

**Raúl Royo Romera
Esteve Justicia Martinez
Gerard Clariana Aragonés
Alvaro Ruano Miranda**

**EFICÀCIA DEL KINESIOTAPE COMBINAT AMB INTERVENCIONS
FISIOTERAPÈUTIQUES EN LA DISMINUCIÓ DEL DOLOR EN DOLOR LUMBAR:
UNA REVISIÓ SISTEMÀTICA**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per Marta Pastor Cazalla

Grau de Fisioteràpia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

**Reus
2026**



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

FACULTAT DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA SALUT

Vistiplau pel lliurament i defensa del Treball de Fi de Grau de Fisioteràpia

En/na Marta Pastor Cazalla.....en la
seva tasca com a tutor, considera que

EL TREBALL PRÀCTIC ANOMENAT:

EFICÀCIA DEL KINESIOTAPE COMBINAT AMB
INTERVENCIÓ FISIOTERAPÈUTIQUES EN LA
DISMINUCIÓ DEL DOLOR EN DOLOR LUMBAR: UNA
REVISIÓ SISTEMÀTICA

REALITZAT PER:

Raúl Royo Romera

Esteve Justicia Martinez

Gerard Clariana Aragonés

Alvaro Ruano Miranda



ÉS ADEQUAT I, EN CONSEQÜÈNCIA, EN RECOMANA LA DEFENSA

Signatura tutor/ data

MARTA
PASTOR
CAZALLA -
DNI
47938236A

Signat digitalment
per MARTA
PASTOR CAZALLA
- DNI 47938236A
Data: 2026.05.06
17:24:47 +02'00'

RESUM

El dolor lumbar és una de les principals causes de discapacitat física a escala mundial. La seva aparició comporta alteracions físiques, socials, psicològiques i fins i tot econòmiques. L'evidència confirma que la fisioteràpia és l'eina més eficaç per al tractament de la simptomatologia, però actualment no hi ha estudis amb evidència significativa que demostrin quin tractament és el més efectiu. Per això, l'objectiu d'aquesta revisió sistemàtica és avaluar l'eficàcia del kinesiotape com a teràpia complementària dins dels diferents mètodes fisioterapèutics en el tractament del dolor lumbar per determinar si la seva aplicació contribueix a reduir la intensitat del dolor.

La revisió bibliogràfica segueix les indicacions PRISMA i la cerca es realitza en les següents bases de dades: Pubmed (Medline) i PEDro. Els estudis escollits han seguit els criteris PICO: pacients majors d'edat i amb dolor a la regió lumbar; i s'han exclòs participants amb pluripatologies i persones amb operacions quirúrgiques a la zona lumbar. En total s'han inclòs 8 estudis en la revisió, tots els estudis han tractat pacients adults amb dolor lumbar. Els efectes beneficiosos són similars entre els grups control i intervenció: dolor, equilibri, mobilitat, control motor i discapacitat. No obstant, els efectes beneficiosos són majors per al grup intervenció.

Els programes de fisioteràpia que inclouen l'ús del kinesiotape poden ser una eina terapèutica econòmica utilitzada en Fisioteràpia com un instrument eficaç en el tractament del dolor lumbar. A més, té una capacitat superior per augmentar la mobilitat i millorar la qualitat de vida. Es necessiten estudis amb temps d'estudi més llargs.

PARAULES CLAU

Dolor a la regió lumbar, fisioteràpia, Kinesiotape, revisió sistemàtica.

ABSTRACT

Low back pain is one of the leading causes of physical disability worldwide. Its onset entails physical, social, psychological, and even economic changes. Evidence confirms that physical therapy is the most effective tool for treating the symptoms, but currently there are no studies with significant evidence demonstrating which treatment is the most effective. Therefore, the objective of this systematic review is to evaluate the efficacy of kinesiotape as a complementary therapy within the various physiotherapy methods for the treatment of low back pain, in order to determine whether its application contributes to reducing pain intensity.

The literature review follows PRISMA guidelines, and the search was conducted in the following databases: PubMed (Medline) and PEDro. The selected studies followed the PICO criteria: adult patients with low back pain, but patients with comorbidities or/and surgical procedures in the lumbar region were excluded. In total, eight studies were included in the review, all of which treated adult patients with low back pain. The beneficial effects are similar between the control and intervention groups: pain, balance, mobility, motor control, and disability. However, the beneficial effects are greater for the intervention group.

Physical therapy programs that include the use of kinesiotape can be a cost-effective therapeutic tool used in physical therapy as an effective instrument in the treatment of low back pain. Furthermore, it has a superior ability to increase mobility and improve quality of life. Studies with longer follow-up periods are needed.

KEYWORDS

Low back pain, physical therapy, Kinesiotape, systematic review.

1. INTRODUCCIÓ

El dolor lumbar és una de les principals causes de discapacitat a escala mundial i actualment afecta a un total de 619 milions de persones adultes en tot el mon.¹ El seu impacte no només és físic, sinó també social, psicològic i econòmic, ja que limita la capacitat funcional i redueix la qualitat de vida.² Les persones amb aquesta patologia pateixen alteracions en el seu àmbit social degut a que el dolor limita la seva capacitat per realitzar algunes activitats de la vida diària fent així que tinguin menys interaccions socials, cosa que també afecta directament a l'estat psicològic dels pacients que també es mostra directament afectat pel propi fet de patir un dolor constant que no desapareix.² Aquesta patologia també presenta una gran càrrega econòmica a nivell mundial ja que s'estima que el dolor lumbar provoca un cost d'entre 3,4 i 3,6 bilions d'USD anuals a la població,¹ per tant també es destaca com a un problema econòmic a combatre dins l'àmbit de la salut.

El tractament de primera elecció en el dolor lumbar és la fisioteràpia i sempre és preferencial abans de fer un primer ús de fàrmacs i/o la cirurgia,³ encara que aquests queden reservats per a casos on són considerats necessaris. En l'àmbit de la fisioteràpia, s'han desenvolupat múltiples estratègies terapèutiques per abordar aquesta problemàtica, les quals són l'exercici terapèutic, la teràpia manual i l'electroteràpia entre d'altres. Mentre que els tractaments farmacològics associats més comuns són els AINEs i els relaxants musculars, encara que hi ha diferents tractaments d'elecció segons el tipus de pacient i de dolor.³

D'altra banda, el kinesiotape és un tipus d'embenat terapèutic que consisteix en l'assistència, contenció i potenciació de les estructures musculoesquelètiques per mitjà de l'aplicació de l'embenat sobre la pell, aquest embenat es disposa seguint un concepte funcional de l'articulació o múscul/s de manera que no es vegi afectada la funció i que a de més l'assisteixi.⁴ L'embenat es pot fer servir en casos de rehabilitació del dolor, del moviment, de l'esport, etc.

En els darrers anys ha augmentat de manera notable l'interès per les intervencions no farmacològiques en el tractament del dolor lumbar, especialment aquelles que poden complementar els programes de fisioteràpia sense incrementar el risc d'efectes adversos. Aquest canvi de tendència respon a la necessitat d'oferir alternatives terapèutiques segures, accessibles i basades en l'evidència, en un context on la cronificació del dolor lumbar i l'ús excessiu de fàrmacs continuen essent problemes de salut pública.³ Paral·lelament, les guies

clíniques internacionals han reforçat la importància de les intervencions actives i educatives, i han recomanat limitar l'ús de tractaments passius o farmacològics quan no són estrictament necessaris.⁴ En aquest escenari, el kinesiotape ha emergit com una eina terapèutica d'interès creixent, ja que ofereix una aplicació senzilla, un cost reduït i una bona acceptació per part dels pacients.⁵

Juntament amb totes les tècniques de fisioteràpia ja esmentades, la teràpia combinada amb kinesiotape podria ser efectiva per millorar el rang de moviment, reduir el dolor i millorar la qualitat de vida de pacients que es veuen afectades pel dolor lumbar; per aquests motius plantejem si l'ús del kinesiotape pot formar part d'aquests programes de rehabilitació.

