telerehabilitation-Based Exercise for Patients With Nonspecific Low Back Pain: Prospective Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2024 Sep 6;12:e56580.
39. Villatoro-Luque FJ, Rodríguez-Almagro D, Aibar-Almazán A, Fernández-Carnero S, Pecos-Martín D, Ibáñez-Vera AJ, Achalandabaso-Ochoa A. In non-specific low back pain, is an exercise program carried out through telerehabilitation as effective as one carried out in a physiotherapy center? A controlled randomized trial. *Musculoskelet Sci Pract.* 2023 Jun;65:102765.

40. Villatoro-Luque FJ, Rodríguez-Almagro D, Aibar-Almazán A, Fernández-Carnero S, Pecos-Martín D, Ibáñez-Vera AJ, Castro-Martín E, Achalandabaso-Ochoa A. Telerehabilitation for the treatment in chronic low back pain: A randomized controlled trial. *J Telemed Telecare*. 2023 Aug 30;1357633X231195091.
41. Cui D, Janela D, Costa F, Molinos M, Areias AC, Moulder RG, Scheer JK, Bento V, Cohen SP, Yanamadala V, Correia FD. Randomized-controlled trial assessing a digital care program versus conventional physiotherapy for chronic low back pain. *NPJ Digit Med*. 2023 Jul 7;6(1):121.
42. Koppenaal T, van Dongen JM, Kloek CJ, Arensman RM, Veenhof C, Pisters MF, Ostelo RW. Effectiveness and Cost-Effectiveness of a Stratified Blended Physiotherapy Intervention Compared With Face-to-Face Physiotherapy in Patients With Nonspecific Low Back Pain: Cluster Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2023 Nov 24;25:e43034.
43. Shebib R, Bailey JF, Smittenaar P, Perez DA, Mecklenburg G, Hunter S. Randomized controlled trial of a 12-week digital care program in improving low back pain. *NPJ Digit Med*. 2019 Jan 7;2:1.
44. Toelle TR, Utpadel-Fischler DA, Haas KK, Priebe JA. App-based multidisciplinary back pain treatment versus combined physiotherapy plus online education: a randomized controlled trial. *NPJ Digit Med*. 2019 May 3;2:34.
45. Lara-Palomo IC, Gil-Martínez E, Ramírez-García JD, Capel-Alcaraz AM, García-López H, Castro-Sánchez AM, Antequera-Soler E. Efficacy of e-Health Interventions in Patients with Chronic Low-Back Pain: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Telemed J E Health*. 2022 Dec;28(12):1734-1752.

10. ANEXOS

Anexo 1. Lista de verificación, según la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

Tabla 1
Lista de verificación PRISMA 2020

Sección/tema	Ítem n.º	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
TÍTULO			
Título	1	Identifique la publicación como una revisión sistemática.	
RESUMEN			
Resumen estructurado	2	Vea la lista de verificación para resúmenes estructurados de la declaración PRISMA 2020 (tabla 2).	1
INTRODUCCIÓN			
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto del conocimiento existente.	5
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o las preguntas que aborda la revisión.	6
MÉTODOS			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión de la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.	7,8
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencias y otros recursos de búsqueda o consulta para identificar los estudios. Especifique la fecha en la que cada recurso se buscó o consultó por última vez.	7
Estrategia de búsqueda	7	Presente las estrategias de búsqueda completas de todas las bases de datos, registros y sitios web, incluyendo cualquier filtro y los límites utilizados.	37-53
Proceso de selección de los estudios	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumple con los criterios de inclusión de la revisión, incluyendo cuántos autores de la revisión cribaron cada registro y cada publicación recuperada, si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	8
Proceso de extracción de los datos	9	Indique los métodos utilizados para extraer los datos de los informes o publicaciones, incluyendo cuántos revisores recopilaron datos de cada publicación, si trabajaron de manera independiente, los procesos para obtener o confirmar los datos por parte de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	8
Lista de los datos	10a	Enumere y defina todos los desenlaces para los que se buscaron los datos. Especifique si se buscaron todos los resultados compatibles con cada dominio del desenlace (por ejemplo, para todas las escalas de medida, puntos temporales, análisis) y, de no ser así, los métodos utilizados para decidir los resultados que se debían recoger.	7
	10b	Enumere y defina todas las demás variables para las que se buscaron datos (por ejemplo, características de los participantes y de la intervención, fuentes de financiación). Describa todos los supuestos formulados sobre cualquier información ausente (missing) o incierta.	7
Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos, incluyendo detalles de las herramientas utilizadas, cuántos autores de la revisión evaluaron cada estudio y si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	9
Medidas del efecto	12	Especifique, para cada desenlace, las medidas del efecto (por ejemplo, razón de riesgos, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de los resultados.	10
Métodos de síntesis	13a	Describa el proceso utilizado para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis (por ejemplo, tabulando las características de los estudios de intervención y comparándolas con los grupos previstos para cada síntesis (ítem n.º 5)).	7,8
	13b	Describa cualquier método requerido para preparar los datos para su presentación o síntesis, tales como el manejo de los datos perdidos en los estadísticos de resumen o las conversiones de datos.	8
	13c	Describa los métodos utilizados para tabular o presentar visualmente los resultados de los estudios individuales y su síntesis.	10
	13d	Describa los métodos utilizados para sintetizar los resultados y justifique sus elecciones. Si se ha realizado un metanálisis, describa los modelos, los métodos para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística, y los programas informáticos utilizados.	9,10
	13e	Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios (por ejemplo, análisis de subgrupos, metarregresión).	9,10
	13f	Describa los análisis de sensibilidad que se hayan realizado para evaluar la robustez de los resultados de la síntesis.	9,10

Tabla 1 (Continuación)
Lista de verificación PRISMA 2020

Sección/tema	Ítem n.º	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
Evaluación del sesgo en la publicación	14	Describa los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo debido a resultados faltantes en una síntesis (derivados de los sesgos en las publicaciones).	9
Evaluación de la certeza de la evidencia	15	Describa los métodos utilizados para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace.	9
RESULTADOS			
Selección de los estudios	16a	Describa los resultados de los procesos de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo (ver figura 1).	11
	16b	Cite los estudios que aparentemente cumplieron con los criterios de inclusión, pero que fueron excluidos, y explique por qué fueron excluidos.	11
Características de los estudios	17	Cite cada estudio incluido y presente sus características.	64-67
Riesgo de sesgo de los estudios individuales	18	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo para cada uno de los estudios incluidos.	14,15
Resultados de los estudios individuales	19	Presente, para todos los desenlaces y para cada estudio: a) los estadísticos de resumen para cada grupo (si procede) y b) la estimación del efecto y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza), idealmente utilizando tablas estructuradas o gráficos.	15-21
Resultados de la síntesis	20a	Para cada síntesis, resume brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios contribuyentes.	14,15
	20b	Presente los resultados de todas las síntesis estadísticas realizadas. Si se ha realizado un metanálisis, presente para cada uno de ellos el estimador de resumen y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza) y las medidas de heterogeneidad estadística. Si se comparan grupos, describa la dirección del efecto.	15-21
	20c	Presente los resultados de todas las investigaciones sobre las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios.	16
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la robustez de los resultados sintetizados.	15-21
Sesgos en la publicación	21	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo debido a resultados faltantes (derivados de los sesgos de en las publicaciones) para cada síntesis evaluada.	15
Certeza de la evidencia	22	Presente las evaluaciones de la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace evaluado.	15-21
DISCUSIÓN			
Discusión	23a	Proporcione una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias.	22
	23b	Argumente las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión.	23
	23c	Argumente las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	23
	23d	Argumente las implicaciones de los resultados para la práctica, las políticas y las futuras investigaciones.	24
OTRA INFORMACIÓN			
Registro y protocolo	24a	Proporcione la información del registro de la revisión, incluyendo el nombre y el número de registro, o declare que la revisión no ha sido registrada.	7
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo, o declare que no se ha redactado ningún protocolo.	7
	24c	Describa y explique cualquier enmienda a la información proporcionada en el registro o en el protocolo.	7
Financiación	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para la revisión y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	26
Conflicto de intereses	26	Declare los conflictos de intereses de los autores de la revisión.	26
Disponibilidad de datos, códigos y otros materiales	27	Especifique qué elementos de los que se indican a continuación están disponibles al público y dónde se pueden encontrar: plantillas de formularios de extracción de datos, datos extraídos de los estudios incluidos, datos utilizados para todos los análisis, código de análisis, cualquier otro material utilizado en la revisión.	26

Tabla 2
Lista de verificación PRISMA 2020 para resúmenes estructurados*

Sección/tema	Ítem n.º	Ítem de la lista de verificación	
TÍTULO			
Título	1	Identifique el informe o publicación como una revisión sistemática.	SI
ANTECEDENTES			
Objetivos	2	Proporcione una declaración explícita de los principales objetivos o preguntas que aborda la revisión.	SI
MÉTODOS			
Criterios de elegibilidad	3	Especifique los criterios de inclusión y exclusión de la revisión.	NO
Fuentes de información	4	Especifique las fuentes de información (por ejemplo, bases de datos, registros) utilizadas para identificar los estudios y la fecha de la última búsqueda en cada una de estas fuentes.	SI
Riesgo de sesgo de los estudios individuales	5	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos.	NO
Síntesis de los resultados	6	Especifique los métodos utilizados para presentar y sintetizar los resultados.	NO
RESULTADOS			
Estudios incluidos	7	Proporcione el número total de estudios incluidos y de participantes y resuma las características relevantes de los estudios.	SI
Síntesis de los resultados	8	Presente los resultados de los desenlaces principales e indique, preferiblemente, el número de estudios incluidos y los participantes en cada uno de ellos. Si se ha realizado un metanálisis, indique el estimador de resumen y el intervalo de confianza o de credibilidad. Si se comparan grupos, describa la dirección del efecto (por ejemplo, qué grupo se ha visto favorecido).	NO
DISCUSIÓN			
Limitaciones de la evidencia	9	Proporcione un breve resumen de las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión (por ejemplo, riesgo de sesgo, inconsistencia –heterogeneidad– e imprecisión).	NO
Interpretación	10	Proporcione una interpretación general de los resultados y sus implicaciones importantes.	NO
OTROS			
Financiación	11	Especifique la fuente principal de financiación de la revisión.	NO
Registro	12	Proporcione el nombre y el número de registro.	SI

* Esta lista de verificación conserva los mismos ítems que se incluyeron en la declaración PRISMA para resúmenes publicada en 2013⁴⁸, pero ha sido revisada para que la redacción sea coherente con la declaración PRISMA 2020. Además, incluye un nuevo ítem que recomienda a los autores que especifiquen los métodos utilizados para presentar y sintetizar los resultados (ítem n.º 6).



Anexo 2. Tabla-resumen del proceso de búsqueda inicial.

	PALABRAS CLAVE		
1	Low Back Pain	30	Recurrent Low Back Pain
2	Back Pain, Low	31	exercise
3	Back Pains, Low	32	physical exercise
4	Low Back Pains	33	Exercise Training
5	Pain, Low Back	34	Physical Exercises
6	Pains, Low Back	35	Physical Activities
7	Low Back Ache	36	Exercise Therapy
8	Ache, Low Back	37	Rehabilitation Exercise
9	Aches, Low Back	38	Remedial Exercises
10	Back Ache, Low	39	Physical Exercise
11	Back Aches, Low	40	Self-Management
12	Low Back Aches	41	Telerehabilitation
13	Low Backache	42	Ambulatory Care
14	Backache, Low	43	Home exercises
15	Backaches, Low	44	Home
16	Low Backaches	45	Home-Based Exercises
17	Lower Back Pain	46	Domiciliary
18	Back Pain, Lower	47	Telerehabilitation
19	Back Pains, Lower	48	self management
20	Lower Back Pains	49	outpatient care
21	Pain, Lower Back	50	Strenght
22	Pains, Lower Back		
23	Lumbago		
24	Low Back Pain, Mechanical		
25	Mechanical Low Back Pain		
26	Low Back Pain, Posterior Compartment		
27	Low Back Pain, Postural		
28	Postural Low Back Pain		
29	Low Back Pain, Recurrent		

BASE DE DATOS	REFERENCIA	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	REGISTROS OBTENIDOS	FILTROS	COMENTARIOS*
PUBMED	#1	(("Low Back Pain"[MeSH Terms] OR "Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Back Pain, Low"[Title/Abstract] OR "Back Pains, Low"[Title/Abstract] OR "Low Back Pains"[Title/Abstract] OR "Pain, Low Back"[Title/Abstract] OR "Pains, Low Back"[Title/Abstract] OR "Lumbago"[Title/Abstract] OR "Lower Back Pain"[Title/Abstract] OR "Back Pain, Lower"[Title/Abstract] OR "Back Pains, Lower"[Title/Abstract] OR "Lower Back Pains"[Title/Abstract] OR "Pain, Lower Back"[Title/Abstract] OR "Pains, Lower Back"[Title/Abstract] OR "Low Back Ache"[Title/Abstract] OR "Ache, Low Back"[Title/Abstract] OR "Aches, Low Back"[Title/Abstract] OR "Back Ache, Low"[Title/Abstract] OR "Back Aches, Low"[Title/Abstract] OR "Low Back Aches"[Title/Abstract] OR "Low Backache"[Title/Abstract] OR "Backache, Low"[Title/Abstract] OR "Backaches, Low"[Title/Abstract] OR "Low Backaches"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Postural"[Title/Abstract] OR "Postural Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Posterior Compartment"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Recurrent"[Title/Abstract] OR "Recurrent Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Mechanical"[Title/Abstract] OR "Mechanical Low Back Pain"[Title/Abstract])AND("Exercise Therapy"[Mesh] OR "exercise"[Title/Abstract]))	4503	Sin restricciones	22-12-2024 15:05h
			576	Randomized controlled trial 10 años	22-12-2024 15:08h
			308	10 años Revisión sistemática	22-12-2024 15:09h
			1081	Randomized controlled trial	22-12-2024 15:07h
			214	Metaanálisis	22-12-2024 15:09h
	#2	(("Low Back Pain"[MeSH Terms] OR "Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Back Pain, Low"[Title/Abstract] OR "Back Pains, Low"[Title/Abstract] OR "Low Back Pains"[Title/Abstract] OR "Pain, Low Back"[Title/Abstract] OR "Pains, Low Back"[Title/Abstract] OR "Lumbago"[Title/Abstract] OR "Lower Back Pain"[Title/Abstract] OR "Back Pain, Lower"[Title/Abstract] OR "Back Pains, Lower"[Title/Abstract] OR "Lower Back Pains"[Title/Abstract] OR "Pain, Lower Back"[Title/Abstract] OR "Pains, Lower Back"[Title/Abstract] OR "Low Back Ache"[Title/Abstract] OR "Ache, Low Back"[Title/Abstract] OR "Aches, Low	317	Sin restricciones	22-12-2024 15:10h
			117	Randomized controlled trial	22-12-2024 15:11h

