

Patologia de la columna lumbar en la persona adulta

Guies de pràctica clínica i material docent

Direcció Assistencial d'Atenció Primària i Direcció d'Hospitals
Programes assistencials d'expertesa. PADEICS
Esquena (Raquis)

Novembre 2024

ics.gencat.cat

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut
© Institut Català de la Salut, 2024

Edició:
Gabinet de Comunicació.
Direcció de Comunicació i Responsabilitat Social Corporativa.
Institut Català de la Salut



Avís legal

Alguns drets reservats © 2022, Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut
Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement - No Comercial Sense Obres Derivades 4.0 Internacional. La llicència es pot consultar a la pàgina web de Creative Commons.

Autoria

Albi Arabia, Anna. Metgessa de medicina familiar i comunitària. Equip d'Atenció Primària Sant Celoni. Regió territorial Metropolitana Nord.

Alzuria Gutiérrez, Diana. Metgessa especialista en medicina física i rehabilitació. Cap de Secció del Servei de Rehabilitació Baix Llobregat Centre. Servei d'Atenció Primària Baix Llobregat. Gerència Territorial Metropolitana Sud.

Batlle, Meritxell. Metgessa especialista en medicina familiar i comunitària. Equip d'Atenció Primària Les Borges Blanques. Gerència Territorial Alt Pirineu i Aran.

Camacho Arteaga, Lina. Metgessa especialista en farmacologia clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Colomer Giralt, Marc. Metge de medicina física i rehabilitació. Cap de Secció del Servei de Rehabilitació de Mataró. Gerència Territorial Metropolitana Nord.

Durà Mata, María José. Metgessa especialista en medicina física i rehabilitació. Cap de Servei de Rehabilitació. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Gerència Territorial Metropolitana Nord.

García de Frutos, Ana. Metgessa especialista en cirurgia ortopèdica i traumatologia. Unitat de Cirurgia de Raquis. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Gerència Territorial de Barcelona.

Garreta Català, Iago. Metge especialista en cirurgia ortopèdica i traumatologia. Unitat de Cirurgia de Raquis. Hospital Universitari de Bellvitge. Gerència Territorial Metropolitana Sud.

Herreros, Maribel. Metgessa especialista en medicina familiar i comunitària. Equip d'Atenció Primària Sant Pere i Sant Pau. Gerència Territorial Camp de Tarragona.

Marcos Cerecedo, Mariana. Metgessa especialista en medicina física i rehabilitació. Directora clínica del Servei de Rehabilitació. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Gerència Territorial Girona.

Marsol Puig, Anna. Metgessa especialista en cirurgia ortopèdica i traumatologia. Cap de secció. Unitat de Cirurgia de Raquis. Servei COT. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona. Gerència Territorial Camp de Tarragona.

Medel Rebollo, Javier. Metge especialista en anestesiologia i reanimació. Cap de la Unitat del Dolor. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Gerència Territorial de Barcelona.

Moreno Gutiérrez, Esther. Fisioterapeuta. Adjunta a Direcció. Servei de Rehabilitació Delta. Servei d'Atenció Primària Delta del Llobregat. Gerència Territorial Metropolitana Sud.

Olmo Avilés, Josefa. Infermera de família i salut comunitària. Equip d'Atenció Primària Sant Vicenç de Castellet. Gerència Territorial Catalunya Central.

Ros Expósito, Sergi. Metge especialista en reumatologia. Hospital de Viladecans. Gerència Territorial Metropolitana Sud.

Serrano Barragan, María Lidón. Metgessa especialista en medicina familiar i comunitària. Coordinadora docent i assessora d'aparell locomotor. Equip d'Atenció Primària Florida Sud. Servei d'Atenció Primària Delta del Llobregat. Gerència Territorial Metropolitana Sud.

Autoria de la primera guia

Josep M. Bordas. Metge de família. Equip d'Atenció Primària Barcelona Gòtic. Centre d'Atenció Primària Gòtic.

Jordi Forcada. Metge de família. Equip d'Atenció Primària El Gorg. Centre d'Atenció Primària Sant Roc.

Joan A. García. Farmacòleg clínic. Servei d'Atenció Primària Badalona - Sant Adrià de Besòs.

Francesc Xavier Joaniquet. Metge de família. Equip d'Atenció Primària El Gorg. Centre d'Atenció Primària Sant Roc.

Ferran Pellisé. Traumatòleg. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Òscar Mazeres. Equip d'Atenció Primària Dr. Pujol i Capsada. Centre d'Atenció Primària Dr. Pujol i Capsada.

Núria Prat. Metgessa de família. Equip d'Atenció Primària Montornès-Montmeló. Centre d'Atenció Primària Montmeló.

Montserrat Romera. Reumatòloga. Centre d'Atenció Primària Just Oliveras.