1.1. OBJECTIUS

1.1.1. Objectiu General

Avaluar l'eficàcia del kinesiotape com a teràpia complementària dins dels diferents mètodes fisioterapèutics en el tractament del dolor lumbar per determinar si la seva aplicació contribueix a reduir la intensitat del dolor.

1.1.2. Objectius específics

Analitzar si la combinació de kinesiotape i fisioteràpia millora la funció lumbar en comparació amb altres intervencions.

Comparar els resultats clínics entre tractaments que inclouen kinesiotape i aquells que no l'incorporen.

Identificar quins efectes addicionals apareixen després de l'aplicació del kinesiotape (mobilitat, control motor, mecanosensibilitat, variables psicològiques, etc.).

Determinar quines modalitats fisioterapèutiques mostren millors resultats quan s'utilitza el kinesiotape com a teràpia combinada.

2. METODOLOGIA

2.1. DISSENY DE L'ESTUDI

S'ha realitzat una revisió sistemàtica de la literatura científica seguint les recomanacions de la guia PRISMA 2020,⁶ amb l'objectiu d'identificar, analitzar i sintetitzar l'evidència disponible sobre l'eficàcia del kinesiotape combinat amb diferents teràpies fisioterapèutiques en el tractament del dolor lumbar. Per tal d'orientar adequadament la formulació de la pregunta de recerca i definir els criteris d'elegibilitat, s'han utilitzat els criteris PICOS (P problema; I intervenció; C intervenció de comparació; O resultats; S estudis).

2.2. PROTOCOL I REGISTRE

Aquesta revisió bibliogràfica no està registrada en cap plataforma, ja que correspon al Treball de Fi de Grau de Fisioteràpia de la Universitat Rovira i Virgili del curs acadèmic 2025-26. S'ha comprovat a la base de dades de revisions sistemàtiques PROSPERO⁷ que no existeix cap estudi similar, utilitzant la cerca "*Kinesio Tape AND Low Back Pain*". Amb aquesta cerca apareixien tots els estudis relacionats amb el kinesiotape i el dolor lumbar, i es va confirmar que no hi havia cap treball igual.

2.3. CRITERIS D'ELEGIBILITAT

Els criteris d'elegibilitat establerts per a aquesta revisió inclouen estudis en què la població presenti dolor lumbar, independentment de la seva etiologia específica. Pel que fa a la intervenció, s'han considerat aquells estudis que apliquen kinesiotape combinat amb diferents teràpies fisioterapèutiques. En relació amb la comparació, s'han inclòs estudis que utilitzen diverses alternatives, com ara la fisioteràpia sense l'ús de kinesiotape, l'aplicació de kinesiotape de manera aïllada, intervencions placebo o bé l'absència d'intervenció. Els resultats principals analitzats inclouen la reducció del dolor lumbar, la millora de la funció, la disminució de la discapacitat i l'augment de la mobilitat lumbar. Finalment, pel que fa al disseny dels estudis, només s'han inclòs assajos clínics.

2.4. BASE DE DADES

Per garantir una cerca exhaustiva i rigorosa de l'evidència científica disponible, es van utilitzar dues bases de dades principals —PubMed i PEDro— seleccionades per la seva rellevància en l'àmbit de la fisioteràpia i la recerca clínica.

Consultades per últim cop: 25/02/2026

2.5. ESTRATEGIA DE CERCA

Per elaborar l'estratègia de cerca a PubMed es van utilitzar termes MeSH i paraules clau relacionades amb la intervenció i la condició clínica. També es van aplicar diferents combinacions de paraules clau mitjançant operadors booleans (AND, OR) per ampliar o restringir la cerca segons fos necessari i assegurar la recuperació del màxim nombre d'estudis rellevants. Aquesta combinació d'elements va permetre construir una cerca precisa, estructurada i adaptada als criteris PICOS de la revisió.

A l'hora de realitzar la cerca es van aplicar diversos filtres específics seleccionats per realitzar una cerca més acotada i encertada, els filtres que van ser seleccionats son: "*clinical trial*", realitzats en humans, publicats en els idiomes: anglès i castellà i publicats en els últims cinc anys.

Cerca 1

("kinesio taping" OR kinesiotape) AND ("low back pain") AND ("physical therapy" OR "exercise therapy" OR "manual therapy" OR "electro therapy")

Cerca 2:

"Athletic Tape"[Mesh] AND "Low Back Pain"[Mesh]

Cerca 3:

"Athletic Tape"[Mesh] AND "Pain"[Mesh] OR "Electrotherapy"[Mesh] AND "Exercise"[Mesh]

Cerca 4:

((("Athletic Tape"[Mesh]) AND "Low Back Pain"[Mesh]) AND "Musculoskeletal Manipulations"[Mesh])

Per elaborar l'estratègia de cerca a PEDro es van utilitzar paraules clau relacionades amb la intervenció i la regió anatòmica d'interès, introduïdes als camps *Abstract & Title* i *Body Part*. També es van aplicar filtres específics de la plataforma, com la subdisciplina musculoesquelètica, el disseny d'estudi clínic i el límit temporal a partir de l'any 2021. A més, es va utilitzar l'operador booleà AND per assegurar que tots els termes introduïts coincidissin en els resultats. Aquesta combinació de criteris va permetre obtenir una cerca precisa, estructurada i coherent amb els requisits metodològics de la revisió on ens van sortir tres cerques:

	Cerca 1	Cerca 2	Cerca 3
Paraules clau en Abstract & Title	Kinesio taping	Athletic tape	Kinesio tape
Part del cos	Lumbar spine, sacro-iliac joint o pelvis	Lumbar spine, sacro-iliac joint o pelvis	Lumbar spine, sacro-iliac joint o pelvis
Subdisciplina	Musculoskeletal	Musculoskeletal	Musculoskeletal
Mètode	Clinical trial	Clinical trial	Clinical trial
Publicats des de	2021	2021	2021
Operador booleà	Match all search terms (AND)	Match all search terms (AND)	Match all search terms (AND)
Nombre de registres per pàgina	20	20	20

Taula 1. Estratègia de cerca a PEDro

2.6 PROCÉS DE SELECCIÓ DELS ESTUDIS

En els criteris d'inclusió es van incloure tots els estudis que complien els criteris d'eligibilitat.

Els criteris d'exclusió van incloure tots aquells estudis que no tractaven el dolor lumbar, que no utilitzaven kinesiotape o que l'aplicaven de manera aïllada sense combinar-lo amb cap altra teràpia fisioterapèutica. També es van excloure investigacions centrades en patologies d'esquena no relacionades amb lumbar, estudis amb una població no adequada segons els objectius de la revisió, treballs que utilitzaven escales no vàlides o que no aportaven resultats clínics rellevants. Finalment, es van descartar els estudis que presentaven una qualitat metodològica insuficient segons els criteris establerts.

El procés de selecció dels estudis es duu a terme per part de dos autors de manera independent aplicant els criteris d'inclusió i exclusió definits. Qualsevol desacord es va resoldre mitjançant consens. Es va dur a terme de la següent manera: 1 - selecció o eliminació en funció del títol; 2 - si el títol té relació amb el tema escollit es llegeix el resum; 3 - els estudis que superaven el cribatge inicial van ser analitzats en text complet per determinar-ne l'elegibilitat final.

2.7. ANÀLISI DE LES DADES

Es va utilitzar l'escala PEDro⁸ per efectuar l'avaluació de la qualitat metodològica i el risc de biaix dels articles seleccionats. Aquesta eina permet determinar si un assaig clínic està ben dissenyat i, en conseqüència, si els seus resultats poden considerar-se fiables.