		Back"[Title/Abstract] OR "Back Ache, Low"[Title/Abstract] OR "Back Aches, Low"[Title/Abstract] OR "Low Back Aches"[Title/Abstract] OR "Low Backache"[Title/Abstract] OR "Backache, Low"[Title/Abstract] OR "Backaches, Low"[Title/Abstract] OR "Low Backaches"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Postural"[Title/Abstract] OR "Postural Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Posterior Compartment"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Recurrent"[Title/Abstract] OR "Recurrent Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Mechanical"[Title/Abstract] OR "Mechanical Low Back Pain"[Title/Abstract])AND("Exercise Therapy"[Mesh] OR "exercise"[Title/Abstract])AND("Home" [Title/abstract] OR "Home exercise" [Title/abstract] OR "Home training" [Title/abstract] OR "Self-training" [Title/abstract]))	6	Metaanálisis	22-12-2024 15:11h
			11	10 años Revisión sistemática	22-12-2024 15:12h
			68	Randomized controlled trial 10 años	22-12-2024 15:11h
	#3	(("Low Back Pain"[MeSH Terms] OR "Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Back Pain, Low"[Title/Abstract] OR "Back Pains, Low"[Title/Abstract] OR "Low Back Pains"[Title/Abstract] OR "Pain, Low Back"[Title/Abstract] OR "Pains, Low Back"[Title/Abstract] OR "Lumbago"[Title/Abstract] OR "Lower Back Pain"[Title/Abstract] OR "Back Pain, Lower"[Title/Abstract] OR "Back Pains, Lower"[Title/Abstract] OR "Lower Back Pains"[Title/Abstract] OR "Pain, Lower Back"[Title/Abstract] OR "Pains, Lower Back"[Title/Abstract] OR "Low Back Ache"[Title/Abstract] OR "Ache, Low Back"[Title/Abstract] OR "Aches, Low Back"[Title/Abstract] OR "Back Ache, Low"[Title/Abstract] OR "Back Aches, Low"[Title/Abstract] OR "Low Back Aches"[Title/Abstract] OR "Low Backache"[Title/Abstract] OR "Backache, Low"[Title/Abstract] OR "Backaches, Low"[Title/Abstract] OR "Low Backaches"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Postural"[Title/Abstract] OR "Postural Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Posterior Compartment"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Recurrent"[Title/Abstract] OR "Recurrent Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Mechanical"[Title/Abstract] OR "Mechanical Low Back Pain"[Title/Abstract])AND("Exercise Therapy"[Mesh] OR "exercise"[Title/Abstract]OR"Exercise therapy"[MeSH] OR "Exercise therapy"[Title/abstract] OR "Active exercise" [Title/abstract] OR "Training exercise" [Title/abstract] OR "Stretching exercise" [Title/abstract] OR "Active training" [Title/abstract] OR "Exercise" [Title/abstract] OR "Training" [Title/abstract] OR "Strength" [Title/abstract] OR "Stretching" [Title/abstract] OR "Home exercise" [Title/abstract] OR "Home training" [Title/abstract] OR "Self-	374	Sin restricciones	22-12-2024 15:13h
			131	Randomized controlled trial	22-12-2024 15:13h
			6	Metaanálisis	22-12-2024 15:14h
			11	10 años Revisión sistemática	22-12-2024 15:14h

		training" [Title/abstract])AND("Home" [Title/abstract] OR "Home exercise" [Title/abstract] OR "Home training" [Title/abstract] OR "Self-training" [Title/abstract]))	75	Randomized controlled trial 10 años	22-12-2024 15:13h
	#4	(("Low Back Pain"[MeSH Terms] OR "Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Back Pain, Low"[Title/Abstract] OR "Back Pains, Low"[Title/Abstract] OR "Low Back Pains"[Title/Abstract] OR "Pain, Low Back"[Title/Abstract] OR "Pains, Low Back"[Title/Abstract] OR "Lumbago"[Title/Abstract] OR "Lower Back Pain"[Title/Abstract] OR "Back Pain, Lower"[Title/Abstract] OR "Back Pains, Lower"[Title/Abstract] OR "Lower Back Pains"[Title/Abstract] OR "Pain, Lower Back"[Title/Abstract] OR "Pains, Lower Back"[Title/Abstract] OR "Low Back Ache"[Title/Abstract] OR "Ache, Low Back"[Title/Abstract] OR "Aches, Low Back"[Title/Abstract] OR "Back Ache, Low"[Title/Abstract] OR "Back Aches, Low"[Title/Abstract] OR "Low Back Aches"[Title/Abstract] OR "Low Backache"[Title/Abstract] OR "Backache, Low"[Title/Abstract] OR "Backaches, Low"[Title/Abstract] OR "Low Backaches"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Postural"[Title/Abstract] OR "Postural Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Posterior Compartment"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Recurrent"[Title/Abstract] OR "Recurrent Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Mechanical"[Title/Abstract] OR "Mechanical Low Back Pain"[Title/Abstract]) AND ("Resistance Training"[MeSH Terms] OR "Strength Training"[Title/Abstract] OR "Weight-Lifting Strengthening Program"[Title/Abstract] OR "Weight-Lifting Strengthening Programs"[Title/Abstract] OR "Weight-Lifting Exercise Program"[Title/Abstract] OR "Weight-Lifting Exercise Programs"[Title/Abstract] OR "Weight-Bearing Strengthening Program"[Title/Abstract] OR "Weight-Bearing Strengthening Programs"[Title/Abstract] OR "Weight-Bearing Exercise Program"[Title/Abstract] OR "Weight-Bearing Exercise Programs"[Title/Abstract] OR "Physical Therapy	302	Sin restricciones	22-12-2024 15:15h
			135	Randomized controlled trial	22-12-2024 15:16h

		Modalities"[MeSH Terms] OR "Exercise"[MeSH Terms] OR "Exercise Therapy"[MeSH Terms] OR "Musculoskeletal Manipulations"[MeSH Terms] OR "Massage"[MeSH Terms] OR "Exercise Therapy"[Title/Abstract] OR "Blood Flow Restriction Therapy"[MeSH Terms] OR "Blood Flow Restriction Therapy"[Title/Abstract] OR "Endurance Training"[MeSH Terms] OR "Endurance Training"[Title/Abstract] OR "Motion Therapy, Continuous Passive"[MeSH Terms] OR "Motion Therapy, Continuous Passive"[Title/Abstract] OR "Muscle Stretching Exercises"[MeSH Terms] OR "Muscle Stretching Exercises"[Title/Abstract] OR "Plyometric Exercise"[MeSH Terms] OR "Plyometric Exercise"[Title/Abstract] OR "Rehabilitation Exercise"[Title/Abstract] OR "Exercise, Rehabilitation"[Title/Abstract] OR "Exercises, Rehabilitation"[Title/Abstract] OR "Rehabilitation Exercises"[Title/Abstract] OR "Therapy, Exercise"[Title/Abstract] OR "Exercise Therapies"[Title/Abstract] OR "Therapies, Exercise"[Title/Abstract] OR "Remedial Exercise"[Title/Abstract] OR "Exercise, Remedial"[Title/Abstract] OR "Remedial Exercises"[Title/Abstract]) AND ("Home"[Title/Abstract] OR "Home exercise"[Title/Abstract] OR "Home training"[Title/Abstract] OR "Self-training"[Title/Abstract]))	8	10 años Revisión sistemática	22-12-2024 15:16h
			7	Metaanálisis	22-12-2024 15:16h
			80	Randomized controlled trial 10 años	22-12-2024 15:16h

	#5	("Low Back Pain"[MeSH Terms] OR "Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Back Pain, Low"[Title/Abstract] OR "Back Pains, Low"[Title/Abstract] OR "Low Back Pains"[Title/Abstract] OR "Pain, Low Back"[Title/Abstract] OR "Pains, Low Back"[Title/Abstract] OR "Lumbago"[Title/Abstract] OR "Lower Back Pain"[Title/Abstract] OR "Back Pain, Lower"[Title/Abstract] OR "Back Pains, Lower"[Title/Abstract] OR "Lower Back Pains"[Title/Abstract] OR "Pain, Lower Back"[Title/Abstract] OR "Pains, Lower Back"[Title/Abstract] OR "Low Back Ache"[Title/Abstract] OR "Ache, Low Back"[Title/Abstract] OR "Aches, Low Back"[Title/Abstract] OR "Back Ache, Low"[Title/Abstract] OR "Back Aches, Low"[Title/Abstract] OR "Low Back Aches"[Title/Abstract] OR "Low Backache"[Title/Abstract] OR "Backache, Low"[Title/Abstract] OR "Backaches, Low"[Title/Abstract] OR "Low Backaches"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Postural"[Title/Abstract] OR "Postural Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Posterior Compartment"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Recurrent"[Title/Abstract] OR "Recurrent Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Mechanical"[Title/Abstract] OR "Mechanical Low Back Pain"[Title/Abstract]OR"Non-specific Low Back Pain" [Title/Abstract]OR"Chronic Low Back Pain" [Title/Abstract]OR"NSLBP" [Title/Abstract]OR"LBP" [Title/Abstract]OR"CLBP"[Title/Abstract])AND("Self-Management"[MeSH Terms]OR"Self Management"[Title/Abstract]OR"Management, Self"[Title/Abstract]OR"Ambulatory Care"[MeSH Terms]OR"Care, Ambulatory"[Title/Abstract] OR "Outpatient Care"[Title/Abstract] OR "Care, Outpatient"[Title/Abstract]OR "Clinic Visits"[Title/Abstract] OR "Clinic Visit"[Title/Abstract] OR "Visit, Clinic"[Title/Abstract] OR "Visits, Clinic"[Title/Abstract] OR "Health Services, Outpatient"[Title/Abstract] OR "Health Service, Outpatient"[Title/Abstract]OR"Outpatient Health Service"[Title/Abstract] OR "Service, Outpatient Health"[Title/Abstract] OR "Services, Outpatient Health"[Title/Abstract] OR "Outpatient Health Services"[Title/Abstract] OR "Outpatient Services"[Title/Abstract] OR"Outpatient Service"[Title/Abstract] OR "Service, Outpatient"[Title/Abstract] OR "Services, Outpatient"[Title/Abstract]OR"Urgent Care"[Title/Abstract]OR"Cares, Urgent"[Title/Abstract]OR"Care, Urgent"[Title/Abstract]OR"Urgent Cares"[Title/Abstract]OR"Telerehabilitation"[MeSH Terms]OR"Telerehabilitations"[Title/Abstract]OR"Virtual Rehabilitation"[Title/Abstract]OR"Rehabilitations, Virtual"[Title/Abstract]OR"Rehabilitation, Virtual"[Title/Abstract] OR "Virtual	142	Sin restricciones	22-12-2024 15:24h
			35	Randomized controlled trial	22-12-2024 15:24h
			9	10 años Revisión sistemática	22-12-2024 15:25h

		Rehabilitations"[Title/Abstract] OR "Tele-rehabilitation"[Title/Abstract] OR "Tele rehabilitation"[Title/Abstract] OR "Tele-rehabilitations"[Title/Abstract] OR "Remote Rehabilitation"[Title/Abstract] OR "Rehabilitation, Remote"[Title/Abstract] OR "Rehabilitations, Remote"[Title/Abstract]OR "Remote Rehabilitations"[Title/Abstract])AND("Exercise"[Mesh Terms]OR"Exercises"[Title/Abstract]OR"Exercise, Physical"[Title/Abstract]OR"Exercises, Physical"[Title/Abstract]OR"Physical Exercise"[Title/Abstract]OR"Physical Exercises"[Title/Abstract]OR"Physical Activity"[Title/Abstract]OR"Activities, Physical"[Title/Abstract]OR"Physical Activities"[Title/Abstract]OR"Exercise, Aerobic"[Title/Abstract]OR"Aerobic Exercises"[Title/Abstract]OR"Exercises, Aerobic"[Title/Abstract]OR"Exercise, Isometric"[Title/Abstract]OR"Isometric Exercise"[Title/Abstract]OR"Acute Exercises"[Title/Abstract]OR"Exercise, Acute"[Title/Abstract]OR"Exercises, Training"[Title/Abstract]OR"Exercise Trainings"[Title/Abstract]OR"Training, Exercise"[Title/Abstract]OR"Trainings, Exercise"[Title/Abstract]))	3	Metaanálisis	22-12-2024 15:24h
			27	Randomized controlled trial 10 años	22-12-2024 15:24h
	#6	((("Low Back Pain"[MeSH Terms] OR "Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Back Pain, Low"[Title/Abstract] OR "Back Pains, Low"[Title/Abstract] OR "Low Back Pains"[Title/Abstract] OR "Pain, Low Back"[Title/Abstract] OR "Pains, Low Back"[Title/Abstract] OR "Lumbago"[Title/Abstract] OR "Lower Back Pain"[Title/Abstract] OR "Back Pain, Lower"[Title/Abstract] OR "Back Pains, Lower"[Title/Abstract] OR "Lower Back Pains"[Title/Abstract] OR "Pain, Lower Back"[Title/Abstract] OR "Pains, Lower Back"[Title/Abstract] OR "Low Back Ache"[Title/Abstract] OR "Ache, Low Back"[Title/Abstract] OR "Aches, Low	475	Sin restricciones	22-12-2024 15:26h

		Back"[Title/Abstract] OR "Back Ache, Low"[Title/Abstract] OR "Back Aches, Low"[Title/Abstract] OR "Low Back Aches"[Title/Abstract] OR "Low Backache"[Title/Abstract] OR "Backache, Low"[Title/Abstract] OR "Backaches, Low"[Title/Abstract] OR "Low Backaches"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Postural"[Title/Abstract] OR "Postural Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Posterior Compartment"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Recurrent"[Title/Abstract] OR "Recurrent Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Mechanical"[Title/Abstract] OR "Mechanical Low Back Pain"[Title/Abstract]OR"Non-specific Low Back Pain" [Title/Abstract]OR"Chronic Low Back Pain" [Title/Abstract]OR"NSLBP" [Title/Abstract]OR"LBP" [Title/Abstract]OR"CLBP"[Title/Abstract])AND("Self-Management"[MeSH Terms]OR"Self Management"[Title/Abstract]OR"Management, Self"[Title/Abstract]OR"Ambulatory Care"[MeSH Terms]OR"Care, Ambulatory"[Title/Abstract] OR "Outpatient Care"[Title/Abstract] OR "Care, Outpatient"[Title/Abstract]OR "Clinic Visits"[Title/Abstract] OR "Clinic Visit"[Title/Abstract] OR "Visit, Clinic"[Title/Abstract] OR "Visits, Clinic"[Title/Abstract] OR "Health Services, Outpatient"[Title/Abstract] OR "Health Service, Outpatient"[Title/Abstract]OR"Outpatient Health Service"[Title/Abstract] OR "Service, Outpatient Health"[Title/Abstract] OR "Services, Outpatient Health"[Title/Abstract] OR "Outpatient Health Services"[Title/Abstract] OR "Outpatient Services"[Title/Abstract] OR"Outpatient Service"[Title/Abstract] OR "Service, Outpatient"[Title/Abstract] OR "Services, Outpatient"[Title/Abstract]OR"Urgent Care"[Title/Abstract]OR"Cares, Urgent"[Title/Abstract]OR"Care, Urgent"[Title/Abstract]OR"Urgent Cares"[Title/Abstract]OR"Home" [Title/abstract] OR "Home exercise" [Title/abstract] OR "Home training" [Title/abstract] OR "Self-training" [Title/abstract]OR"Mobile-based" [Title/abstract]OR "Home-Based Exercise" [Title/abstract])AND("Exercise Therapy"[MeSH Terms]OR"Rehabilitation Exercise"[Title/Abstract] OR "Exercise,Rehabilitation"[Title/Abstract] OR"Exercises,Rehabilitation"[Title/Abstract] OR "Rehabilitation Exercises"[Title/Abstract] OR "Therapy, Exercise"[Title/Abstract] OR "Exercise Therapies"[Title/Abstract] OR "Therapies, Exercise"[Title/Abstract] OR"Remedial Exercise"[Title/Abstract] OR "Exercise, Remedial"[Title/Abstract] OR "Remedial Exercises"[Title/Abstract]OR"Exercise"[Mesh Terms]OR"Exercises"[Title/Abstract]OR"Exercise, Physical"[Title/Abstract]OR"Exercises, Physical"[Title/Abstract]OR"Physical Exercise"[Title/Abstract]OR"Physical Exercises"[Title/Abstract]OR"Physical	148	Randomized controlled trial	22-12-2024 15:27h
			20	10 años Revisión sistemática	22-12-2024 15:27h
			13	Metaanálisis	22-12-2024 15:27h
			86	Randomized controlled trial 10 años	22-12-2024 15:27h