Índex

1. Presentació	6
2. Introducció	8
3. Avaluació clínica inicial de la lumbàlgia	9
3.1. Anamnesi	9
3.2. Identificació dels senyals d'alerta	10
3.3. Exploració física	11
3.3.1. Exploració de les articulacions sacroilíaques	12
3.3.2. Exploració neurològica	14
3.3.3. Afectació neurològica	16
3.3.4. Detecció de signes no orgànics	17
3.3.5. Valoració dels factors psicològics i socioeconòmics	18
4. Exploracions complementàries	20
4.1. Proves de laboratori	20
4.2. Proves d'imatge	21
4.3. Exploracions segons la sospita clínica (banderes vermelles)	22
5. Tractament	26
5.1. Tractament no farmacològic	26
5.2. Tractament farmacològic de la lumbàlgia	33
5.2.1. Lumbàlgia aguda	33
5.2.2. Lumbàlgia crònica	35
5.3. Procediments infiltratius	36
5.4. Tractament quirúrgic	41
5.4.1. Indicacions de derivació per valorar el tractament quirúrgic	41
5.4.2. Indicacions de tractament quirúrgic	41
6. Criteris de derivació de la lumbàlgia	44
6.1. Criteris de derivació a un fisioterapeuta d'atenció primària i comunitària	44
6.2. Criteris de derivació a un servei de rehabilitació	44
6.3. Criteris de derivació a un servei de reumatologia	44
6.4. Criteris de derivació a unitats del dolor	44
6.5. Criteris de derivació a una unitat de cirurgia del raquis	45

1. Presentació

Aquest document és un element de suport a la tasca assistencial dels professionals, ja que aporta una revisió acurada de les evidències científiques sobre el coneixement actual d'aquest problema de salut i les tradueix en recomanacions per a la pràctica diària.

La primera *Guia de pràctica clínica de patologia de la columna lumbar en adults* es va publicar l'any 2013, i la Guia actual n'és una actualització.

Els nostres pacients es mereixen rebre una atenció sanitària basada al màxim en criteris científics, i és per això que us demanem que reviseu i considereu aquest document a l'hora de prendre les decisions assistencials en la pràctica clínica diària. No obstant això, cal remarcar que les guies són un element de suport i d'ajuda al professional, però que no poden donar resposta a les situacions complexes que es produeixen a la consulta, on és el professional qui ha d'individualitzar i decidir en funció de les característiques i preferències de cada pacient.

La *Guia sobre la patologia de la columna lumbar en la persona adulta* constitueix també un valuós document per facilitar l'adquisició de les competències clíniques que han de caracteritzar el desenvolupament dels professionals sanitaris de l'Institut Català de la Salut.

La capacitat tècnica i científica dels seus autors i revisors, i el rigor metodològic amb què ha estat elaborada avalen la qualitat d'aquesta Guia.

Per finalitzar, volem agrair la participació de tots els qui han treballat per fer possible aquest projecte que té per missió millorar la qualitat de l'assistència sanitària que s'ofereix als nostres centres i per donar el millor servei a la ciutadania.

Nivells d'evidència científica i grau de les recomanacions utilitzades*

Nivell	Tipus d'evidència científica (EC)
Ia	L'evidència científica prové de metaanàlisis d'assaigs clínics controlats i aleatoris.
Ib	L'evidència científica prové d'almenys un assaig clínic controlat i aleatori.
IIa	L'evidència científica prové d'almenys un estudi prospectiu controlat ben dissenyat sense aleatoritzar.
IIb	L'evidència científica prové d'almenys un estudi quasi experimental ben dissenyat.
III	L'evidència científica prové d'estudis descriptius no experimentals ben dissenyats com són estudis comparatius, estudis de correlació o estudis de casos i controls.
IV	L'evidència científica prové de documents o opinions de comitès d'experts i/o experiències clíniques d'autoritats de prestigi.

Grau	Recomanació
A (Nivells d'EC Ia, Ib)	Requereix almenys un assaig controlat aleatori correctament dissenyat i de grandària adequada o una metaanàlisi d'assaigs controlats i aleatoris.
B (Nivells d'EC IIa, IIb, III)	Requereix disposar d'estudis clínics metodològicament correctes que no siguin assaigs controlats aleatoris sobre el tema de la recomanació. Inclou estudis que no compleixin els criteris ni d'A ni de C.
C (Nivell d'EC IV)	Requereix disposar de documents o opinions de comitès d'experts i/o experiències clíniques d'autoritats reconegudes. Indica l'absència d'estudis clínics directament aplicables i d'alta qualitat.

* US Agency for Health Care Policy and Research US Agency for Health Care Policy and Research

2. Introducció

La lumbàlgia es defineix com el dolor de localització a la part baixa de l'esquena, a la regió compresa entre la dotzena costella i les crestes ilíiaques. Sovint aquest dolor coexisteix amb dolor a la zona glútia o amb irradiacions a les extremitats inferiors.