L'escala consta d'onze ítems, els ítems 2 a l'11 es puntuen (1 punt si es compleix, 0 si no), generant un total de 0 a 10 punts (l'ítem 1 fa referència a validesa externa i no puntua). Puntuacions més altes suggereixen una millor qualitat metodològica i menor risc de biaix. (Veure Annex 1)

Dos revisors van participar en aquest procés i van realitzar l'avaluació de manera independent. En cas de discrepàncies en la puntuació o la interpretació dels criteris, aquestes es van resoldre mitjançant discussió fins a arribar a un consens.

3. RESULTATS

3.1. RESULTATS DE LA CERCA

El procés de cerca i selecció dels estudis es mostra a la Figura 1. La cerca bibliogràfica es va dur a terme en les bases de dades establertes, seguint estrictament la metodologia descrita en l'apartat anterior.

En total, es van identificar 54 articles potencialment rellevants. Després d'una primera revisió del títol i el resum, es van excloure 32 estudis per no estar relacionats amb l'objecte de la revisió. Això va deixar 22 articles per a una lectura més detallada.

Posteriorment, es van eliminar els duplicats, obtenint-se un total de 8 estudis únics.

Finalment, 8 articles van complir tots els criteris d'inclusió i van ser incorporats a la revisió sistemàtica.

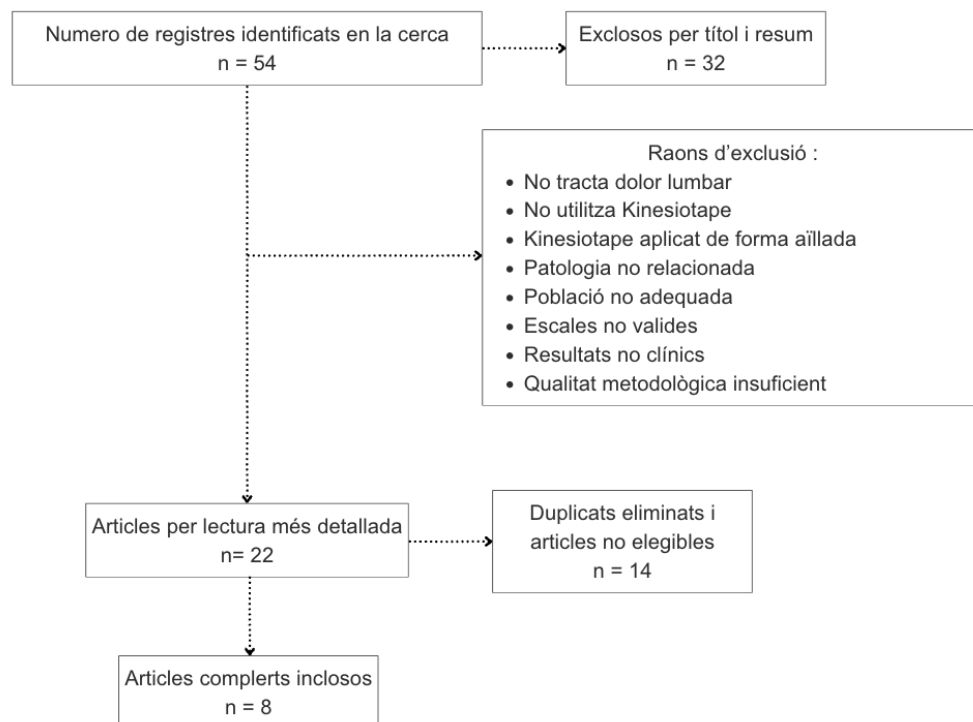


Figura 1. Diagrama de flux de l'estratègia de cerca i selecció d'articles per a l'anàlisi

3.2. CARACTERÍSTIQUES DELS ESTUDIS

Estudi	Participants	Intervenció	Grup control	Mesures	Conclusions
Blanco-Giménez et al., 2024 ⁹	80 participants valorats; 55 inclosos inicialment i 48 que van completar l'estudi. Adults de 18 a 65 anys amb dolor lumbar i discapacitat lleu (ODI $\leq$ 20%).	Tots els participants realitzen 12 setmanes d'exercicis de core i control motor. El grup EX només fa exercicis; l'EX+MT afegeix teràpia manual; i l'EX+KT incorpora kinesiotaping abans de cada sessió.	Sí. El grup EX (només exercicis) actua com a grup control comparat amb EX+MT i EX+KT.	Dolor: Escala Visual Analògica (VAS). Activitat muscular: electromiografia de superfície (sEMG) del recte abdominal i multifids (valors mitjans, pics i ràtios). Variables antropomètriques (pes, alçada). Registre d'assistència i adherència.	Els tres grups van reduir significativament el dolor. Afegir KT o MT no va aportar millores clíniques rellevants respecte als exercicis sols. Ni el KT ni la MT van modificar l'activitat muscular (sEMG). L'exercici és el principal responsable de la millora, i el canvi en el dolor no s'associa necessàriament a canvis en l'activació muscular.
Pakir Mohamedet al., 2022 ¹⁰	103 participants valorats; 60 inclosos. Adults homes de 20 a 60 anys amb dolor lumbar (> 12 setmanes) localitzat entre la dotzena costella i la cresta ilíaca.	Tots els participants fan 6 setmanes (12 sessions) de hot pack + TENS + exercicis supervisats. El grup CPT rep TENS + exercici, i el grup KT+CPT rep kinesiotape + TENS + exercici."	Sí. El grup CPT (sense kinesiotape) actua com a grup control comparat amb el KT + CPT	Dolor: Numeric pain rating scale Rang de moviment: Modified Schober's test Inestabilitat: Oswestry Disability Index Registre de dades al principi del tractament, a les dos setmanes i al final del tractament (sis setmanes)	Ambdós grups van reduir el dolor en 6 setmanes. Afegir KT als exercicis va aportar millores clíniques rellevants. El grup KT+CPT va mostrar més reducció del dolor i més augment del ROM que el grup CPT.
Aguilar-Ferrándiz et al., 2022 ¹¹	62 participants valorats; 58 inclosos. Adults de 25 a 65 anys amb dolor lumbar crònic no específic ($\geq$ 12 setmanes) i RMDQ $\geq$ 4. Exclusió: estenosi lumbar, radiculopatia, spondilolistesi, fibromiàlgia, cirurgia lumbar prèvia, corticoides recents o patologia neurològica.	Tots els participants fan 4 setmanes (12 sessions) d'exercicis lumbopèlvics. El grup KT+Ex rep kinesiotape inhibitori + tècnica d'estrella, aplicat 3 cops/setmana i simultani als exercicis. El grup TENS+Ex rep TENS (30–50 Hz, 200 μ s, 4 elèctrodes) durant 40 min, 3 cops/setmana, també simultani als exercicis.	Sí. El grup KT + exercici i el grup TENS + exercici actuen com a comparadors actius. No hi ha un grup placebo, però KT i TENS es comparen entre si mantenint els exercicis constants.	Mesura principal: RMDQ. Mesures secundàries: ODI, NPRS, TSK, Beck d'ansietat i depressió, PSQI, SLR/Slump (mecanosenibilitat) i PPT amb algometria. Mesures preses abans del tractament i després de 4 setmanes.	Ambdós grups (KT+ex i TENS+ex) van millorar en dolor, discapacitat, ansietat, depressió, qualitat del son, mecanosenibilitat i PPT. El grup TENS+ex va reduir més el dolor que el grup KT. No hi va haver diferències en discapacitat ni kinesiofobia. L'exercici supervisat és clau, però la combinació amb TENS és més efectiva pel dolor
Llamas-Ramos et al., 2022 ¹²	57 participants valorats; 28 inclosos (27 dones, 1 home). Edats entre 18 i 67 anys amb diagnòstic de dolor lumbar	Tots els participants reben teràpia manual durant 3 setmanes (6 sessions) amb revisió al mes. El grup KT rep	Sí. El grup FKT (fals kinesiotape) actua com a control placebo comparat amb el grup KT.	Dolor: EVA. Mobilitat lumbar: flexió, extensió, inclinació i rotació (CROM). Funció: ODI. Mesures en pre-test,	KT i FKT amb fisioteràpia manual redueixen el dolor, augmenten la mobilitat i milloren la funció des de la