		Activity"[Title/Abstract]OR"Activities, Physical"[Title/Abstract]OR"Physical Aerobic"[Title/Abstract]OR"Aerobic Exercises"[Title/Abstract]OR"Exercises, Isometric"[Title/Abstract]OR"Exercises, Exercise"[Title/Abstract]OR"Acute Exercise"[Title/Abstract]OR"Exercises, Acute"[Title/Abstract]OR"Exercises, Training"[Title/Abstract]OR"Exercise Exercise"[Title/Abstract]OR"Trainings, Exercise"[Title/Abstract]))	Physical"[Title/Abstract]OR"Activity, Activities"[Title/Abstract]OR"Exercise, Exercise"[Title/Abstract]OR"Aerobic Aerobic"[Title/Abstract]OR"Exercise, Isometric"[Title/Abstract]OR"Isometric Exercise"[Title/Abstract]OR"Acute Exercises"[Title/Abstract]OR"Exercise, Acute"[Title/Abstract]OR"Exercise Trainings"[Title/Abstract]OR"Training, Exercise"[Title/Abstract]))			
EMBASE	#1	(‘Low Back Pain’/exp OR 'acute low back pain':ti,ab OR 'back pain, low':ti,ab OR 'chronic low back pain':ti,ab OR 'loin pain':ti,ab OR 'low backache':ti,ab OR 'low backpain':ti,ab OR 'lowback pain':ti,ab OR 'lower back pain':ti,ab OR 'lumbago':ti,ab OR 'lumbal pain':ti,ab OR 'lumbal syndrome':ti,ab OR 'lumbalgia':ti,ab OR 'lumbalgia':ti,ab OR 'lumbar pain':ti,ab OR 'lumbar spine syndrome':ti,ab OR 'lumbodinia':ti,ab OR 'lumbosacral pain':ti,ab OR 'lumbosacral root syndrome':ti,ab OR 'lumbosacroiliac strain':ti,ab OR 'pain, low back':ti,ab OR 'pain, lumbosacral':ti,ab OR 'strain, lumbosacroiliac':ti,ab OR 'low back pain':ti,ab OR 'Non-specific Low Back Pain':ti,ab) AND ('Exercise'/exp 'biometric exercise':ti,ab OR 'effort':ti,ab OR 'exercise capacity':ti,ab OR 'exercise performance':ti,ab OR 'exercise training':ti,ab OR 'exertion':ti,ab OR 'fitness training':ti,ab OR 'fitness workout':ti,ab OR 'physical conditioning, human':ti,ab OR 'physical effort':ti,ab OR 'physical exercise':ti,ab OR 'physical exertion':ti,ab OR 'physical work-out':ti,ab OR 'physical workout':ti,ab OR 'exercise':ti,ab) (‘Low Back Pain’/exp OR 'acute low back pain':ti,ab OR 'back pain, low':ti,ab OR 'chronic low back pain':ti,ab OR 'loin pain':ti,ab OR 'low backache':ti,ab OR 'low backpain':ti,ab OR 'lowback pain':ti,ab OR 'lower back pain':ti,ab OR 'lumbago':ti,ab OR 'lumbal pain':ti,ab OR 'lumbal syndrome':ti,ab OR 'lumbalgia':ti,ab OR 'lumbalgia':ti,ab OR 'lumbar pain':ti,ab OR 'lumbar spine syndrome':ti,ab OR 'lumbodinia':ti,ab OR 'lumbosacral pain':ti,ab OR 'lumbosacral root syndrome':ti,ab OR 'lumbosacroiliac strain':ti,ab OR 'pain, low back':ti,ab OR 'pain, lumbosacral':ti,ab OR 'strain, lumbosacroiliac':ti,ab OR 'low	5794	Sin restricciones	22-12-2024 15:29h	
			1255	Randomized controlled trial	22-12-2024 15:29h	
				354	Revisión sistemática 10 años	22-12-2024 15:29h

		back pain':ti,ab OR 'Non-specific Low Back Pain':ti,ab) AND ('Exercise'/exp 'biometric exercise':ti,ab OR 'effort':ti,ab OR 'exercise capacity':ti,ab OR 'exercise performance':ti,ab OR 'exercise training':ti,ab OR 'exertion':ti,ab OR 'fitness training':ti,ab OR 'fitness workout':ti,ab OR 'physical conditioning, human':ti,ab OR 'physical effort':ti,ab OR 'physical exercise':ti,ab OR 'physical exertion':ti,ab OR 'physical work-out':ti,ab OR 'physical workout':ti,ab OR 'exercise':ti,ab)	302	Metaanálisis	22-12-2024 15:29h
			764	Randomized controlled trial 10 años	22-12-2024 15:30h
	#2	('low back pain'/exp OR 'low back pain' OR 'acute low back pain':ti,ab OR 'back pain, low':ti,ab OR 'chronic low back pain':ti,ab) AND ('exercise'/exp OR 'exercise' OR 'physical effort':ti,ab OR 'physical exercise':ti,ab OR 'physical exertion':ti,ab OR 'physical work-out':ti,ab OR 'physical workout':ti,ab OR 'exercise':ti,ab) AND ('self care'/exp OR 'self care' OR 'self management':ti,ab OR 'self treatment':ti,ab OR 'self-management':ti,ab OR 'self-nurturance':ti,ab OR 'selfcare':ti,ab OR 'selfmanagement':ti,ab OR 'selftreatment':ti,ab OR 'self care':ti,ab)	389	Sin restricciones	22-12-2024 15:31h
			99	Randomized controlled trial	22-12-2024 15:31h
			32	Revisión sistemática 10 años	22-12-2024 15:32h
			14	Metaanálisis	22-12-2024 15:33h
			70	Randomized controlled trial 10 años	22-12-2024 15:33h
	#3	('low back pain'/exp OR 'low back pain' OR 'low back pain':ti,ab OR 'back pain, low':ti,ab OR 'back pains, low':ti,ab OR 'low back pains':ti,ab OR 'pain, low back':ti,ab OR 'pains, low back':ti,ab OR 'lumbago':ti,ab OR 'lower back pain':ti,ab OR 'back pain, lower':ti,ab OR 'back pains, lower':ti,ab OR 'lower back pains':ti,ab	579	Sin restricciones	22-12-2024 15:34h

		OR 'pain, lower back':ti,ab OR 'pains, lower back':ti,ab OR 'low back ache':ti,ab OR 'ache, low back':ti,ab OR 'aches, low back':ti,ab OR 'back ache, low':ti,ab OR 'back aches, low':ti,ab OR 'low back aches':ti,ab OR 'low backache':ti,ab OR 'backache, low':ti,ab OR 'backaches, low':ti,ab OR 'low backaches':ti,ab OR 'low back pain, postural':ti,ab OR 'postural low back pain':ti,ab OR 'low back pain, posterior compartment':ti,ab OR 'low back pain, recurrent':ti,ab OR 'recurrent low back pain':ti,ab OR 'low back pain, mechanical':ti,ab OR 'mechanical low back pain':ti,ab) AND ('exercise':ti,ab OR 'kinesiotherapy'/exp OR 'kinesiotherapy' OR 'exercise therapy':ti,ab OR 'active exercise':ti,ab OR 'training exercise':ti,ab OR 'stretching exercise':ti,ab OR 'active training':ti,ab OR 'training':ti,ab OR 'strength':ti,ab OR 'stretching':ti,ab OR 'home exercise':ti,ab OR 'home training':ti,ab OR 'self-training':ti,ab) AND ('home':ti,ab OR 'home exercise':ti,ab OR 'home training':ti,ab OR 'self-training':ti,ab)	202	Randomized controlled trial	22-12-2024 15:34h
			13	Revisión sistemática 10 años	22-12-2024 15:34h
			7	Metaanálisis	22-12-2024 15:35h
			143	Randomized controlled trial 10 años	22-12-2024 15:37h
	#4	('low back pain'/exp OR 'low back pain' OR 'acute low back pain':ti,ab OR 'back pain, low':ti,ab OR 'chronic low back pain':ti,ab OR 'loin pain':ti,ab OR 'low backache':ti,ab OR 'low backpain':ti,ab OR 'lowback pain':ti,ab OR 'lower back pain':ti,ab OR 'lumbago':ti,ab OR 'lumbal pain':ti,ab OR 'lumbal syndrome':ti,ab OR 'lumbalgia':ti,ab OR 'lumbalgia':ti,ab OR 'lumbar pain':ti,ab OR 'lumbar spine syndrome':ti,ab OR 'lumbodinia':ti,ab OR 'lumbosacral pain':ti,ab OR 'lumbosacral root syndrome':ti,ab OR 'lumbosacroiliac strain':ti,ab OR 'pain, low back':ti,ab OR 'pain, lumbosacral':ti,ab OR 'strain, lumbosacroiliac':ti,ab OR 'low back pain':ti,ab OR 'non-specific low back pain':ti,ab OR 'lbp':ti,ab) AND ('exercise'/exp OR 'exercise' OR 'biometric exercise':ti,ab OR 'effort':ti,ab OR 'exercise capacity':ti,ab OR 'exercise performance':ti,ab OR 'exercise training':ti,ab OR 'exertion':ti,ab OR 'fitness training':ti,ab OR 'fitness workout':ti,ab OR 'physical conditioning, human':ti,ab OR 'physical effort':ti,ab) AND ('home':ti,ab OR 'home exercises':ti,ab OR 'domiciliary':ti,ab OR 'home-based':ti,ab)	508	Sin restricciones	22-12-2024 15:40h
			182	Randomized controlled trial	22-12-2024 15:41h
			15	Revisión sistemática 10 años	22-12-2024 15:41h
			6	Metaanálisis	22-12-2024 15:42h

			127	Randomized controlled trial 10 años	22-12-2024 15:42h
	#5	('low back pain'/exp OR 'low back pain' OR 'low back pain':ti,ab OR 'back pain, low':ti,ab OR 'back pains, low':ti,ab OR 'low back pains':ti,ab OR 'pain, low back':ti,ab OR 'pains, low back':ti,ab OR 'lumbago':ti,ab OR 'lower back pain':ti,ab OR 'back pain, lower':ti,ab OR 'back pains, lower':ti,ab OR 'lower back pains':ti,ab OR 'pain, lower back':ti,ab OR 'pains, lower back':ti,ab OR 'low back ache':ti,ab OR 'ache, low back':ti,ab OR 'aches, low back':ti,ab OR 'back ache, low':ti,ab OR 'back aches, low':ti,ab OR 'low back aches':ti,ab OR 'low backache':ti,ab OR 'backache, low':ti,ab OR 'backaches, low':ti,ab OR 'low backaches':ti,ab OR 'low back pain, postural':ti,ab OR 'postural low back pain':ti,ab OR 'low back pain, posterior compartment':ti,ab OR 'low back pain, recurrent':ti,ab OR 'recurrent low back pain':ti,ab OR 'low back pain, mechanical':ti,ab OR 'mechanical low back pain':ti,ab OR 'lbp':ti,ab) AND ('exercise'/exp OR 'exercise' OR 'exercises':ti,ab OR 'exercise, physical':ti,ab OR 'exercises, physical':ti,ab OR 'physical exercise':ti,ab OR 'physical exercises':ti,ab OR 'physical activity':ti,ab OR 'activities, physical':ti,ab OR 'activity, physical':ti,ab OR 'physical activities':ti,ab OR 'exercise, aerobic':ti,ab OR 'aerobic exercise':ti,ab OR 'aerobic exercises':ti,ab OR 'exercises, aerobic':ti,ab OR 'exercise, isometric':ti,ab OR 'exercises, isometric':ti,ab OR 'isometric exercises':ti,ab OR 'isometric exercise':ti,ab OR 'acute exercise':ti,ab OR 'acute exercises':ti,ab OR 'exercise, acute':ti,ab OR 'exercises, acute':ti,ab OR 'exercise training':ti,ab OR 'exercise trainings':ti,ab OR 'training, exercise':ti,ab OR 'trainings, exercise':ti,ab OR 'kinesiotherapy'/exp OR 'kinesiotherapy' OR 'rehabilitation exercise':ti,ab OR 'exercise, rehabilitation':ti,ab OR 'exercises, rehabilitation':ti,ab OR 'rehabilitation exercises':ti,ab OR 'therapy, exercise':ti,ab OR 'exercise therapies':ti,ab OR 'therapies, exercise':ti,ab OR 'remedial exercise':ti,ab OR 'exercise, remedial':ti,ab OR 'remedial exercises':ti,ab) AND ('self care'/exp OR 'self care' OR 'self management':ti,ab OR 'self treatment':ti,ab OR 'self-management':ti,ab OR 'self-nurturance':ti,ab OR 'selfcare':ti,ab OR 'selfmanagement':ti,ab OR 'selftreatment':ti,ab OR 'self care':ti,ab OR 'home':ti,ab OR 'home exercises':ti,ab OR 'domiciliary':ti,ab OR 'home-based':ti,ab)	1062	Sin restricciones	22-12-2024 15:43h
			312	Randomized controlled trial	22-12-2024 15:44h
			51	Revisión sistemática 10 años	22-12-2024 15:45h
			27	Metaanálisis	22-12-2024 15:46h

			225	Randomized controlled trial 10 años	22-12-2024 15:46h
	#6	('low back pain'/exp OR 'low back pain' OR 'low back pain':ti,ab OR 'back pain, low':ti,ab OR 'back pains, low':ti,ab OR 'low back pains':ti,ab OR 'pain, low back':ti,ab OR 'pains, low back':ti,ab OR 'lumbago':ti,ab OR 'lower back pain':ti,ab OR 'back pain, lower':ti,ab OR 'back pains, lower':ti,ab OR 'lower back pains':ti,ab OR 'pain, lower back':ti,ab OR 'pains, lower back':ti,ab OR 'low back ache':ti,ab OR 'ache, low back':ti,ab OR 'aches, low back':ti,ab OR 'back ache, low':ti,ab OR 'back aches, low':ti,ab OR 'low back aches':ti,ab OR 'low backache':ti,ab OR 'backache, low':ti,ab OR 'backaches, low':ti,ab OR 'low backaches':ti,ab OR 'low back pain, postural':ti,ab OR 'postural low back pain':ti,ab OR 'low back pain, posterior compartment':ti,ab OR 'low back pain, recurrent':ti,ab OR 'recurrent low back pain':ti,ab OR 'low back pain, mechanical':ti,ab OR 'mechanical low back pain':ti,ab OR 'lbp':ti,ab) AND ('exercise'/exp OR 'exercise' OR 'exercises':ti,ab OR 'exercise, physical':ti,ab OR 'exercises, physical':ti,ab OR 'physical exercise':ti,ab OR 'physical exercises':ti,ab OR 'physical activity':ti,ab OR 'activities, physical':ti,ab OR 'activity, physical':ti,ab OR 'physical activities':ti,ab OR 'exercise, aerobic':ti,ab OR 'aerobic exercise':ti,ab OR 'aerobic exercises':ti,ab OR 'exercises, aerobic':ti,ab OR 'exercise, isometric':ti,ab OR 'exercises, isometric':ti,ab OR 'isometric exercises':ti,ab OR 'isometric exercise':ti,ab OR 'acute exercise':ti,ab OR 'acute exercises':ti,ab OR 'exercise, acute':ti,ab OR 'exercises, acute':ti,ab OR 'exercise training':ti,ab OR 'exercise trainings':ti,ab OR 'training, exercise':ti,ab OR 'trainings, exercise':ti,ab OR 'kinesiotherapy'/exp OR 'kinesiotherapy' OR 'rehabilitation exercise':ti,ab OR 'exercise, rehabilitation':ti,ab OR 'exercises, rehabilitation':ti,ab OR 'rehabilitation exercises':ti,ab OR 'therapy, exercise':ti,ab	1190	Sin restricciones	22-12-2024 15:48h
			338	Randomized controlled trial	22-12-2024 15:48h

		OR 'exercise therapies':ti,ab OR 'therapies, exercise':ti,ab OR 'remedial exercise':ti,ab OR 'exercise, remedial':ti,ab OR 'remedial exercises':ti,ab) AND ('self care'/exp OR 'self care' OR 'self management':ti,ab OR 'self treatment':ti,ab OR 'self-management':ti,ab OR 'self-nurturance':ti,ab OR 'selfcare':ti,ab OR 'selfmanagement':ti,ab OR 'selftreatment':ti,ab OR 'self care':ti,ab OR 'home':ti,ab OR 'home exercises':ti,ab OR 'domiciliary':ti,ab OR 'home-based':ti,ab OR 'telerehabilitation'/exp OR 'telerehabilitation' OR 'telerehabilitations':ti,ab OR 'virtual rehabilitation':ti,ab OR 'rehabilitations, virtual':ti,ab OR 'rehabilitation, virtual':ti,ab OR 'virtual rehabilitations':ti,ab OR 'tele-rehabilitation':ti,ab OR 'tele rehabilitation':ti,ab OR 'tele-rehabilitations':ti,ab OR 'remote rehabilitation':ti,ab OR 'rehabilitation, remote':ti,ab OR 'rehabilitations, remote':ti,ab OR 'remote rehabilitations':ti,ab OR 'ambulatory care'/exp OR 'ambulatory care' OR 'care, ambulatory':ti,ab OR 'outpatient care':ti,ab OR 'care, outpatient':ti,ab OR 'clinic visits':ti,ab OR 'clinic visit':ti,ab OR 'visit, clinic':ti,ab OR 'visits, clinic':ti,ab OR 'health services, outpatient':ti,ab OR 'health service, outpatient':ti,ab OR 'outpatient health service':ti,ab OR 'service, outpatient health':ti,ab OR 'services, outpatient health':ti,ab OR 'outpatient health services':ti,ab OR 'outpatient services':ti,ab OR 'outpatient service':ti,ab OR 'service, outpatient':ti,ab OR 'services, outpatient':ti,ab OR 'urgent care':ti,ab OR 'cares, urgent':ti,ab OR 'care, urgent':ti,ab OR 'urgent cares':ti,ab OR 'home care'/exp OR 'home care')	63	Revisión sistemática 10 años	22-12-2024 15:48h
			37	Metaanálisis	22-12-2024 15:49h
			242	Randomized controlled trial 10 años	22-12-2024 15:50h

Anexo 3. Tabla-resumen de la búsqueda final.

	Search strategy for PUBMED
PATIENT – P #1	("Low Back Pain"[MeSH Terms] OR "Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Back Pain, Low"[Title/Abstract] OR "Back Pains, Low"[Title/Abstract] OR "Low Back Pains"[Title/Abstract] OR "Pain, Low Back"[Title/Abstract] OR "Pains, Low Back"[Title/Abstract] OR "Lumbago"[Title/Abstract] OR "Lower Back Pain"[Title/Abstract] OR "Back Pain, Lower"[Title/Abstract] OR "Back Pains, Lower"[Title/Abstract] OR "Lower Back Pains"[Title/Abstract] OR "Pain, Lower Back"[Title/Abstract] OR "Pains, Lower Back"[Title/Abstract] OR "Low Back Ache"[Title/Abstract] OR "Ache, Low Back"[Title/Abstract] OR "Aches, Low Back"[Title/Abstract] OR "Back Ache, Low"[Title/Abstract] OR "Back Aches, Low"[Title/Abstract] OR "Low Back Aches"[Title/Abstract] OR "Low Backache"[Title/Abstract] OR "Backache, Low"[Title/Abstract] OR "Backaches, Low"[Title/Abstract] OR "Low Backaches"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Postural"[Title/Abstract] OR "Postural Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Posterior Compartment"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Recurrent"[Title/Abstract] OR "Recurrent Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Low Back Pain, Mechanical"[Title/Abstract] OR "Mechanical Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Non-specific Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "Chronic Low Back Pain"[Title/Abstract] OR "NSLBP"[Title/Abstract] OR "LBP"[Title/Abstract] OR "CLBP"[Title/Abstract]) -54,064 results
INTERVENTION – I #2	("Self-Management"[MeSH Terms] OR "Self Management"[Title/Abstract] OR "Management, Self"[Title/Abstract] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR "Care, Ambulatory"[Title/Abstract] OR "Outpatient Care"[Title/Abstract] OR "Care, Outpatient"[Title/Abstract] OR "Clinic Visits"[Title/Abstract] OR "Clinic Visit"[Title/Abstract] OR "Visit, Clinic"[Title/Abstract] OR "Visits, Clinic"[Title/Abstract] OR "Health Services, Outpatient"[Title/Abstract] OR "Health Service, Outpatient"[Title/Abstract] OR "Outpatient Health Service"[Title/Abstract] OR "Service, Outpatient Health"[Title/Abstract] OR "Services, Outpatient Health"[Title/Abstract] OR "Outpatient Health Services"[Title/Abstract] OR "Outpatient Services"[Title/Abstract] OR "Outpatient Service"[Title/Abstract] OR "Service, Outpatient"[Title/Abstract] OR "Services, Outpatient"[Title/Abstract] OR "Urgent Care"[Title/Abstract] OR "Cares, Urgent"[Title/Abstract] OR "Care, Urgent"[Title/Abstract] OR "Urgent Cares"[Title/Abstract] OR "Home"[Title/Abstract] OR "Home exercise"[Title/Abstract] OR "Home training"[Title/Abstract] OR "Self-training"[Title/Abstract] OR "Mobile-based"[Title/Abstract] OR "Home-Based Exercise"[Title/Abstract] OR "Domiciliary"[Title/Abstract] OR "Housing"[Title/Abstract] OR "Telerehabilitation"[MeSH Terms] OR "Telerehabilitations"[Title/Abstract] OR "Virtual Rehabilitation"[Title/Abstract] OR "Rehabilitations, Virtual"[Title/Abstract] OR "Rehabilitation, Virtual"[Title/Abstract] OR "Virtual Rehabilitations"[Title/Abstract] OR "Tele-rehabilitation"[Title/Abstract] OR "Tele rehabilitation"[Title/Abstract] OR "Tele-rehabilitations"[Title/Abstract] OR "Remote Rehabilitation"[Title/Abstract] OR "Rehabilitation, Remote"[Title/Abstract] OR "Rehabilitations, Remote"[Title/Abstract] OR "Remote Rehabilitations"[Title/Abstract]) -456,886 results ("Exercise Therapy"[MeSH Terms] OR "Rehabilitation Exercise"[Title/Abstract] OR "Exercise, Rehabilitation"[Title/Abstract] OR "Exercises, Rehabilitation"[Title/Abstract] OR "Rehabilitation Exercises"[Title/Abstract] OR "Therapy, Exercise"[Title/Abstract] OR "Exercise Therapies"[Title/Abstract] OR "Therapies, Exercise"[Title/Abstract] OR "Remedial Exercise"[Title/Abstract] OR "Exercise, Remedial"[Title/Abstract] OR "Remedial Exercises"[Title/Abstract] OR "Exercise"[MeSH Terms] OR "Exercises"[Title/Abstract] OR "Exercise, Physical"[Title/Abstract] OR "Exercises, Physical"[Title/Abstract] OR "Physical Exercise"[Title/Abstract] OR "Physical Exercises"[Title/Abstract] OR "Physical Activity"[Title/Abstract] OR "Activities, Physical"[Title/Abstract] OR "Activity, Physical"[Title/Abstract] OR "Physical

	Activities"[Title/Abstract] OR "Exercise, Aerobic"[Title/Abstract] OR "Aerobic Exercise"[Title/Abstract] OR "Aerobic Exercises"[Title/Abstract] OR "Exercises, Aerobic"[Title/Abstract] OR "Exercise, Isometric"[Title/Abstract] OR "Exercises, Isometric"[Title/Abstract] OR "Isometric Exercises"[Title/Abstract] OR "Isometric Exercise"[Title/Abstract] OR "Acute Exercise"[Title/Abstract] OR "Acute Exercises"[Title/Abstract] OR "Exercise, Acute"[Title/Abstract] OR "Exercises, Acute"[Title/Abstract] OR "Exercise Training"[Title/Abstract] OR "Exercise Trainings"[Title/Abstract] OR "Training, Exercise"[Title/Abstract] OR "Trainings, Exercise"[Title/Abstract] OR "Physical Therapy"[Title/Abstract] OR "Physiotherapy"[Title/Abstract] OR "Exercise-Based Treatment"[Title/Abstract])) - 502,125 results
COMPARATION- C	Any type of intervention or placebo.
OUTCOMES – O #3	
LIMITATIONS #4	Randomized controlled trial, systematic review, meta-Analysis
	#1 AND #2 AND #3 AND #4 –219 results

Biblioteca	
	Search strategy for EMBASE
PATIENT – P #1	('low back pain'/exp OR 'low back pain' OR 'low back pain':ti,ab OR 'back pain, low':ti,ab OR 'back pains, low':ti,ab OR 'low back pains':ti,ab OR 'pain, low back':ti,ab OR 'pains, low back':ti,ab OR 'lumbago':ti,ab OR 'lower back pain':ti,ab OR 'back pain, lower':ti,ab OR 'back pains, lower':ti,ab OR 'lower back pains':ti,ab OR 'pain, lower back':ti,ab OR 'pains, lower back':ti,ab OR 'low back ache':ti,ab OR 'ache, low back':ti,ab OR 'aches, low back':ti,ab OR 'back ache, low':ti,ab OR 'back aches, low':ti,ab OR 'low back aches':ti,ab OR 'low backache':ti,ab OR 'backache, low':ti,ab OR 'backaches, low':ti,ab OR 'low backaches':ti,ab OR 'low back pain, postural':ti,ab OR 'postural low back pain':ti,ab OR 'low back pain, posterior compartment':ti,ab OR 'low back pain, recurrent':ti,ab OR 'recurrent low back pain':ti,ab OR 'low back pain, mechanical':ti,ab OR 'mechanical low back pain':ti,ab OR 'non-specific low back pain':ti,ab OR 'chronic low back pain':ti,ab OR 'nslbp':ti,ab OR 'lbp':ti,ab OR 'clbp':ti,ab) - 97,309 results
INTERVENTION – I #2	('self care'/exp OR 'self care':ti,ab OR 'self management':ti,ab OR 'management, self':ti,ab OR 'ambulatory care'/exp OR 'ambulatory care':ti,ab OR 'care, ambulatory':ti,ab OR 'outpatient care':ti,ab OR 'care, outpatient':ti,ab OR 'clinic visits':ti,ab OR 'clinic visit':ti,ab OR 'visit, clinic':ti,ab OR 'visits, clinic':ti,ab OR 'health services, outpatient':ti,ab OR 'health service, outpatient':ti,ab OR 'outpatient health service':ti,ab OR 'service, outpatient health':ti,ab OR 'services, outpatient health':ti,ab OR 'outpatient health services':ti,ab OR 'outpatient services':ti,ab OR 'outpatient service':ti,ab OR 'service, outpatient':ti,ab OR 'services, outpatient':ti,ab OR 'urgent care':ti,ab OR 'cares, urgent':ti,ab OR 'care, urgent':ti,ab OR 'urgent cares':ti,ab OR 'home':ti,ab OR 'home exercise':ti,ab OR 'home training':ti,ab OR 'self-training':ti,ab OR 'mobile-based':ti,ab OR 'home-based exercise':ti,ab OR 'domiciliary':ti,ab OR 'housing':ti,ab OR 'Telerehabilitation'/exp OR 'Telerehabilitations':ti,ab OR 'Virtual Rehabilitation':ti,ab OR 'Rehabilitations, Virtual':ti,ab OR 'Rehabilitation, Virtual':ti,ab OR 'Virtual Rehabilitations':ti,ab OR 'Tele-rehabilitation':ti,ab OR 'Tele rehabilitation':ti,ab OR 'Tele-rehabilitations':ti,ab

	OR 'Remote Rehabilitation':ti,ab OR 'Rehabilitation, Remote':ti,ab OR 'Rehabilitations, Remote':ti,ab OR 'Remote Rehabilitations':ti,ab) -713,014 results ('kinesiotherapy'/exp OR 'kinesiotherapy':ti,ab OR 'rehabilitation exercise':ti,ab OR 'exercise, rehabilitation':ti,ab OR 'exercises, rehabilitation':ti,ab OR 'rehabilitation exercises':ti,ab OR 'therapy, exercise':ti,ab OR 'exercise therapies':ti,ab OR 'therapies, exercise':ti,ab OR 'remedial exercise':ti,ab OR 'exercise, remedial':ti,ab OR 'remedial exercises':ti,ab OR 'exercise'/exp OR 'exercise':ti,ab OR 'exercises':ti,ab OR 'exercise, physical':ti,ab OR 'exercises, physical':ti,ab OR 'physical exercise':ti,ab OR 'physical exercises':ti,ab OR 'physical activity':ti,ab OR 'activities, physical':ti,ab OR 'activity, physical':ti,ab OR 'physical activities':ti,ab OR 'exercise, aerobic':ti,ab OR 'aerobic exercise':ti,ab OR 'aerobic exercises':ti,ab OR 'exercises, aerobic':ti,ab OR 'exercise, isometric':ti,ab OR 'exercises, isometric':ti,ab OR 'isometric exercises':ti,ab OR 'isometric exercise':ti,ab OR 'acute exercise':ti,ab OR 'acute exercises':ti,ab OR 'exercise, acute':ti,ab OR 'exercises, acute':ti,ab OR 'exercise training':ti,ab OR 'exercise trainings':ti,ab OR 'training, exercise':ti,ab OR 'trainings, exercise':ti,ab OR 'physical therapy'/exp OR 'physical therapy':ti,ab OR 'physiotherapy':ti,ab OR 'exercise-based treatment':ti,ab) -964,272 results
COMPARATION- C	Any type of intervention or placebo.
OUTCOMES – O #3	
LIMITATIONS #4	Randomized controlled trial, systematic review, meta-Analysis
	#1 AND #2 AND #3 AND #4 – 456 results

Anexo 4. Información detallada sobre la que se configura la evaluación del riesgo de sesgo.

Anexo 5. Interpretación del metaanálisis.

Intensidad del dolor.

- 3-4 semanas:

El análisis de grupos, control vs experimental, no aportó diferencias significativas ($p=0.92$). No se observó heterogeneidad en el grupo control ($I^2=13.9\%$; $p=0.333$) mientras que sí que la hubo en el grupo experimental ($I^2=73.4\%$; $p=0.010$). Globalmente es significativa esa heterogeneidad ($I^2=51.3\%$; $p=0.036$), por lo que se recurrió a un modelo de efectos fijos en el grupo control y efectos aleatorios para el experimental y para el modelo global. Se observó un tamaño del efecto significativo en el grupo control ($SMD=1.47$; $IC95\%$ (1.19, 1.75)) y en el grupo experimental ($SMD=1.51$; $IC95\%$ (0.87, 2.15)). Globalmente el tamaño del efecto es $SMD=1.46$; $IC95\%$ (1.15, 1.77), por lo que hay un descenso significativo de la variable en este periodo.