	crònic. Exclusió: traumatisme, hèrnia/protrusió, tractament farmacològic actiu, processos neurològics.	kinesiotape real en 'H' al final de cada sessió; el grup FKT rep cinta placebo amb la mateixa aplicació.		post-test 1 (sessió 2), post-test 2 (sessió 6) i post-test 3 (1 mes).	primera setmana. El grup KT mostra millores superiors en ODI, flexió i extensió. A 1 mes, els efectes disminueixen però es mantenen parcialment. KT és un complement útil, tot i que calen més estudis.
Vicente-Mampel et al., 2025 ¹³	48 participants inclosos. Distribució: ET 17, ET+MT 16, ET+KT 15. Edat mitjana 45,38 ± 15,11; 43,75% homes i 56,25% dones. Inclusió: ODI < 20%, dolor lumbar crònic no específic. Tots els participants van signar consentiment informat.	Tots els participants fan 12 setmanes (24 sessions) d'exercicis de core i estabilització. Grup ET: exercicis (3 sèries; dinàmics 10 reps; estàtics 30 s; pauses 30 s). Grup ET+MT: manipulació HVLA (L3–S1) 5 min abans de cada sessió. Grup ET+KT: kinesiotape lumbar en Y (15–25% tensió) al començament de cada sessió, retirat al final.	El grup ET (exercici sol) actua com a comparador principal respecte als grups ET + MT i ET + KT.	Mesures principals: Dolor: VAS Discapacitat: ODI Mesures psicològiques: TSK: kinesiofobia PCS: catastrofisme SE: autoeficàcia en dolor lumbar Moments de mesura: Basal 3 setmanes 6 setmanes 12 setmanes	Tots els grups (ET, ET+MT, ET+KT) van reduir dolor i discapacitat. El catastrofisme només va influir el dolor en ET+KT. TSK i PCS van augmentar la discapacitat globalment. L'autoeficàcia va ser clau: en ET i ET+MT, menor SE = més discapacitat; en ET+KT, la discapacitat es va mantenir estable. El KT podria tenir un efecte protector psicològic.
Stefan Schmidt et al., 2021 ¹⁴	110 participants inclosos (18–80 anys). Inclusió: dolor > 12 setmanes, VAS ≥ 4, comprensió de l'alemany. Exclusió: neuropaties, hèrnia, fractures, estenosi, infecció, tumor, cirurgia lumbar prèvia, al·lèrgia al tape, embaràs, trastorns psiquiàtrics greus, addiccions o participació en altres assaigs clínics.	Tots els participants realitzen un programa de 3 setmanes. El grup KT rep 3 sessions (1/setmana) que inclouen correcció de diferència de cames, teràpia manual i aplicació de kinesiotape, mantenint el tape fins al despeniment. El grup control rep educació mitjançant un manual de 100 pàgines i fisioteràpia estàndard (6 sessions de 20 minuts al llarg de les 3 setmanes).	Sí. El grup de fisioteràpia + educació actua com a control actiu comparat amb Kinesiotaping.	Mesures principals: VAS, ODQ i CPGS. Mesures secundàries: qualitat de vida (PLC), mobilitat lumbar (FTF, Schober) i diferència de longitud de cames (LLD). Moments de mesura: basal (t1), final del tractament a 4 setmanes (t2) i seguiment a 3 mesos (t3).	Kinesiotape i teràpia manual van produir millores moderades-grans en dolor i discapacitat. No hi va haver diferències entre grups en VAS, ODQ ni CPGS. El grup Kinesiotape va mostrar millor qualitat de vida. Kinesiotape és tan efectiu com el tractament estàndard, amb possible avantatge en qualitat de vida, i és una alternativa terapèutica
Aliaa M. Elabd et al., 2024 ¹⁵	82 participants valorats; 50 inclosos (23 homes, 27 dones) amb dolor lumbar mecànic. Inclusió: 20–40 anys, dolor > 3 mesos, ODI > 40%, estudiants o treballadors d'oficina.	Tots els participants realitzen un programa de 8 setmanes. El grup A fa exercicis progressius d'estabilització lumbar (LSE) organitzats en 3 fases. El grup B segueix el mateix programa d'exercicis i, a més, rep kinesiotape aplicat	Si, el grup A (LSE) no va fer servir kinesiotape.	Dolor: VAS Funcionalitat: Owestry Disability Index (ODI) Resistència: Biering-Sorensen test	Els 2 grups van mostrar millores respecte al dolor i el rang de moviment, però el grup B que portava kinesiotape va obtenir millores significatives respecte del grup A (control) que no el portava.

	Exclusió: patologia espinal definida o tractaments previs de fisioteràpia.	en Y sobre els erectores lumbar baixos, complementat amb una aplicació en forma d'asterisc lumbar.			
Jung K-S et al., 2021 ¹⁶	46 inclosos(18–65 anys; 27 homes, 19 dones). Inclusió: VAS ≥ 3 , capacitat de mantenir-se dret ≥ 30 s, comprensió d'instruccions. Exclusió: radiculopatia, fractura o cirurgia lumbar, malalties neurològiques, tractament físic < 8 setmanes o corticoides < 2 setmanes.	Tots els participants realitzen un programa de 8 setmanes amb 5 sessions per setmana (40 min cadascuna). El grup CSE fa exercicis de core, co-contracció, tasques funcionals i treball en superfícies inestables, organitzats en una progressió de 4 fases. El grup CSET segueix el mateix programa d'exercicis i, a més, rep kinesiotope..	Sí. El grup CSE (exercicis sols) actua com a control actiu comparat amb el grup CSET (exercicis + KT).	Mesura principal: Dolor: VAS Mesures secundàries: Endurança del tronc: Test de Biering–Sorensen Equilibri postural: Force plate (longitud total del sway) Moments de mesura basal: Post-intervenció (1 dia després de l'última sessió)	Tots dos grups van millorar en dolor, endurança i equilibri. El grup CSET (exercicis + KT) va obtenir reduccions de dolor més grans i millor equilibri. No hi va haver diferències en endurança (Biering–Sorensen). El KT pot potenciar els exercicis via estímuls propioceptius i millora del control postural. KT + exercicis pot ser més efectiu per reduir dolor i millorar l'equilibri en LBP.
Abreviatures: EX / ET: <i>Exercise Therapy</i> (exercici terapèutic); MT: <i>Manual Therapy</i> (teràpia manual); KT: <i>Kinesiotaping</i> ; FKT: <i>Fake Kinesiotape</i> (kinesiotape placebo); CPT: <i>Conventional Physical Therapy</i> (fisioteràpia convencional); TENS: <i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation</i> ; LBP: <i>Low Back Pain</i> (dolor lumbar); CSE: <i>Core Stability Exercises</i> (exercicis d'estabilitat del core); CSET: <i>Core Stability Exercises + Kinesiotaping</i> ; LSE: <i>Lumbar Stabilization Exercises</i> (exercicis d'estabilització lumbar); VAS / EVA: <i>Visual Analogue Scale</i> ; NPRS: <i>Numeric Pain Rating Scale</i> ; ODI: <i>Oswestry Disability Index</i> ; ODQ: <i>Oswestry Disability Questionnaire</i> ; RMDQ: <i>Roland–Morris Disability Questionnaire</i> ; TSK: <i>Tampa Scale of Kinesiophobia</i> ; PCS: <i>Pain Catastrophizing Scale</i> ; SE: <i>Self-Efficacy</i> ; PSQI: <i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i> ; sEMG: <i>surface Electromyography</i> ; PPT: <i>Pressure Pain Threshold</i> ; ROM: <i>Range of Motion</i> ; CROM: <i>Controlled Range of Motion</i> ; SLR: <i>Straight Leg Raise</i> ; LLD: <i>Leg Length Discrepancy</i> ; FTF: <i>Finger-to-Floor test</i> ; CPGS: <i>Chronic Pain Grade Scale</i> .					