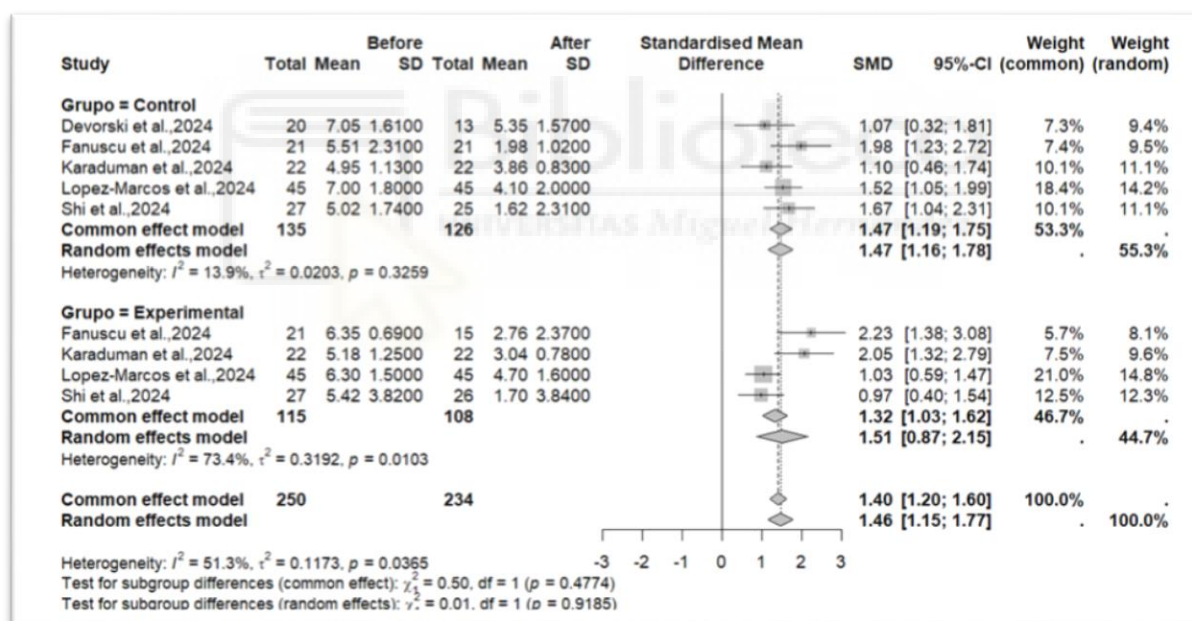


Figura 4. Efectos de TRHB-E sobre el dolor a las 3-4 semanas.

- 6 semanas:

El análisis de grupos, control vs experimental, no aportó diferencias significativas ($p=0.105$). No se observó heterogeneidad en el grupo control ($I^2=56.4\%$; $p=0.130$) ni en el grupo experimental ($I^2=49.6\%$; $p=0.159$). Globalmente es significativa esa heterogeneidad ($I^2=70.7\%$; $p=0.016$), por lo que se recurrió a un modelo de efectos fijos para el grupo control y para el experimental y efectos aleatorios para el modelo global. Se observó un tamaño del efecto no significativo en el grupo control ($SMD=0.37$; $IC95\%$ (-0.10, 0.84)) y significativo en el grupo experimental ($SMD=1.22$; $IC95\%$ (0.73,1.71)). Globalmente el tamaño del efecto es $SMD=0.81$; $IC95\%$ (0.2, 1.43) existiendo un descenso significativo de la variable en este tramo.

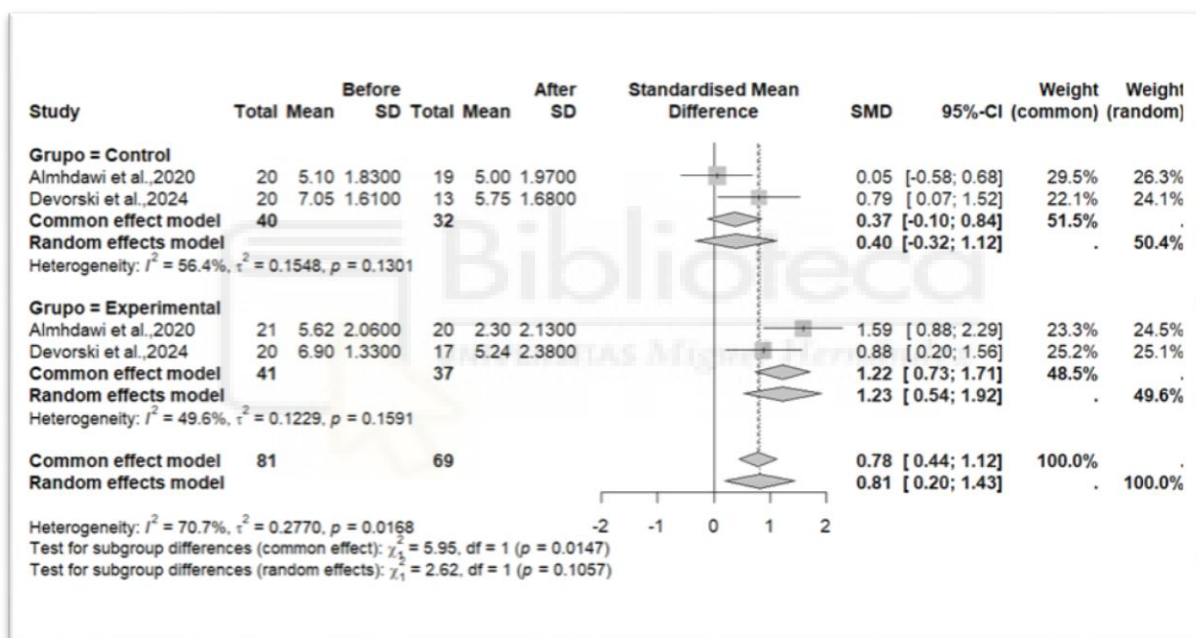


Figura 5. Efectos de TRHB-E sobre el dolor a las 6 semanas.

- 8 semanas:

El análisis de grupos, control vs experimental, no aportó diferencias significativas ($p=0.998$). Se observó heterogeneidad en el grupo control ($I^2=89.5\%$; $p<0.001$) pero no la hubo en el grupo experimental ($I^2=29.6\%$; $p=0.234$). Globalmente es significativa esa heterogeneidad ($I^2=79.0\%$; $p<0.001$), por lo que se recurrió a un modelo de efectos aleatorios para el grupo control, modelo fijo para el experimental y aleatorio para el modelo global. Se observó un tamaño del efecto significativo en el grupo control (SMD=1.63; IC95% (0.68, 2.58)) y en el grupo experimental (SMD=1.62; IC95% (1.33,1.91)). Globalmente el tamaño del efecto es SMD=1.63; IC95% (1.16, 2.09), por lo que ha habido un descenso significativo de la variable a las 8 semanas.

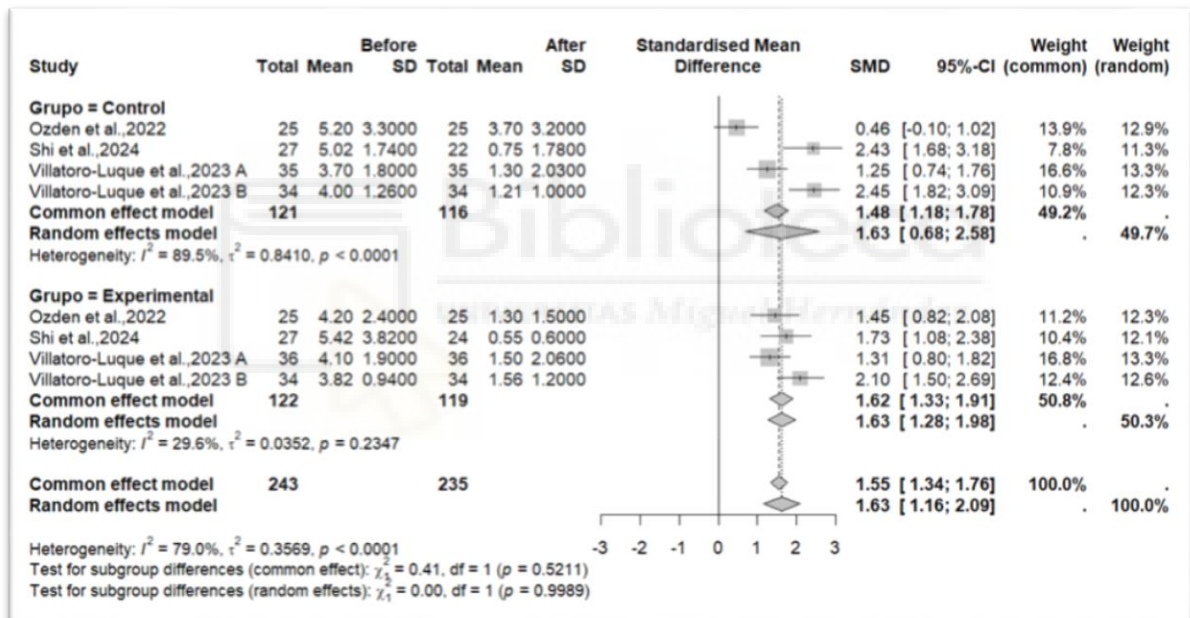


Figura 6. Efectos de TRHB-E sobre el dolor a las 8 semanas.

- 12 semanas:

El análisis de grupos, control vs experimental, no aportó diferencias significativas ($p=0.937$). Se observó heterogeneidad en el grupo control ($I^2=92.7\%$; $p<0.001$) y en el grupo experimental ($I^2=87.1\%$; $p<0.001$). Globalmente es significativa esa heterogeneidad ($I^2=89.6\%$; $p<0.001$), por lo que se recurrió a un modelo de efectos aleatorios para el grupo control, el experimental y para el modelo global. Se observó un tamaño del efecto significativo en el grupo control ($SMD=1.29$; $IC95\%$ (0.50, 2.08)) y en el grupo experimental ($SMD=1.25$; $IC95\%$ (0.67,1.83)). Globalmente el tamaño del efecto es $SMD=1.26$; $IC95\%$ (0.80, 1.72), por lo que se produce un descenso significativo de la variable en este periodo.

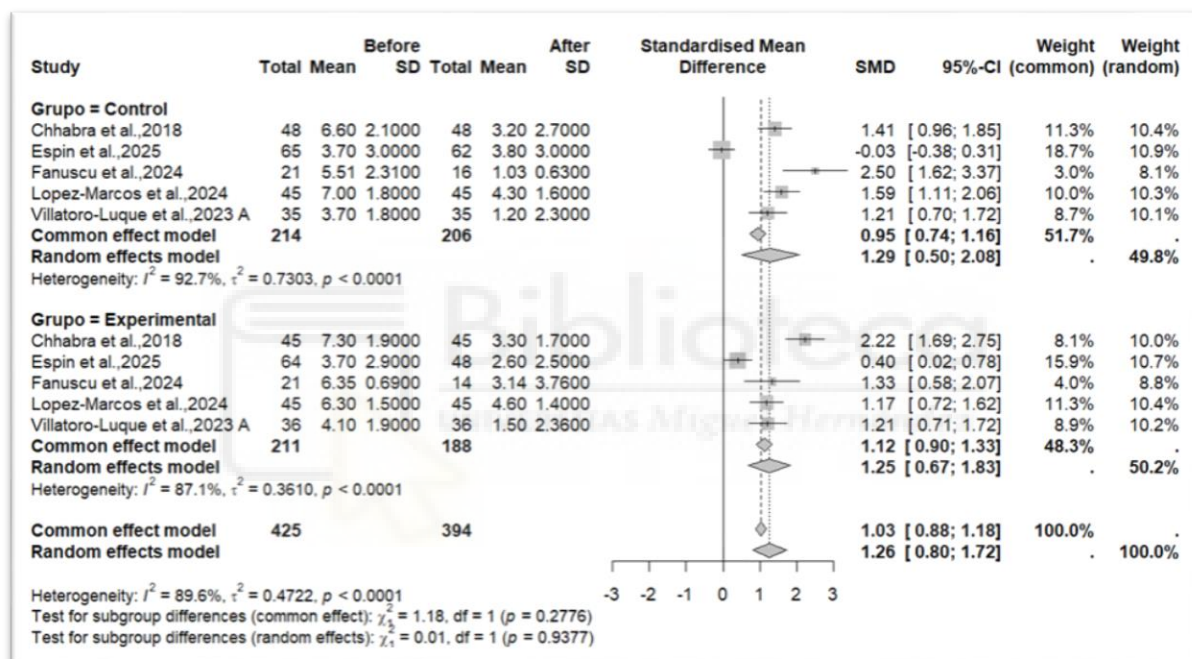


Figura 7. Efectos de TRHB-E sobre el dolor a las 12 semanas.

Discapacidad.

- 3-4 semanas:

El análisis de grupos, control vs experimental, aportó diferencias significativas ($p=0.018$). No se observó heterogeneidad en el grupo control ($I^2=51.1\%$; $p=0.085$) y tampoco en el grupo experimental ($I^2=0\%$; $p=0.655$). Globalmente no es significativa esa heterogeneidad ($I^2=44.3\%$; $p=0.063$), por lo que se recurrió a un modelo de efectos fijos para el grupo control, el experimental y para el modelo global. Se observó un tamaño del efecto significativo en el grupo control ($SMD=0.61$; $IC95\%$ (0.36, 0.86)) y en el grupo experimental ($SMD=1.04$; $IC95\%$ (0.78, 1.31)). Globalmente el tamaño del efecto es $SMD=0.82$; $IC95\%$ (0.64, 1.00) por lo que hay un descenso significativo de la variable a las 3-4 semanas.

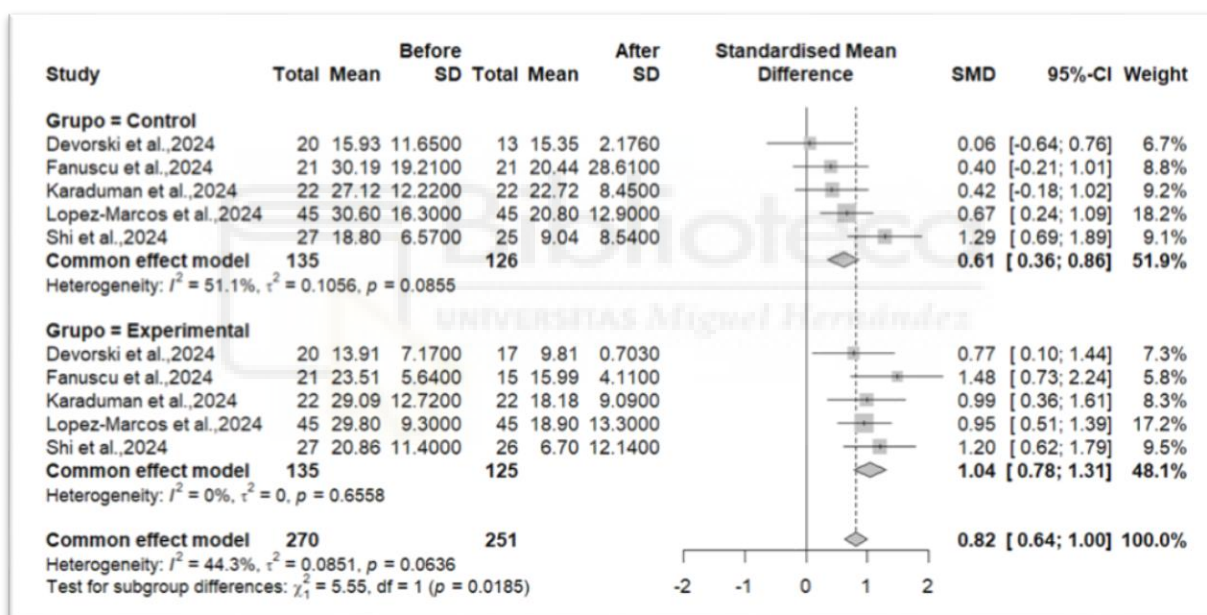


Figura 8. Efectos de TRHB-E sobre la discapacidad a las 3-4 semanas.

- 6 semanas:

El análisis de grupos, control vs experimental, aportó diferencias significativas ($p=0.023$). No se observó heterogeneidad en el grupo control ($I^2=0\%$; $p=0.333$) y tampoco en el grupo experimental ($I^2=0\%$; $p=0.697$). Globalmente no es significativa esa heterogeneidad ($I^2=51.6\%$; $p=0.102$), por lo que se recurrió a un modelo de efectos fijos para el grupo control, el experimental y para el modelo global. Se observó un tamaño del efecto no significativo en el grupo control ($SMD=0.24$; $IC95\%(-0.23, 0.72)$) y significativo en el grupo experimental ($SMD=1.02$; $IC95\% (0.54,1.49)$). Globalmente el tamaño del efecto es $SMD=0.63$; $IC95\% (0.23, 0.96)$ por lo que hay un descenso significativo de la variable a las 6 semanas.

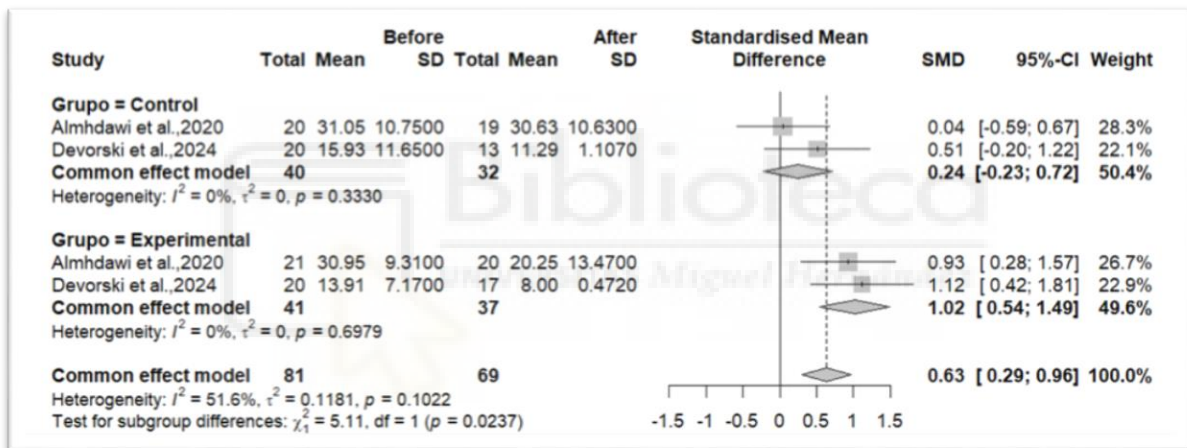


Figura 9. Efectos de TRHB-E sobre la discapacidad a las 6 semanas.

- 8 semanas:

El análisis de grupos, control vs experimental, no aportó diferencias significativas ($p=0.791$). Se observó heterogeneidad en el grupo control ($I^2=86.1\%$; $p<0.001$) y en el grupo experimental ($I^2=69.8\%$; $p=0.036$). Globalmente es significativa esa heterogeneidad ($I^2=77.2\%$; $p<0.001$), por lo que se recurrió a un modelo de efectos aleatorios para el grupo control, el experimental y para el modelo global. Se observó un tamaño del efecto no significativo en el grupo control ($SMD=0.86$; $IC95\%$ (-0.10, 1.83)) y significativo en el grupo experimental ($SMD=1.01$; $IC95\%$ (0.44,1.59)). Globalmente el tamaño del efecto es $SMD=0.94$; $IC95\%$ (0.43, 1.44) habiendo un descenso significativo de la variable a las 8 semanas.

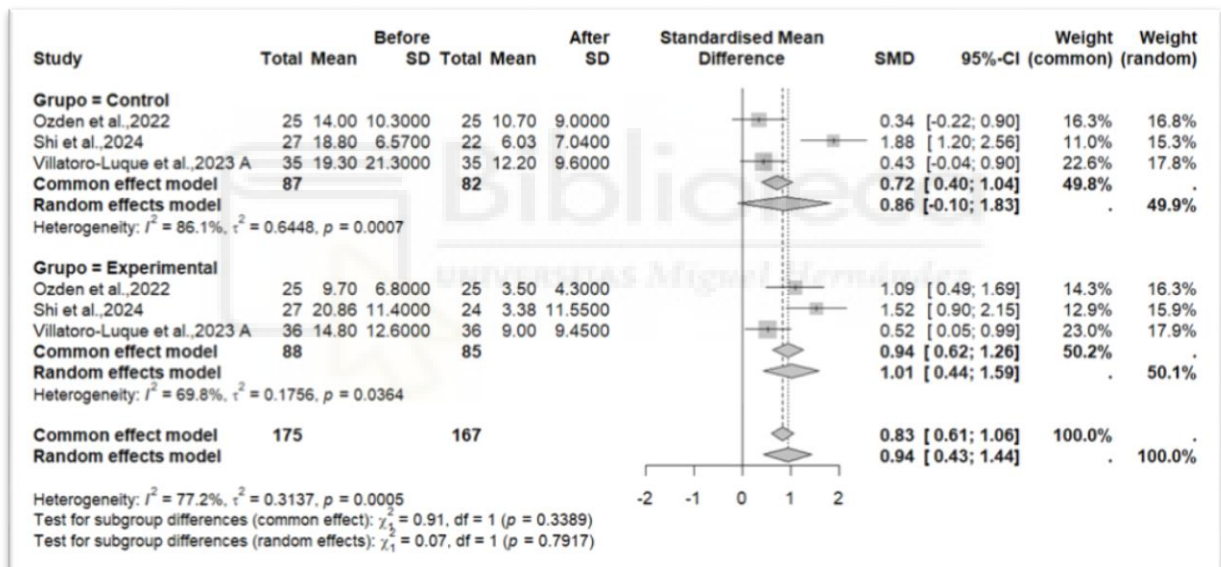


Figura 10. Efectos de TRHB-E sobre la discapacidad a las 8 semanas.

- 12 semanas:

El análisis de grupos, control vs experimental, no aportó diferencias significativas ($p=0.283$). No se observó heterogeneidad en el grupo control ($I^2=43.6\%$; $p=0.150$) y sí en el grupo experimental ($I^2=87.8\%$; $p<0.001$). Globalmente es significativa esa heterogeneidad ($I^2=79.3\%$; $p<0.001$), por lo que se recurrió a un modelo de efectos fijos para el grupo control y aleatorios para el experimental y para el modelo global. Se observó un tamaño del efecto significativo en el grupo control (SMD=0.75 IC95% (0.52, 0.99)) y significativo en el grupo experimental (SMD=1.24; IC95% (0.50,1.98)). Globalmente el tamaño del efecto es SMD=1.02; IC95% (0.61, 1.43) por lo que hay un descenso significativo de ODI a las 12 semanas.

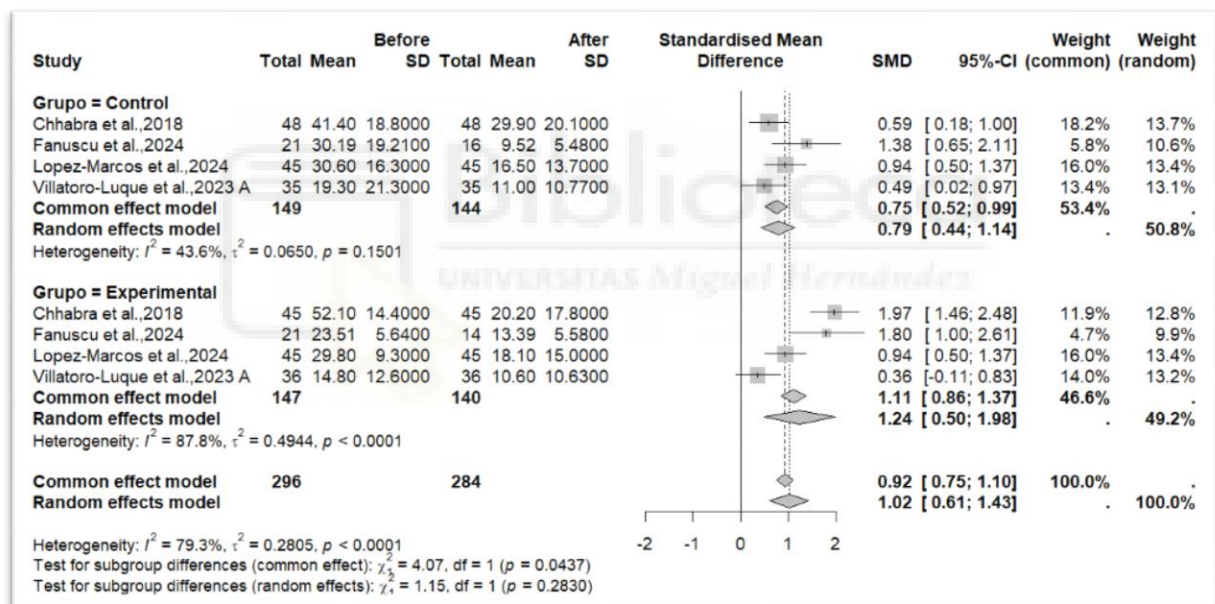


Figura 11. Efectos de TRHB-E sobre la discapacidad a las 12 semanas.

Catastrofismo.

- 4-12 semanas:

El análisis de grupos, control vs experimental, no aportó diferencias significativas ($p=0.840$). No se observó heterogeneidad en el grupo control ($I^2=0\%$; $p=0.931$) y sí en el grupo experimental ($I^2=65.1\%$; $p=0.035$). Globalmente no es significativa esa heterogeneidad ($I^2=22.8\%$; $p=0.247$), por lo que se recurrió a un modelo de efectos fijos para el grupo control, aleatorios para el experimental y fijos para el modelo global. Se observó un tamaño del efecto significativo en el grupo control ($SMD=1.19$ IC95% (0.90, 1.48)) y experimental ($SMD=1.16$; IC95% (0.65,1.68)). Globalmente el tamaño del efecto es $SMD=1.21$; IC95% (1.00, 1.42) por lo que ha habido un descenso significativo de la variable.

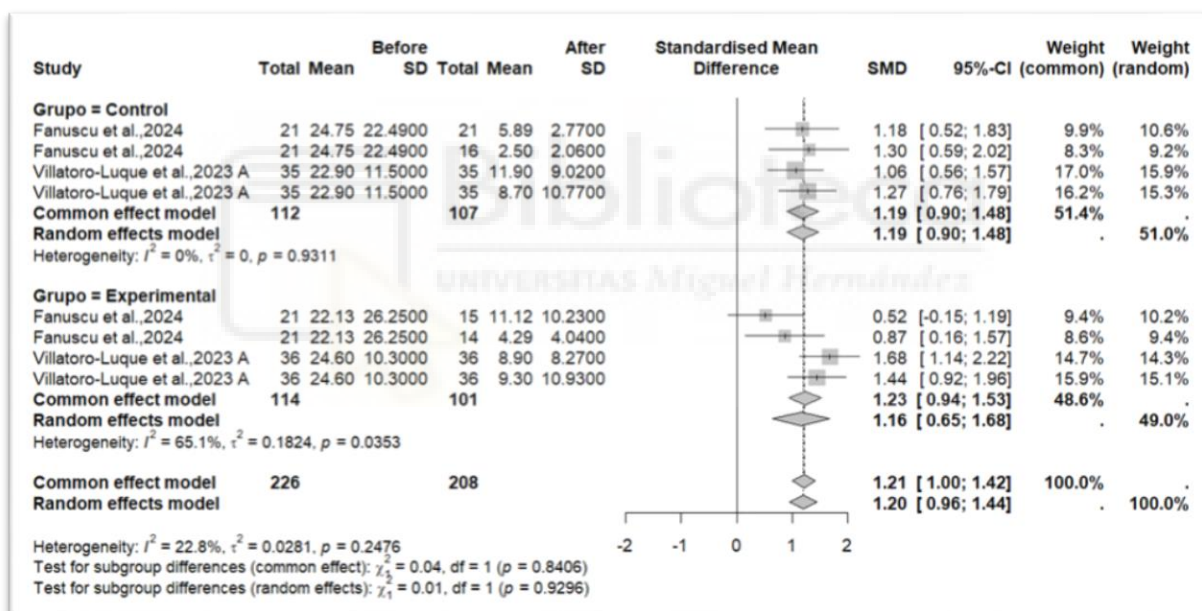


Figura 12. Efectos de TRHB-E sobre el catastrofismo a las 4-12 semanas.

Kinesiofobia.

- 4-8 semanas:

El análisis de grupos, control vs experimental, no aportó diferencias significativas ($p=0.468$). Se observó heterogeneidad en el grupo control ($I^2=86.3\%$; $p<0.001$) y en el grupo experimental ($I^2=88.2\%$; $p<0.001$). Globalmente es significativa esa heterogeneidad ($I^2=85.8\%$; $p<0.001$), por lo que se recurrió a un modelo de efectos aleatorios para el grupo control, experimental y para el modelo global. Se observó un tamaño del efecto significativo en el grupo control ($SMD=0.89$ IC95% (0.01, 1.77)) y experimental ($SMD=1.40$; IC95% (0.35,2.45)). Globalmente el tamaño del efecto es $SMD=1.14$; IC95% (0.49, 1.79) por lo que hay un descenso significativo de la variable en este periodo.

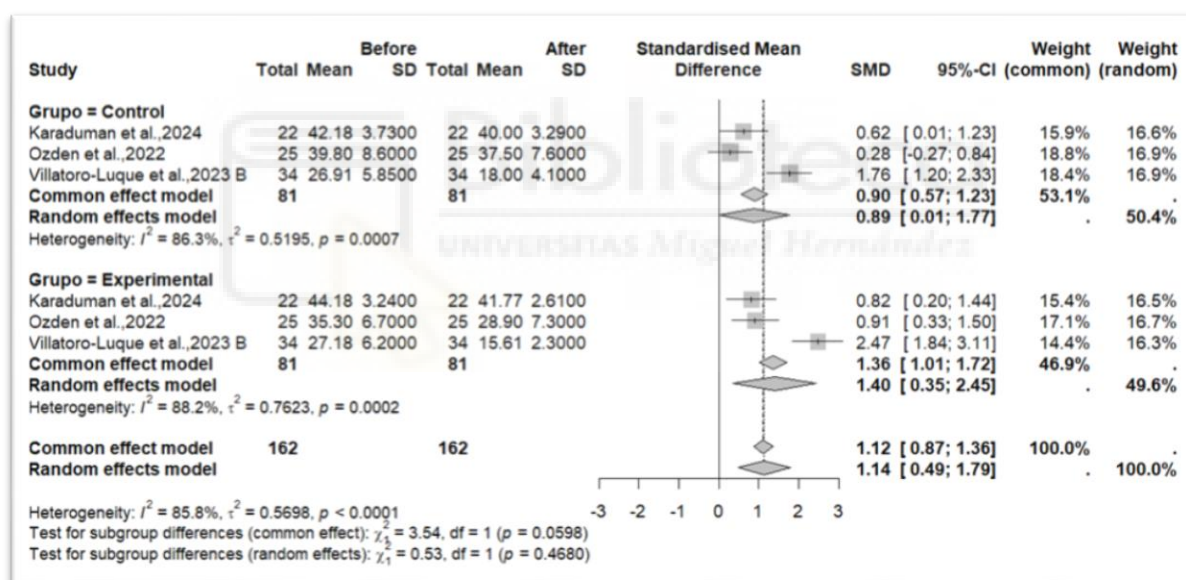


Figura 12. Efectos de TRHB-E sobre la kinesiofobia a las 4-8 semanas.

Figura 1. Diagrama de flujo.

Figura 2. Resumen de las intervenciones.