Taula 2. Característiques dels estudis

3.3. RESULTATS DE LA QUALITAT METODOLÒGICA DELS ESTUDIS

L'avaluació amb l'escala PEDro⁸ mostra que tots els estudis presenten una qualitat metodològica moderada-alta, amb puntuacions homogènies de 8/10. En general, els assaigs compleixen els criteris essencials de validesa interna, com la randomització, la comparabilitat inicial dels grups, el seguiment adequat i l'ús d'un anàlisi estadístic apropiat.

Les principals limitacions apareixen en els ítems relacionats amb el cegament, especialment de participants i terapeutes, un aspecte difícil d'aconseguir en intervencions físiques com el kinesiotape, la teràpia manual o l'exercici. Tot i això, la majoria d'estudis sí que aconsegueixen el cegament dels avaluadors, reduint el risc de biaix de detecció.

Els resultats indiquen que els estudis són metodològicament sòlids i que el risc de biaix és globalment baix, fet que dona consistència i fiabilitat a les conclusions sobre l'eficàcia de les intervencions analitzades.

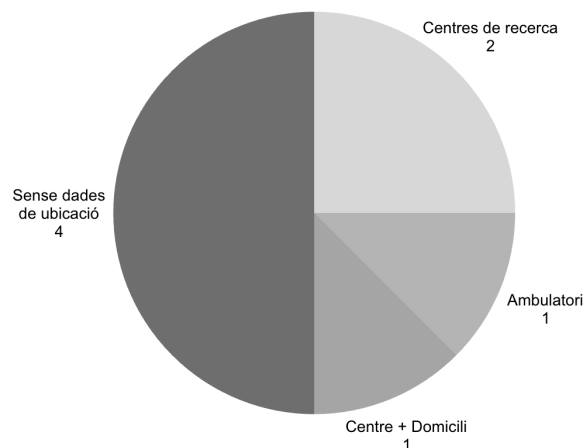
Estudi	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Total
Blanco-Giménez et al., 2024	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	8/10
Pakkir Mohamed et al., 2022	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	8/10
Aguilar-Ferrándiz et al., 2022	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	8/10
Llamas-Ramos et al., 2022	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	8/10
Vicente-Mampel et al., 2025	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	8/10
Stefan Schmidt et al., 2021	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	8/10
Aliaa M Elabd et al., 2024	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	8/10
Jung K-S et al., 2021	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	8/10

Taula 3. Qualitat metodològica dels estudis

3.4. DESCRIPCIÓ DELS RESULTATS DELS ESTUDIS INCLOSOS

3.4.1. Característiques del programa

Ubicació: quatre dels vuit estudis indiquen de manera clara el lloc on es realitza la intervenció. Dos d'ells situen les sessions en instal·lacions universitàries o centres de recerca amb espais equipats per a exercici supervisat.^{9, 13} Un altre estudi desenvolupa el programa en un centre de fisioteràpia ambulatori,¹² mentre que un quart combina sessions inicials en un centre clínic amb treball domiciliari en programes intensius.¹⁶ La resta d'articles no especifiquen l'entorn concret, tot i que descriuen intervencions supervisades per fisioterapeutes o instructors qualificats.



Gràfic 1: Ubicació dels programes dels estudis

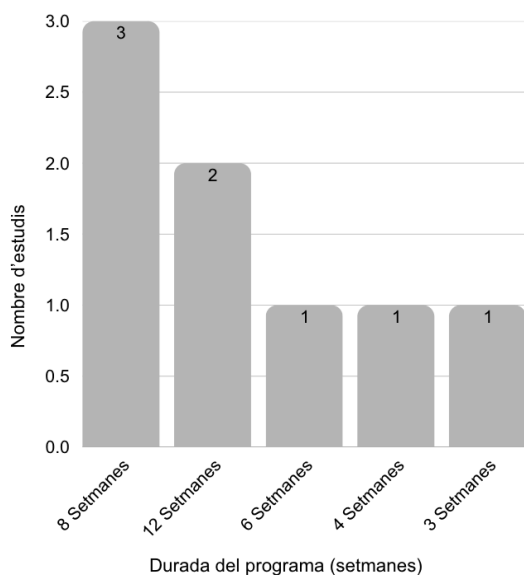
Supervisió: en tots els programes dels articles, les intervencions estaven supervisades almenys per un professional qualificat. En set dels vuit estudis, la supervisió va ser realitzada directament per almenys un fisioterapeuta.^{9, 10, 11, 12, 14, 15, 16} Aquests programes incloïen sessions guiades, correcció de la tècnica i aplicació del kinesiotape per part del professional, assegurant una execució segura i estandarditzada.

En un estudi,¹³ la supervisió va ser compartida, les sessions eren supervisades per fisioterapeutes, però també es comptava amb suport puntual d'instructors formats en exercici terapèutic.

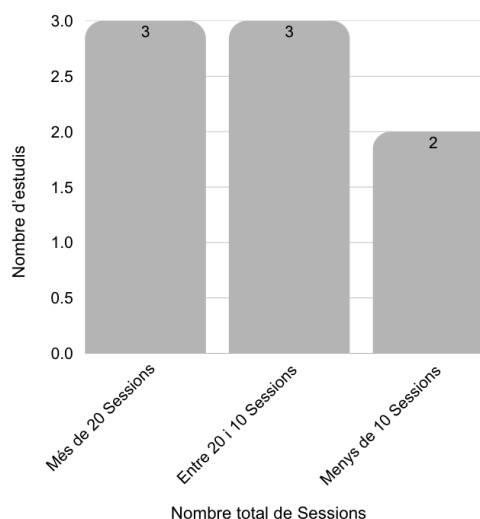
Durada i freqüència: la durada més freqüent és de 8 setmanes, present en 3 estudis.^{12, 15, 16} En segon lloc, dos estudis utilitzen programes de 12 setmanes, habituals en protocols d'exercici progressiu.^{9, 12} També es troben programes més curts, com els de 4 setmanes i 6 setmanes,^{11, 10} i un programa més breu de 3 setmanes.¹⁴

Traslladant la durada en setmanes al nombre total de sessions, la proporció més repetida és la de 24 sessions, present en els programes de 12 setmanes amb 2 sessions setmanals.^{9, 13} En els programes de 8 setmanes, la freqüència oscil·la entre 16 sessions^{12, 15} i fins a 40 sessions en el cas d'un protocol¹⁶ que realitza 5 sessions setmanals.

Pel que fa als programes més curts, en un estudi es realitza 12 sessions en 4 setmanes (3 sessions/setmana),¹¹ mentre que en un altre on es duen a terme 12 sessions ho fan en 6 setmanes (2 sessions/setmana).¹⁰ L'estudi que presenta menor volum d'intervenció es realitza amb 3 sessions de tractament en 3 setmanes, complementades amb fisioteràpia estàndard en el grup control.¹⁴



Gràfic 2: Durada dels programes



Gràfic 3: Nombre de sessions dels programes

3.4.2. Instruments de mesura

En tots els estudis, el dolor és la variable principal i es mesura mitjançant escales unidimensionals validades, sent la VAS (*Visual Analogue Scale*) la més utilitzada en sis treballs,^{9, 12, 13, 14, 15, 16} mentre que la NPRS (*Numeric Pain Rating Scale*) apareix en dos estudis.^{10, 11} Aquest predomini d'escales senzilles reflecteix la seva sensibilitat al canvi i la facilitat d'aplicació en programes de curta i mitjana durada.

La discapacitat funcional és un altre dels resultats més freqüentment mesurats, principalment per l'ODQ (*Oswestry Disability Index*), present en sis estudis,^{9, 10, 11, 12, 13, 15} mentre que el RMDQ (*Roland–Morris Disability Questionnaire*) només s'utilitza en un estudi.¹¹ Aquestes escales permeten quantificar l'impacte del dolor en les activitats quotidianes i són considerades “*GOLD STANDARD*” en la recerca sobre dolor lumbar.

Pel que fa a la mobilitat lumbar, tres estudis^{10, 12, 15} incorporen proves específiques per valorar el rang de moviment. El *Modified Schober* i el CROM (*Controlled Range of Motion*) són els específics més utilitzats, mentre que també s'utilitzaven proves com el *finger-to-floor* i el *Schober* per valorar la flexibilitat global. Aquestes mesures aporten informació sobre la mobilitat segmentària i la flexibilitat funcional, aspectes sovint alterats en pacients amb dolor lumbar.

El control motor i l'estabilitat lumbopèlvica també són objecte d'avaluació en diversos estudis. En l'estudi de Blanco-Giménez et al. (2024)⁹ s'utilitza electromiografia de superfície per analitzar l'activació muscular del recte abdominal i els multifids, mentre que en dos estudis^{15,16} incorporen el test de *Biering-Sorensen* per valorar la resistència extensora. Aquestes mesures són especialment rellevants en programes centrats en estabilització i core, ja que permeten objectivar millores en el control neuromuscular.

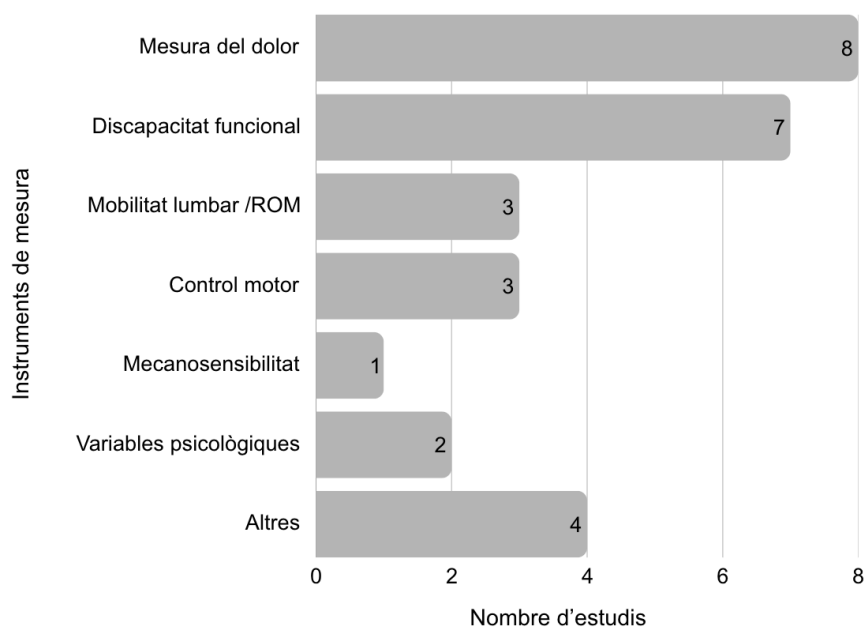
Alguns estudis inclouen mesures relacionades amb el control postural. En l'estudi de Jung K-S et al. (2021)¹⁶ utilitza una plataforma de forces per analitzar el *sway postural*, mentre que en l'estudi d'Aliaa M Elabd et al. (2024)¹⁵ incorpora proves d'estabilitat dinàmica integrades en el protocol d'exercicis. En l'estudi de Llamas-Ramos et al. (2022)¹² també s'inclou proves funcionals d'equilibri com a part de la valoració global. Aquestes mesures aporten informació sobre la propiocepció i el control motor, que sovint es veuen alterats en pacients amb dolor lumbar.

La mecanosensibilitat i la sensibilització neural es mesuren en un estudi¹¹ mitjançant proves com el *Straight Leg Raise*, el *Slump Test* i el *Pressure Pain Threshold*. Aquestes proves

permeten detectar alteracions en la transmissió nociceptiva i són especialment útils en pacients amb dolor irradiat o amb sospita de sensibilització central.

Les variables psicològiques també tenen un paper destacat en tres estudis, reflectint la importància del model biopsicosocial. L'*Escala de Tampa* per a la Kinesiòfobia, la *Pain Catastrophizing Scale* apareixen en dos estudis,^{11,13} Per últim a destacar, en l'estudi d'Aguilar-Ferrándiz¹¹ s'inclou escales d'ansietat, depressió i qualitat del son, aportant una visió més completa de l'impacte emocional del dolor.

Finalment, en quatre estudis^{9,14,15,16} s'inclouen altres mesures complementàries com la qualitat de vida, la diferència de longitud de cames, l'adherència i assistència, proves de marxa funcional i variables antropomètriques.



Gràfic 4: Distribució dels instruments de mesura utilitzats en els estudis inclosos

3.4.3. Resultats dels estudis

Per tal d'organitzar els resultats i facilitar-ne la interpretació, els estudis es van agrupar en tres categories pel tipus d'intervenció: comparació amb exercici terapèutic, comparació amb teràpia manual, i comparació amb modalitats electroterapèutiques.

- Comparació amb programes d'exercici terapèutic

En aquest grup s'inclouen els estudis en què tots els participants realitzen programes d'exercici supervisat, habitualment centrats en estabilització lumbopèlvica, control motor o exercicis funcionals progressius. El kinesiotape s'afegeix com a complement a aquest tractament de base, fet que permet analitzar si aporta un efecte addicional.

Blanco-Giménez et al. (2024)⁹ van reduir significativament el dolor dels tres grups (exercicis sols, exercicis + teràpia manual i exercicis + kinesiotape). No obstant això, afegir kinesiotape o teràpia manual no va aportar millores clíniques rellevants respecte als exercicis sols. Tampoc es van observar canvis en l'activació muscular (sEMG), suggerint que l'exercici és el principal responsable de la millora i que la reducció del dolor no s'associa necessàriament a modificacions en el patró d'activació muscular.

Aguilar-Ferrándiz et al. (2022)¹¹ van millorar en dolor, discapacitat, ansietat, depressió, qualitat del son i mecanosensibilitat tant el grup KT + ex com el grup TENS + ex. Tot i això, el grup TENS+ex va obtenir una reducció del dolor superior. No hi va haver diferències en discapacitat ni en kinesiófobia. Aquest estudi reforça la idea que l'exercici supervisat és un component essencial del tractament, però suggereix que la combinació amb TENS pot ser més efectiva que amb kinesiotape en termes de reducció del dolor.

Vicente-Mampel et al. (2025)¹³ van reduir el dolor i la discapacitat en tots els grups (exercicis, exercicis + manipulació i exercicis + kinesiotape). L'element diferencial va ser el component psicològic: el catastrofisme només va influir el dolor en el grup ET+KT, i l'autoeficàcia va ser determinant en la discapacitat. En el grup ET+KT, la discapacitat es va mantenir estable independentment del nivell d'autoeficàcia, suggerint que el kinesiotape podria tenir un efecte protector psicològic o modulador de la percepció del dolor.

Aliaa M Elabd et al. (2024)¹⁵ van millorar tots dos grups en dolor i rang de moviment, però el grup que combinava exercicis amb kinesiotape va obtenir millores significativament superiors. Aquest estudi aporta evidència que el kinesiotape pot potenciar els efectes dels exercicis d'estabilització lumbar, especialment en termes de dolor i mobilitat.

Jung K-S et al. (2021)¹⁶ van millorar els dos grups en dolor, equilibri i resistència, però el grup que combinava exercicis amb kinesiotape va mostrar reduccions de dolor més grans i una millora superior de l'equilibri. No es van observar diferències en resistència (Biering–Sorensen). Els autors suggereixen que el kinesiotape podria millorar el control postural mitjançant estímuls propioceptius, potenciant així els efectes dels exercicis.