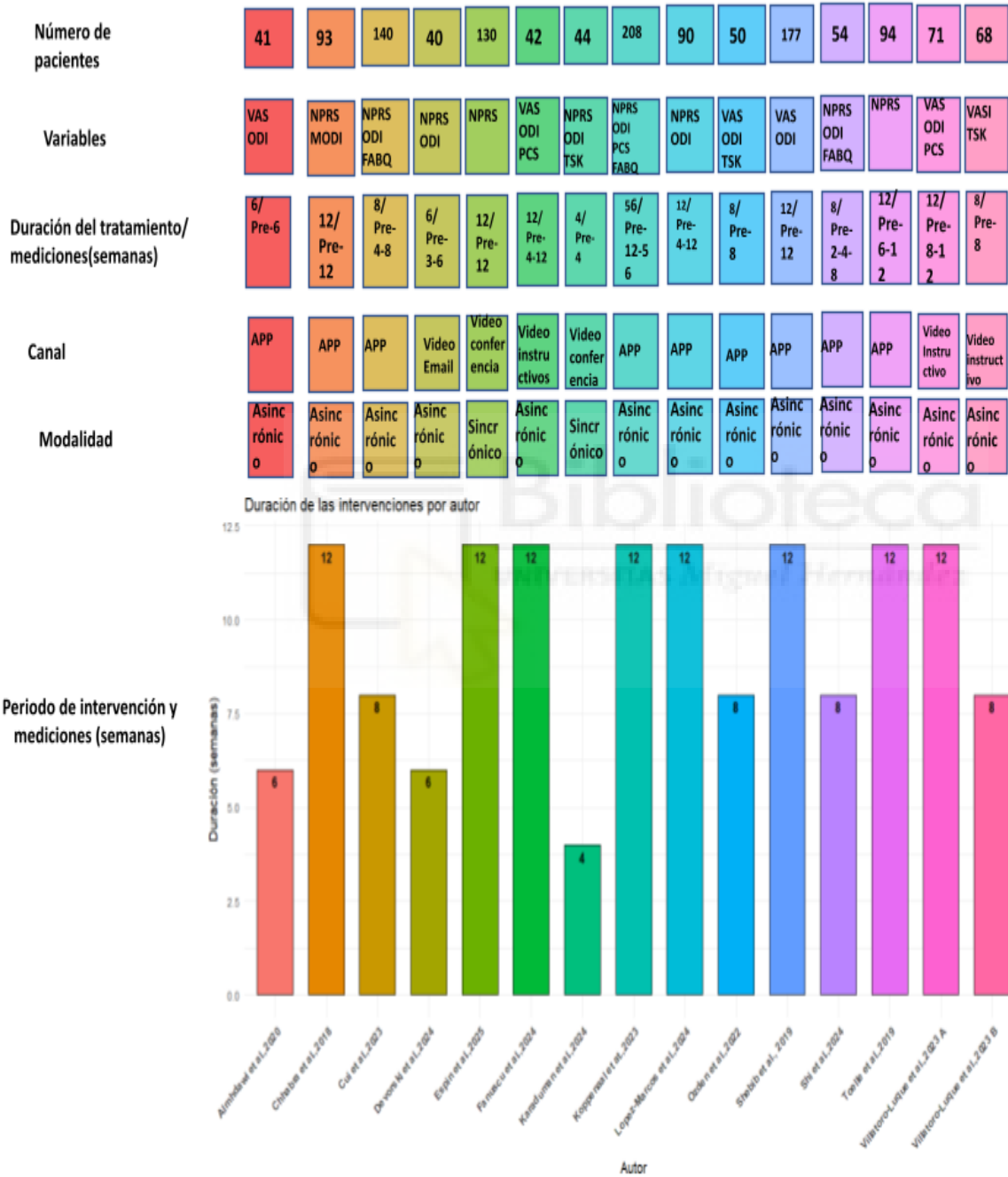


Figura 2. Resumen de las intervenciones.

Figura 3-A. Gráfico de riesgo de sesgo.

Figura 3-B. Resumen del riesgo de sesgo.

Tabla 2. Características de los estudios incluidos.

Autor, año	Telerehabilitación			Control			Resultados Duración del programa de ejercicios/ medidas	Resumen de hallazgos
	Participantes(n);Años(y),media±SD(rango);mujeres,n(%)	Intervención	Dosis	Participant es(n);Años(y),media±SD(rango); mujeres,n(%)	Intervención	Dosis		
Almhda wi et al., 2020 Jordania	n=21;40.48 ± 7.22 (30-55);14 (34.1%)	Uso de la aplicación “Relieve my back”;incluye consejos e instrucciones generales, ejercicios de estiramiento en el consultorio y ejercicios de fortalecimiento en casa para la zona lumbar y los músculos abdominales	SR	n=20;41.70 ± 6.35 (30-55);8(19.5%)	Uso de la aplicación “Relieve my back”; solo incluía publicaciones con consejos generales de nutrición en la primera sección, junto con cuatro notificaciones (sonoras, vibratorias y una pantalla emergente con instrucciones) con información nutricional que aparecía a lo largo del día y no estaba relacionada con el manejo del dolor lumbar	SR	-EVA -ODI -International Physical Activity Questionnaire -Pittsburgh Sleep Quality Index -SF-12 6 semanas / Base – 6 semanas	La aplicación podría ser eficaz para reducir el dolor y la discapacidad y mejorar la calidad de vida de los trabajadores de oficina con LBP no específico
Chhabra et al.,2018 India	n=45; 41.4 ± 14.2 (SR);SR	El grupo de la aplicación recibió Snapcare, junto con una receta médica regular a través de la aplicación Snapcare, los pacientes recibieron objetivos diarios de actividad (incluyendo ejercicios de espalda y aeróbicos), desarrollados en función de su estado de salud, actividades de la vida diaria (AVD) y progreso en la actividad diaria.	-4km diarios en una tanda -2 series de 7 ejercicios de espalda -Cada nivel de ejercicios (3 niveles) consta de 3 etapas -los ejercicios del siguiente nivel se desbloquean solo cuando habían completado con éxito todas las etapas del nivel anterior	n=48; 41 ± 14.2 (SR);SR	-Fisioterapia convencional	-Recibió una receta médica con una lista de medicamentos prescritos y sus dosis, e indicó el nivel recomendado de actividad física (incluyendo ejercicios en casa),	- NPRS - Modified Oswestry Disability Index -Current Symptom Score 12 semanas / Base– 12 semanas	Snapcare facilitó el aumento de la actividad física y produjo mejoras clínicamente significativas en el dolor y la discapacidad(MODI) en pacientes con dolor lumbar crónico.
Cui et al.,2023 EEUU	n=70;50.5 ± SR (18 – 80);46(66.7%)	Ejercicio complementado con educación y terapia cognitivo conductual impartida a través de una plataforma digital;tras una videollamada inicial de incorporación, en la que el fisioterapeuta evaluó a cada participante, se les	-3 sesiones de 20 minutos por semana; un total de 24 sesiones) se realizaron de forma independiente, según la conveniencia de los participantes, a través de la pantalla de la tablet	n=70;54.4 ± SR (18 – 80);49(70%)	Intervención convencional recibió fisioterapia presencial basada en ejercicios de fortalecimiento, equilibrio, estiramiento y movilidad; similar al grupo digital), educación (sobre la fisiología del dolor, las	-2 sesiones de 30 minutos por semana durante 8 semanas (un total de 16 sesiones)	- NPRS - ODI - FABQ -Generalized anxiety disorder 7-item scale -Patient Health 9-item questionnaire -Work	Una intervención digital remota para el dolor lumbar crónico puede promover los mismos niveles de recuperación que la fisioterapia presencial basada en evidencia, siendo una vía

Autor, año	Telerehabilitación			Control			Resultados Duración del programa de ejercicios/ medidas	Resumen de hallazgos
	Participantes(n); Años(y), media $\pm$ SD(rango); mujeres, n(%)	Intervención	Dosis	Participant es(n); Años(y), media $\pm$ SD(rango); mujeres, n(%)	Intervención	Dosis		
		prescribió un programa personalizado			conductas de miedo-evitación y los beneficios/efectos del ejercicio) de forma continua y según fuera necesario, terapia manual (p. ej., movilización articular y masaje) y modalidades físicas (p. ej., estimulación eléctrica)		productivity and activity impairment questionnaire –Surgery intent 8 semanas / Base – 4 semanas – 8 semanas	potencial para aliviar la carga del dolor lumbar crónico.
Devorski et al., 2024 EEUU	n=20; 23.65 $\pm$ 6.05 (18-45); SR(SR)	Videos privados, paso a paso, de instrucciones y demostraciones de ejercicios por correo electrónico; todos los ejercicios se completaron hasta su interrupción o hasta el fallo	- Ejercicios: plancha, plancha lateral ambos lados, plancha lateral con pierna elevada ambos lados, dead-bug, bird-dog 3 veces /semana - Semana 1-2: 1 serie de cada ejercicio - En las semanas 3-4 y 5-6 se añaden 1 y 2 series respectivamente	n=20; 23.9 $\pm$ 5.3 (18-45); SR(SR)	Paquete de ejercicios tradicional para llevar a casa, que incluía instrucciones escritas e imágenes de los ejercicios	- Ejercicios: plancha, plancha lateral ambos lados, plancha lateral con pierna elevada ambos lados, dead-bug, bird-dog -3 veces /semana - Semana 1-2: 1 serie de cada ejercicio -En las semanas 3-4 y 5-6 se añaden 1 y 2 series respectivamente	–NPRS –ODI –PCS –FABQ 6 semanas / Base – 3 semanas – 6 semanas	Los ejercicios de core realizados hasta el fallo pueden mejorar la discapacidad y el dolor a las 6 semanas e influir positivamente en la mejoría percibida por el paciente.
Espin et al., 2025 España	n=65; 49 $\pm$ 9 (SR); 61 (94%)	Sesiones mediante videoconferencia en tiempo real en grupos pequeños (<10 personas)	6 ejercicios (4 series cada uno) de fuerza resistencia con peso corporal y bandas elásticas (45 minutos) 2 veces por semana - Sesión en forma de circuito de los principales grupos musculares 3 niveles de progresión para cada ejercicio: 1(semanas 1-4), 2(semanas 5-8) y 3(semanas 9-12) - Relación trabajo-descanso: de 30:30 a 40:15 - Borg entre 4 y 5 - No fallo en ejercicios	n=65; 50 $\pm$ 9 (SR); 63 (97%)	Programas rutinarios en sus instituciones que consistieron en entrenamientos regulares en grupo y manejo manual y técnico de los pacientes	–Duración anual de 20 horas –Combinación de clases teóricas y prácticas	– NPRS –Subjective happiness scale –Goldberg's scales –EuroQol-5D –Single-item sleep quality scale –5-repetition sit to stand test –Kneeling push-up test –Shirado-Ito trunk flexor endurance test	La intervención resultó eficaz para reducir el dolor lumbar y de mano/muñeca en cuidadores de personas mayores, así como para aumentar el rendimiento muscular de las extremidades superiores.

Autor, año	Telerehabilitación			Control			Resultados Duración del programa de ejercicios/ medidas	Resumen de hallazgos
	Participantes(n); Años(y), media $\pm$ SD(rango); mujeres, n(%)	Intervención	Dosis	Participantes(n); Años(y), media $\pm$ SD(rango); mujeres, n(%)	Intervención	Dosis		
							12 semanas / Base-12 semanas	
Fanuscu et al., 2024 Turquía	n=21; 38.6 $\pm$ 11.2 (SR); 13(61.9%)	Ejercicios progresivos de control motor administrados en video con diario de ejercicios para manejar el control de los mismos ;antes de cada sesión deben ver los videos	- El ejercicio de control motor se realizó en decúbito supino, decúbito lateral, gateando, sentado y de pie, y se realizaron ejercicios de estiramiento para los extensores de cuello y cadera antes y después de cada sesión - 1º semana: activación aislada de los músculos transverso abdominal y multifido lumbar - Se incorporaron ejercicios que involucran la activación del transverso y el multifido con movimientos de las extremidades superiores e inferiores, y se inició el ejercicio de puente - Últimas semanas: se utilizaron bandas elásticas para aumentar la complejidad y la carga de los ejercicios	n=21; 40.7 $\pm$ 10.3 (SR); 14(66.6%)	Un fisioterapeuta con experiencia en salud espinal supervisó los ejercicios en la clínica.	-El ejercicio de control motor se realizó en decúbito supino, decúbito lateral, gateando, sentado y de pie, y se realizaron ejercicios de estiramiento para los extensores de cuello y cadera antes y después de cada sesión - 1º semana: activación aislada de los músculos transverso abdominal y multifido lumbar - Se incorporaron ejercicios que involucran la activación del transverso y el multifido con movimientos de las extremidades superiores e inferiores, y se inició el ejercicio de puente - Últimas semanas: se utilizaron bandas elásticas para aumentar la complejidad y la carga de los ejercicios	- EVA - ODI - PCS -Healthcare satisfaction questionnaire -Global perceived effects scale -Nottingham health profile -Cadence -Gait cycle -Speed -Step length -Step time -Flexion 12 semanas / Base – post-4 semanas – 12 semanas	Ambas modalidades son eficaces para reducir significativamente el dolor, la discapacidad y la catastrofización del dolor, así como para mejorar la calidad de vida y el rango de movimiento de la flexión lumbar.Los participantes de ambos grupos reportaron niveles similares de percepción de mejoría y satisfacción, lo que sugiere que los beneficios clínicos se tradujeron efectivamente en un mayor bienestar subjetivo
Karaduman et al., 2024 Turquía	n=22; 46.31 $\pm$ 12.34 (25-65); 13(59.1%)	Los participantes del grupo con supervisión remota realizaron el protocolo de ejercicios de estabilización en línea por	- 20-30 minutos por sesión -3 días/semana durante 4 semanas(12 sesiones) -Se instruyó a los participantes en la maniobra de contracción	n=22; 43.95 $\pm$ 17.06(21-67); 15(68.2%)	Los participantes del grupo sin supervisión realizaron el protocolo de ejercicios de estabilización; se les dió un folleto explicativo en en los	- 20-30 minutos por sesión -3 días/semana durante 4 semanas(12 sesiones)	-NPRS -ODI -TSK 4 semanas / Base – 4 semanas	Los ejercicios de estabilización supervisados a distancia alivian el dolor y mejoran la

Autor, año	Telerehabilitación			Control			Resultados Duración del programa de ejercicios/ medidas	Resumen de hallazgos
	Participantes(n); Años(y), media $\pm$ SD(rango); mujeres, n(%)	Intervención	Dosis	Participantes(n); Años(y), media $\pm$ SD(rango); mujeres, n(%)	Intervención	Dosis		
		videoconferencia bajo la guía de un fisioterapeuta	abdominal, que activa simultáneamente los músculos del core; se les pidió a los participantes que se tumbaran en posición de gancho, colocaran las manos sobre la parte superior de las crestas ilíacas y contrajeran los músculos abdominales hasta sentir una contracción bajo las manos; se les indicó que mantuvieran esta contracción durante 8 segundos, manteniendo un ciclo respiratorio normal sin inflar el abdomen -Los ejercicios progresaron de la posición supina a la de pie -Los criterios para la transición entre posiciones fueron mantener la contracción abdominal durante 8 segundos y completar 10 repeticiones de los ejercicios en la posición actual		que se encontraban los ejercicios; recibieron seguimiento por llamada telefónica al final de la semana 1, 2 y 3	-Se instruyó a los participantes en la maniobra de contracción abdominal, que activa simultáneamente los músculos del core; se les pidió a los participantes que se tumbaran en posición de gancho, colocaran las manos sobre la parte superior de las crestas ilíacas y contrajeran los músculos abdominales hasta sentir una contracción bajo las manos; se les indicó que mantuvieran esta contracción durante 8 segundos, manteniendo un ciclo respiratorio normal sin inflar el abdomen -Los ejercicios progresaron de la posición supina a la de pie --Los criterios para la transición entre posiciones fueron mantener la contracción abdominal durante 8 segundos y completar 10 repeticiones de los ejercicios en la posición actual		funcionalidad, los ejercicios supervisados en persona pueden ser más efectivos para mejorar la funcionalidad y reducir la kinesiofobia en pacientes con dolor lumbar crónico inespecífico.
Koppenaal et al., 2023 Países Bajos	n=104; 48.1 $\pm$ 15.1 (SR); 45(43.3%)	e-Exercise es una aplicación que contiene información de autogestión con vídeo, ejercicios con vídeo y un módulo de actividad física orientado a objetivo; pacientes divididos en función del perfil de riesgo	-Bajo riesgo: 3 semanas, información de automanejo, 3-4 ejercicios individualizados, recomendaciones de actividad física -Medio riesgo: 12 semanas, información para el automanejo (incluye tareas), 3-4 ejercicios individualizados y un programa de entrenamiento de	n=104; 47.3 $\pm$ 13.6 (SR); 57(54.8%)	Fisioterapia presencial; el contenido fue el mismo que el de la intervención de atención combinada estratificada (es decir, información, ejercicios y recomendaciones sobre actividad física); no se ofrecieron recomendaciones ni restricciones respecto al	-Bajo riesgo: información sobre la patología e instrucciones sobre las opciones de autogestión y la importancia de una actividad física adecuada; 2 sesiones -Medio riesgo: contenido similar al del perfil de bajo riesgo + el fisioterapeuta puede considerar la	-NPRS -ODI -PCS -FABQ 1 año / Base- 12 semanas- 1 año	La intervención de fisioterapia combinada estratificada e-Exercise para el LBP no es más eficaz para mejorar el funcionamiento físico ni más rentable desde una perspectiva social

Autor, año	Telerehabilitación			Control			Resultados Duración del programa de ejercicios/ medidas	Resumen de hallazgos
	Participantes(n);Años(y),media±SD(rango);mujeres,n(%)	Intervención	Dosis	Participantes(n);Años(y),media±SD(rango);mujeres,n(%)	Intervención	Dosis		
			11 semanas, 3 veces por semana, orientado a objetivos -Alto riesgo:12 semanas,información para el automanejo(incluye tareas, educación en el dolor y análisis de los factores psicosociales), 3-4 ejercicios individualizados y un programa de entrenamiento de 11 semanas, 3 veces por semana, orientado a objetivos, para mantener o mejorar el nivel de actividad física, utilizando un enfoque de actividad gradual		número de sesiones presenciales; se indicó a los fisioterapeutas que trataran a los pacientes sin usar aplicaciones web para garantizar la comparación entre los dos grupos	posibilidad de realizar intervenciones basadas en la evidenci; máximo 8 sesiones -Alto riesgo:contenido similar al del perfil de riesgo medio + el fisioterapeuta aborda los factores de riesgo psicosociales específicos de los pacientes utilizando un enfoque cognitivo-conductual + educación sobre el dolor;máximo 12 sesiones		o sanitaria en comparación con la fisioterapia presencial para pacientes con dolor lumbar crónico inespecífico.
Lopez-Marcos et al.,2024 España	n=45; 49.9 ± 10 (18 – 65); 40(89.3%)	Protocolo de automanejo: ejercicio terapéutico y registro en una App de móvil;los pacientes podían consultar la técnica de los ejercicios en un link privado que redirige a Youtube(a través de Healthy Back App); ambos grupos realizan los mismos ejercicios pero en este grupo no hay sesiones cara a cara	-3 ejercicios de calentamiento:movilización sentado, sentadilla y movilización en cuadrupedia de la columna -Ejercicios de McGill:side bridge, bird-dog y curl-up -3 veces /semana, 50 minutos / sesión	n=45; 52.2 ± 9.8 (18 – 65); 34(76.5%)	Sesión presencial de educación para la salud y ejercicio terapéutico quincenalmente, completando un total de seis sesiones presenciales a lo largo del proceso de intervención + uso de la app Healthy Back App	-Cada sesión tuvo una duración de 45 minutos y fue grupal con 6 participantes -Sesión 1: explicación de los ejercicios + biomecánica columna -Sesión 2:educación para la salud +revisión ejercicios + adaptaciones si molestias -Sesión 3: revisión sesion anterior + eduacion importancia suelo pélvico -Sesión 4:discusión sobre el dolor + revisión y personalización de los ejercicios -Sesión 5:revisión + lluvia de idea manejo de la patología en la AVD -Sesión 6:revisión + recomendaciones	NPRS ODI SF-12 FABQ PSQ-E 12 semanas/ Base – 4 semanas - 12 semanas	El uso de aplicaciones de mHealth como parte de iniciativas de salud digital puede ser un enfoque beneficioso para mejorar el manejo del dolor lumbar.
Ozden et al.,2022	n=25; 40.1 ± 1.6 (18 –	Telerehabilitación con ejercicios en videos través	- Incluye:ejercicios de estiramiento de la región lumbar y de las extremidades inferiores	n=25; 42.3 ± 1.6 (18 –	Programa de ejercicios prescritos para casa; se le explicó al paciente el primer	- Incluye::ejercicios de estiramiento de la región lumbar y de las extremidades	-EVA -ODI -TSK	El software de telerehabilitación basado en ejercicios

Autor, año	Telerehabilitación			Control			Resultados Duración del programa de ejercicios/ medidas	Resumen de hallazgos
	Participantes(n); Años(y), media $\pm$ SD(rango); mujeres, n(%)	Intervención	Dosis	Participantes(n); Años(y), media $\pm$ SD(rango); mujeres, n(%)	Intervención	Dosis		
Turquía	65);14(56%)	de aplicación(Fisioweb) una	(extensor lumbar, isquiotibiales, psoas mayor y piriforme), ejercicios de fortalecimiento de los músculos abdominales (transverso abdominal, oblicuo interno y externo del abdomen), músculos lumbares (erector lumbar de la columna),ejercicios de puente, movilidad de la columna (ejercicio de movimiento gato-camello), ejercicios de extensión de McKenzie y ejercicios de flexión de Williams - 1 vez/día durante 8 semanas, 1 serie por ejercicio de 10 repeticiones - Posibilidad de progresar en la dificultad de los ejercicios	65);16(64%)	dia, tambien se les dió una hoja con la explicación e imágenes de los ejercicios; el programa se modificó mínimamente según la sintomatología de los pacientes	inferiores (extensor lumbar, isquiotibiales, psoas mayor y piriforme), ejercicios de fortalecimiento de los músculos abdominales (transverso abdominal, oblicuo interno y externo del abdomen), músculos lumbares (erector lumbar de la columna),ejercicios de puente, movilidad de la columna (ejercicio de movimiento gato-camello), ejercicios de extensión de McKenzie y ejercicios de flexión de Williams - 1 vez/día durante 8 semanas, 1 serie por ejercicio de 10 repeticiones - Posibilidad de progresar en la dificultad de los ejercicios	-FTST -TUG -SF-36 -EARS 8 semanas /Base-8 semanas	de video afecta positivamente los parámetros clínicos y la adherencia a la rehabilitación en pacientes con dolor lumbar crónico.
Shebib et al., 2019 EEUU	n=113; 43 $\pm$ 11 (NR); SR(SR)	Programa de apoyo diario de 12 semanas para el dolor lumbar;los participantes recibieron una tableta con la aplicación instalada y dos sensores de movimiento portátiles Bluetooth con correas para colocar en la zona lumbar y el torso durante la terapia de ejercicios dentro de la aplicación;se les asignó un entrenador personal que les brindó apoyo y responsabilidad ilimitados durante todo el programa y se les asignó un equipo para	- 3 sesiones /semana - 1-2 articulos educativos / semana - registrar sus síntomas al menos 2 veces /semana -realizar terapia cognitivo conductual durante un conjunto de de semanas -3 actividades aeróbicas /semana	n=64; 43 $\pm$ 12 (NR); SR(SR)	El grupo de control recibió tres artículos educativos digitales	- Los artículos abordan la importancia del autocuidado, cómo afrontar los contratiempos del dolor lumbar y cómo gestionar la comunicación y las relaciones al vivir con dolor lumbar crónico	- EVA -ODI -KORFF PAIN -KORFF DISABILITY -SURGERY INTEREST -EVA impact on daily life score 12 semanas / Base – 12 semanas	El programa digital resultó en mejores resultados para el dolor lumbar en comparación con el tratamiento habitual y tiene el potencial de ampliar el tratamiento no invasivo personalizado basado en evidencia para pacientes con dolor lumbar crónico.

Autor, año	Telerehabilitación			Control			Resultados Duración del programa de ejercicios/ medidas	Resumen de hallazgos
	Participantes(n); Años(y), media $\pm$ SD(rango); mujeres, n(%)	Intervención	Dosis	Participantes(n); Años(y), media $\pm$ SD(rango); mujeres, n(%)	Intervención	Dosis		
		brindar apoyo mutuo a través de un foro de discusión dentro de la aplicación; toda la participación en la aplicación se realizó de forma remota, en horarios y lugares elegidos por el participante						
Shi et al., 2024 China	n=27; 39.11 $\pm$ 10.45 (18-60); 18(56%)	Plataforma HIRS para el manejo de la patología; contiene videos de los ejercicios, la aplicación se instaló antes de empezar en los teléfonos móviles de los participantes; antes de comenzar debían calibrar un sensor para realizar los ejercicios	-3 veces/semana/30 minutos por sesión -Ejercicios se realizan sin síntomas de forma lenta y suave; gradualmente se sube la intensidad -Estiramientos: lower trunks rotations, open book, piriformis stretch, prone elbows-poe, cat camel, child pose- prayer stretch -Ejercicios de fortalecimiento: bridge-bridging, straight leg raise, hip abduction-side lying, supine bicycle, bird dog, dead bug, plank, side plank -1 o 2 series para cada ejercicio de 10-15 repeticiones/ día	n=27; 38.231 $\pm$ 11.55 (18-60); 14(44%)	Los pacientes se sometieron a un régimen de ejercicios constante de 30 minutos cada dos días bajo la supervisión de los fisioterapeutas, con sesiones programadas tres veces por semana; los fisioterapeutas ofrecen consultas presenciales para resolver cualquier duda o inquietud que los pacientes puedan tener.	- El plan de ejercicios que siguieron los pacientes en cada grupo fue idéntico, a excepción del componente de telerehabilitación.	- NPRS - ODI - FABQ - SF-36 8 semanas / Base-2 semanas - 4 semanas - 8 semanas	Las intervenciones de telerehabilitación demuestran una eficacia terapéutica comparable para las personas con dolor lumbar crónico inespecífico en comparación con la fisioterapia convencional, con resultados comparables en la reducción del dolor y la mejora de las limitaciones funcionales.
Toelle et al., 2019 Alemania	n=48; 41 $\pm$ 10.6 (18-65); 35(72.9%)	Acceso a Kaia App(multiplataforma); contiene 3 módulos: educación, ejercicios y técnicas de relajación y mindfulness	-Más de 30 unidades educativas -Hasta 5 ejercicios adaptados para cada paciente y su estado físico -Contiene unidades de técnicas de respiración, escaneo corporal, visualización y relajación muscular progresiva	n=46; 43 $\pm$ 11(18-65); 31(67.49%)	Los pacientes recibieron seis sesiones individuales presenciales de fisioterapia estándar una vez por semana, que incluían ejercicios físicos adaptados a los síntomas y al nivel físico individual, además de terapia manual	-Duración mínima de 20 minutos -Se animó a los pacientes a llevar un estilo de vida activo y a realizar los ejercicios fisioterapéuticos en casa -En total cada paciente recibió 6 correos electrónicos	-NPRS -PCS -Hannover Functional Ability Questionnaire -Veterans RAND 12-Item Health Survey -Mental	Los resultados indican que la aplicación es un tratamiento eficaz en pacientes con dolor lumbar y es superior a la fisioterapia en combinación con la educación en línea.

Autor, año	Telerehabilitación			Control			Resultados Duración del programa de ejercicios/ medidas	Resumen de hallazgos
	Participantes(n); Años(y), media $\pm$ SD(rango); mujeres, n(%)	Intervención	Dosis	Participantes(n); Años(y), media $\pm$ SD(rango); mujeres, n(%)	Intervención	Dosis		
							component summary score — Graded Chronic Pain Scale 12 semanas/ Base — 6 semanas - 12 semanas	
Villatoro-Luquet al., 2023 A España	n=36; 42.4 $\pm$ 10.4 (18-65); 16(44.4%)	Los participantes de ambos grupos se sometieron a 16 sesiones de terapia durante ocho semanas (dos sesiones por semana); cada sesión consistió en seis ejercicios con un volumen de trabajo adaptado a las características individuales del paciente; los pacientes del grupo experimental seguían los ejercicios a través de videos	- La fisioterapia se realizó a un nivel que no excediera una intensidad de dolor de 3-4 EVA - Cada paciente recibió seis ejercicios semanales mediante videos instructivos en una plataforma (los mismos ejercicios que realizaba el grupo clínico) - Se les proporcionaron puntos clave que explican el dolor y consejos sobre neurofisiología del dolor, los participantes debían leer esta información antes de cada sesión. - Ejercicios: se basan en el fortalecimiento, activación y movilización de los principales músculos que intervienen en la estabilidad activa de la zona lumbar (erectores lumbosacros espinales, flexores de cadera y abdominales)	n=35; 44.4 $\pm$ 11 (18-65); 20(57.1%)	Los participantes del grupo clínico asisten a una clínica de fisioterapia dos veces por semana, con un intervalo mínimo de dos días entre cada sesión; durante la sesión, el fisioterapeuta instruyó a los pacientes sobre cada uno de los seis ejercicios a realizar.	- Dolor en EVA al realizar los ejercicios de 3-4 - Antes de comenzar los ejercicios se proporciona información sobre neurofisiología del dolor	EVA ODI PCS — Handheld dynamometer 12 semanas/ Base — 8 semanas - 12 semanas	El tratamiento móvil (videos) es tan eficaz como el clínico para mejorar la discapacidad, la catastrofización del dolor y el dolor y la fuerza de las estructuras de la cadera en pacientes con dolor lumbar inespecífico.

Autor, año	Telerehabilitación			Control			Resultados Duración del programa de ejercicios/ medidas	Resumen de hallazgos
	Participantes(n); Años(y), media $\pm$ SD(rango); mujeres, n(%)	Intervención	Dosis	Participantes(n); Años(y), media $\pm$ SD(rango); mujeres, n(%)	Intervención	Dosis		
Villatoro-Luque et al., 2023 B España	n=34; 41.85 $\pm$ 10.37 (18-65); 15(44.1%)	Ambos grupos completaron 16 sesiones terapéuticas durante 8 semanas, con dos sesiones semanales; cada sesión duró aproximadamente 30 minutos; los participantes recibieron instrucciones sobre cómo realizar los ejercicios por videoconferencia	- Los ejercicios se realizaron sin exceder el 3-4 en EVA - Cada paciente recibió seis ejercicios semanales mediante videos instructivos - Se proporcionaron a los sujetos puntos clave que explican el dolor y consejos sobre la neurofisiología del dolor, los sujetos debían leer esta información antes de cada sesión.	n=34; 44.29 $\pm$ 11.19 (18-65); 19(55.9%)	Los participantes acudieron a una clínica de fisioterapia dos veces por semana, con un intervalo mínimo de dos días entre sesiones de tratamiento; durante la sesión, un fisioterapeuta experimentado instruyó a los pacientes sobre cada uno de los seis ejercicios a realizar	- Cada ejercicio se realizó hasta alcanzar una intensidad de dolor de 3 a 4 en EVA - En la sesión previa a los ejercicios, el fisioterapeuta proporcionó información sobre la neurofisiología del dolor	- Pain in movements of lumbar spine (EVA) –Pain and range of motion (ROM) in the rocking backward test(EVA) –Pain and range of motion in the knee extended test(EVA) –Pain and range of motion in the double straight-leg raise test(EVA) - TSK 8 semanas / Base - 8 semanas	El programa de rehabilitación a través de una aplicación móvil es tan efectivo como el mismo programa de ejercicios supervisado en una clínica.

Exercise Adherence Rating Scale-**EARS**;Escala Visual Analógica-**EVA**; Fear Avoidance Beliefs Questionnaire -**FABQ**; Five Times Sit to Stand Test- **FTST**;Quality of life - 36-item short form -**SF-36**; Range Of Movement -**ROM**; Tampa Scale Of Kinesiophobia-**TSK**; Pain Catastrophizing Scale-**PCS**;Patient Satisfaction with Physical Therapy Questionnaire-**PSQ-E**; Oswestry Disability Index- **ODI**; Numeric Pain Rating Scale-**NPRS**; Timed Up and Go- **TUG**; Sin resultados-**SR**.