Els estudis que comparen kinesiotape amb exercici mostren que l'exercici és el component terapèutic principal. Tot i això, diversos estudis^{11,15} indiquen que el kinesiotape pot potenciar els efectes dels exercicis, especialment en dolor i equilibri, mentre que altres estudis⁹ suggereixen que el seu impacte és menor o comparable a altres modalitats. A més, l'efecte psicològic observat en l'estudi de Vicente-Mampel et al. (2025)¹³ aporta una dimensió addicional que podria explicar part de la variabilitat entre estudis.

- Comparació amb teràpia manual o tractament convencional

Aquest grup inclou estudis en què el kinesiotape es compara amb protocols de teràpia manual. En aquests casos, el kinesiotape s'aplica com a complement o com a placebo.

Llamas-Ramos et al. (2022)¹² van reduir el dolor i van millorar la mobilitat i la funció des de la primera setmana tant el grup KT com el grup placebo (FKT), combinats amb teràpia manual. No obstant això, el grup KT va mostrar millores superiors en ODI, flexió i extensió lumbar. A un mes, els efectes disminueixen però es mantenen parcialment. Aquest estudi suggereix que el kinesiotape pot aportar un benefici addicional quan s'integra en un abordatge manual, tot i que els autors recomanen més investigació.

Stefan Schmidt et al. (2021)¹⁴ el kinesiotape i la teràpia manual van produir millores moderades-grans en dolor i discapacitat, sense diferències significatives entre grups en VAS, ODQ o CPGS. Tanmateix, el grup kinesiotape va mostrar una millor qualitat de vida. Els resultats indiquen que el kinesiotape pot ser tan efectiu com el tractament estàndard i fins i tot oferir un avantatge en qualitat de vida, posicionant-lo com una alternativa terapèutica viable.

Els estudis que comparen kinesiotape amb teràpia manual mostren que ambdues opcions són efectives. El kinesiotape pot aportar beneficis addicionals en funció, mobilitat i qualitat de vida, però les diferències no sempre són clínicament rellevants. Tot i això, el seu ús com a complement sembla justificat.

- Comparació amb electroteràpia

En aquest grup s'inclouen estudis en què el kinesiotape es compara amb programes que incorporen TENS.

Pakkir Mohamed et al. (2022)¹⁰ ambdós grups van reduir el dolor en 6 setmanes, però el grup KT+CPT va mostrar una reducció del dolor més gran i un augment superior del rang de moviment. Afegir kinesiotape als exercicis i al TENS va aportar millores clíniques rellevants, suggerint un efecte sinèrgic.

Aguilar-Ferrándiz et al. (2022)¹¹ tot i que el kinesiotape va produir millores en múltiples variables, el grup TENS+ex va obtenir una reducció del dolor superior. No hi va haver diferències en discapacitat ni en kinesiòfobia. Aquest estudi indica que, en un context multimodal, el TENS pot tenir un impacte més potent sobre el dolor que el kinesiotape.

Els estudis que comparen kinesiotape amb TENS mostren que en un cas¹⁰ el kinesiotape aporta beneficis addicionals, mentre que en l'altre¹¹ el TENS és superior en la reducció del dolor.

4. DISCUSSIÓ

4.1. EFICÀCIA DEL KINESIOTAPE COM A COMPLEMENT TERAPÈUTIC

Els resultats d'aquesta revisió mostren que la combinació de kinesiotape amb diferents modalitats de fisioteràpia pot contribuir a la reducció del dolor lumbar i a la millora de la funció, tot i que la magnitud d'aquest efecte depèn del tipus d'intervenció amb què s'associa i de les característiques del programa terapèutic. En general, els estudis coincideixen que l'exercici supervisat és el component terapèutic principal, mentre que el kinesiotape actua com un complement que pot potenciar determinats resultats, especialment a curt termini.

Això es reflecteix en estudis com Blanco-Giménez et al. (2024)⁹, on els tres grups van reduir significativament el dolor, indicant que afegir kinesiotape no aporta millores clíniques rellevants quan l'exercici és la base del tractament. Tot i això, altres estudis mostren que l'addició de kinesiotape sí que pot generar millores superiors, especialment en intervencions que combinen exercici amb electroteràpia o teràpia manual en programes de durada curta-mitjana (6–8 setmanes). De fet, en articles externs a la revisió com el de Parreira et al. (2013)¹⁷ i Lim et al. (2015)¹⁸ parlen de la duració dels efectes i recolzen l'afirmació de que el kinesiotape perd importància si es col·loca individualment sense cap programa combinat de teràpia activa, efectivament si té un petit efecte sobre el dolor i la discapacitat lumbar, però els resultats perden força a llarg termini.

En els estudis^{10,15} on la intervenció es kinesiotape + TENS + exercici es va mostrar més reducció del dolor i més augment del ROM. Aquestes troballes suggereixen que el kinesiotape pot tenir un efecte modulador del dolor i facilitar el moviment, especialment en pacients amb dolor crònic mecànic o amb dèficits de control motor. Un altre aspecte rellevant és el possible efecte sensorial i propioceptiu del kinesiotape. Es mostra que tant el KT real com el placebo milloren el dolor i la mobilitat, però el KT real presenta millores superiors en flexió, extensió i ODI.¹² Aquest patró indica que, tot i que part de l'efecte pot ser atribuïble a la percepció del pacient, el kinesiotape podria aportar estímuls propioceptius addicionals que milloren el control motor i la percepció de seguretat en el moviment.¹² Comparant aquest aspecte amb l'evidència prèvia trobem que es recolza aquest resultat en articles externs a la revisió com el de Csapo et al. (2015)¹⁹ on van destacar que els efectes del kinesiotape poden estar relacionats amb mecanismes sensorials i placebo més que no pas amb canvis biomecànics.

Pel que fa a la comparació amb altres modalitats, Aguilar-Ferrándiz et al. (2022)¹¹ mostren que el TENS combinat amb exercici redueix més el dolor que el KT, tot i que ambdós grups milloren en discapacitat, qualitat del son i mecanosensibilitat. Això indica que el kinesiotape pot no ser la modalitat més potent per reduir el dolor, però sí una alternativa útil quan es busca una intervenció no invasiva, de baix cost i aplicable en entorns clínics diversos. En canvi, Llamas-Ramos et al. (2022)¹² mostren que la combinació de MT amb KT genera millores superiors en dolor, flexió, extensió i ODI respecte al placebo tape, suggerint que el KT pot potenciar els efectes de la MT en programes intensius a curt termini. Finalment, Vicente-Mampel et al. (2025)¹³ observen que MT i KT produeixen millores comparables en dolor i discapacitat, però el KT podria tenir l'efecte protector psicològic mencionat anteriorment.

4.2. UTILITAT CLÍNICA DEL KINESIOTAPE

El kinesiotape pot no ser la modalitat més potent per reduir el dolor quan s'analitza de manera aïllada, però sí una alternativa útil i complementària en programes multimodals, especialment quan es busca una intervenció no invasiva, de baix cost i aplicable en entorns clínics diversos. Des del punt de vista clínic, els resultats d'aquesta revisió suggereixen que el kinesiotape pot ser útil com a complement dins d'un programa multimodal de fisioteràpia. Pot facilitar el moviment en fases inicials, reduir el dolor i millorar la mobilitat, fet que pot augmentar l'adherència al programa d'exercicis. Tot i això, no hauria de ser utilitzat com a intervenció única, ja que l'evidència mostra que els canvis més consistents provenen de les teràpies actives.

4.3. IMPLICACIONS PER A LA RECERCA FUTURA

A nivell de recerca, els resultats indiquen diverses línies futures: calen estudis amb seguiments més llargs, ja que la majoria només avaluen resultats immediats o a curt termini; seria útil comparar diferents tècniques d'aplicació de kinesiotape, ja que els estudis utilitzen protocols heterogenis; i és necessari investigar els mecanismes psicològics i propioceptius que podrien explicar part dels efectes observats. Futurs assaigs haurien d'incloure mostres més grans i més diverses, així com comparacions entre el kinesiotape i altres modalitats complementàries en protocols estandarditzats.

4.4. LIMITACIONS DE LA REVISIÓ I DELS ESTUDIS INCLOSOS

Tot i que els estudis inclosos mostren una qualitat metodològica moderada-alta, amb puntuacions PEDro homogènies de 8/10, la majoria comparteixen limitacions estructurals en els ítems relacionats amb el cegament de participants i terapeutes, un aspecte inherentment complex en intervencions físiques com l'exercici terapèutic, la teràpia manual o l'aplicació de kinesiotape. Aquesta manca de cegament pot introduir biaixos d'expectativa o d'efecte placebo que poden influir en els resultats, especialment en variables subjectives com el dolor.

Una altra limitació important és l'heterogeneïtat dels programes d'intervenció. Els estudis difereixen en durada, freqüència, tipus d'exercicis, tècniques de kinesiotape i modalitats complementàries, fet que dificulta establir comparacions directes i extreure conclusions generalitzables. També destaca la manca de seguiments a llarg termini, un aspecte rellevant en el dolor lumbar, on la recurrència és freqüent. Finalment, les mostres petites i reclutades en entorns clínics específics poden limitar la representativitat de la població general.

5. CONCLUSIONS

En resposta a l'objectiu principal, els resultats d'aquesta revisió indiquen que el kinesiotape, utilitzat com a teràpia complementària, pot contribuir a la reducció del dolor lumbar. Pel que fa als objectius específics, s'ha observat que aquesta reducció del dolor s'accentua especialment quan s'integra en programes que inclouen exercici terapèutic, TENS o teràpia manual, també s'ha observat que l'ús del kinesiotape, a més, pot afavorir a la millora de la funció lumbar i la disminució de la discapacitat. Finalment, la comparació entre modalitats suggereix que les combinacions més efectives són aquelles que integren exercici supervisat amb kinesiotape, mentre que el seu efecte és menor quan s'utilitza de manera aïllada. En conjunt, el kinesiotape es presenta com una eina accessible i útil dins d'un abordatge multimodal, però no substitueix les teràpies actives que constitueixen la base del tractament.

6. REFERÈNCIES

1. GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol.* 2023;5(6):e316–29.
2. Fatoye F, Gebrye T, Ryan CG, Useh U, Mbada C. Global and regional estimates of clinical and economic burden of low back pain in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health.* 2023;11:1098100.
3. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet.* 2018;391(10137):2368–83.
4. Williams S, Whatman C, Hume PA, Sheerin K. Kinesio taping in treatment and prevention of sports injuries: a meta-analysis of the evidence for its effectiveness: A meta-analysis of the evidence for its effectiveness. *Sports Med.* 2012;42(2):153–64.
5. Nelson NL. Kinesio taping for chronic low back pain: A systematic review. *J Bodyw Mov Ther.* 2016 ;20(3):672–81.
6. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol.* 2021;74(9):790–9.
7. PROSPERO International prospective register of systematic review [Internet]. York: NHS National Institute for Health Research. [consultat el 26 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>
8. PEDro. Physiotherapy Evidence DataBase [Internet] Australia: The University of Sidney; c2020 2016 [consultat el 26 de abril de 2026]. Disponible en: <https://pedro.org.au/spanish/resources/pedro-scale/>

9. Blanco-Giménez P, Vicente-Mampel J, Gargallo P, Maroto-Izquierdo S, Martín-Ruíz J, Jaenada-Carrilero E, et al. Effect of exercise and manual therapy or kinesiotaping on sEMG and pain perception in chronic low back pain: a randomized trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2024;25(1):583.
10. Pakkir Mohamed SH, Al Amer HS, Nambi G. The effectiveness of Kinesio taping and conventional physical therapy in the management of chronic low back pain: a randomized clinical trial. *Clin Rheumatol*. 2023;42(1):233–44.
11. Aguilar-Ferrándiz ME, Matarán-Peñarrocha GA, Tapia-Haro RM, Castellote-Caballero Y, Martí-García C, Castro-Sánchez AM. Effects of a supervised exercise program in addition to electrical stimulation or kinesio taping in low back pain: a randomized controlled trial. *Sci Rep*. 2022;12(1):11430.
12. Llamas-Ramos I, Cortés-Rodríguez M, Llamas-Ramos R. Kinesiotape effectiveness in mechanical low back pain: A randomized clinical trial. *Work*. 2022;72(2):727–36.
13. Vicente-Mampel J, Blanco-Giménez P, Barrios C. Influence of patient-reported outcomes on the effect of exercise therapy, manual therapy, and kinesiotaping in chronic low back pain: secondary statistical analysis. *Sci Rep*. 2025;15(1):38400.
14. Schmidt S, Wölfle N, Schultz C, Sielmann D, Huber R, Walach H. Assessment of a taping method combined with manual therapy as a treatment of non-specific chronic low back pain - a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2021;22(1):410.
15. Elabd AM, Elabd OM. Efficacy of kinesio tape added to lumbar stabilization exercises on adult patients with mechanical low back pain: A randomized, single-blind clinical trial. *J Bodyw Mov Ther*. 2024;39:218–24.
16. Jung K-S, Jung J-H, In T-S, Cho H-Y. Influences of Kinesio taping with therapeutic exercise in patients with low back pain. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(8):927.
17. Parreira P do CS, Costa L da CM, Hespanhol LC Jr, Lopes AD, Costa LOP. Current evidence does not support the use of Kinesio Taping in clinical practice: a systematic review. *J Physiother*. 2014;60(1):31–9.

18. Lim ECW, Tay MGX. Kinesio taping in musculoskeletal pain and disability that lasts for more than 4 weeks: is it time to peel off the tape and throw it out with the sweat? A systematic review with meta-analysis focused on pain and also methods of tape application. *Br J Sports Med*. 2015;49(24):1558–66.

19. Csapo R, Alegre LM. Effects of Kinesio® taping on skeletal muscle strength-A meta-analysis of current evidence. *J Sci Med Sport*. 2015;18(4):450–6.

7. ABREVIATURES

AINEs: Anti-Inflammatory Non-Steroidal Drugs (antiinflamatoris no esteroïdals)

CPGS: Chronic Pain Grade Scale

CPT: Conventional Physical Therapy (fisioteràpia convencional)

CROM: Controlled Range of Motion

CSE: Core Stability Exercises (exercicis d'estabilitat del core)

CSET: Core Stability Exercises + Kinesiotaping

EX / ET: Exercise Therapy (exercici terapèutic)

FKT: Fake Kinesiotape (kinesiotape placebo)

FTF: Finger-to-Floor test

HVLA: High Velocity Low Amplitude (manipulació d'alta velocitat i baixa amplitud)

KT: Kinesiotaping

LBP: Low Back Pain (dolor lumbar)

LLD: Leg Length Discrepancy

LSE: Lumbar Stabilization Exercises (exercicis d'estabilització lumbar)

MT: Manual Therapy (teràpia manual)

NPRS: Numeric Pain Rating Scale

ODI: Oswestry Disability Index

ODQ: Oswestry Disability Questionnaire

PCS: Pain Catastrophizing Scale

PLC: Physical Component of Quality of Life (component físic de la qualitat de vida)

PPT: Pressure Pain Threshold

PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index

RMDQ: Roland–Morris Disability Questionnaire

ROM: Range of Motion

SE: Self-Efficacy

SLR: Straight Leg Raise

sEMG: surface Electromyography

TENS: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

TSK: Tampa Scale of Kinesiophobia

VAS / EVA: Visual Analogue Scale

8. ANNEXOS

Annex 1:

Escala PEDro-Español

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