La prevalença del dolor lumbar en adults al llarg de tota la vida és molt elevada (aproximadament d'un 80 %), constitueix un dels motius de consulta més freqüents en assistència primària i és una de les primeres causes d'incapacitat laboral en la població activa de menys de 45 anys. Es tracta d'un problema de primera magnitud pel seu impacte sobre la salut de la població, el sistema sanitari i per l'economia dels països industrialitzats.¹

L'atenció al dolor lumbar en l'adult suposa un repte per al clínic. Abans de res, el dolor no té un origen únic. D'una banda, totes les estructures anatòmiques de la zona lumbar: òssies, discs, articulars, musculars, lligamentoses i tendinoses, poden contribuir a la seva aparició i cronificació. D'altra banda, el dolor és una experiència emocional que es veurà afectada per aspectes psicosocials com l'estat d'ànim, les creences sobre la malaltia o la insatisfacció laboral, entre d'altres. Les exploracions complementàries en columna lumbar ens donen una imatge de les estructures anatòmiques, però la seva correlació amb la simptomatologia dels pacients és limitada.² L'evolució de la lumbàlgia en adults és benigna en la majoria de pacients (80-90 %), que milloraran durant les primeres sis setmanes independentment de la nostra actuació, però en el 10-20 % dels pacients, la lumbàlgia es cronificarà. És important conèixer els factors associats a aquesta cronificació i quines són les actuacions que podem fer per evitar-la. Identificar les lumbàlgies menys freqüents (< 5 %) que deriven d'una patologia greu i potencialment tractable, com una fractura osteoporòtica, neoplàsia, infecció o patologia inflamatòria serà també un repte.

En referència al tractament, les opcions terapèutiques són múltiples. Es combinaran mesures preventives amb el tractament farmacològic, no farmacològic, intervencionista i quirúrgic. Els clínics han de conèixer els tractaments més adequats en cada moment assistencial segons l'evidència científica actual.

Bibliografia. Introducció

1. Raastad J, Reiman M, Coeytaux R, Ledbetter L, Goode AP. The association between lumbar spine radiographic features and low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*. 2015;44(5):571-585. Doi: 10.1016/j.semarthrit.2014.10.006.
2. Knezevic NN, Candido KD, Vlaeyen JWS, Van Zundert J, Cohen SP. Low back pain. *Lancet*. 2021;398:78-92. Doi: 10.1016/S0140-6736(21)00733-9. Epub 2021 Jun 8. PMID: 34115979.

3. Avaluació clínica inicial de la lumbàlgia

3.1. Anamnesi

Cal fer un interrogatori dirigit i detallat que inclogui:

- Anamnesi general amb antecedents personals i patològics i medicació habitual.
- Anamnesi dirigida:
 - Preguntes específiques per al maneig del dolor lumbar.
 - Impacte dels símptomes en l'activitat dels pacients.
 - Resposta a tractaments previs.

Per a les preguntes específiques per al maneig del dolor lumbar, que incloguin l'edat dels pacients i la durada i descripció dels símptomes, podem utilitzar l'acrònim ALICIA per a l'avaluació del dolor.^{1,2,3}

A	Aparició del dolor	• Aguda: menys de tres mesos. • Crònica: més de tres mesos.
L	Localització	• Axial: localitzat a la zona de la columna vertebral. • Irradiat: dolor a distància.
I	Irradiació	• Referit: no segueix cap zona concreta. • Radicular: segueix un dermatoma concret.
C	Característiques	Segons si es modifica amb els moviments: • Mecànic: relacionat amb l'esforç, el moviment o la postura. Calma amb el repòs i amb postures antiàlgiques. • Inflamatori: gradual, progressiu, continu, nocturn. Sense relació amb l'esforç o postura: espondiloartritis, neoplàsies i infeccions. Segons la fisiopatogènia del dolor: • Nociceptiu: quan afecta estructures osteomusculars o visceral. • Neuropàtic: quan afecta el sistema nerviós central, perifèric o autònom.
I	Intensitat	Escala de dolor: • Escala visual analògica (EVA).¹ És l'escala més utilitzada en la literatura i en l'avaluació clínica.
A	Agreujament	• Moviment: discopaties, espondiloartrosi, fractures. • Bipdestació i marxa: estenosi del canal lumbar. • Bipesdestació i decúbit supí: dolor facetari. • Repòs: espondiloartritis, infeccions, tumors.
	Alleujament	• Flexió lumbar: estenosi del canal lumbar. • Deambulació: espondiloartritis.

3.2. Identificació dels senyals d'alerta

Cal identificar els senyals d'alerta que ajudin a destacar problemes potencialment greus. (Grau B).

Podem diferenciar dos tipus de senyals d'alerta:

- **Banderes vermelles (*red flags*):** poden comprometre la vida dels pacients si no es detecten i es tracten.

Si analitzem les guies de pràctica clínica publicades, les banderes vermelles on hi ha més consens són:

Banderes vermelles
Debut del dolor < 20 o > 50 anys
Dolor toràcic (o abdominal)
Dolor en repòs
Història de neoplàsies/càncer
(Inexplicable/Involuntària) pèrdua de pes
Febre $\geq 38^{\circ}$
Malestar general
Història de traumatisme major/significatiu
Osteoporosi
Abús de drogues intravenoses/addicció a les drogues
Ús de corticoesteroides o teràpia immunosupressora
Immunodeficiència/VIH/SIDA
Compromís nerviós greu (síndrome de la cua de cavall): • Disfunció urinària • Restrenyiment • Anestèsia de sella / entumiment perineal
Debilitat progressiva de les extremitats inferiors
Dèficit sensorial extens en membres inferiors

- **Banderes grogues (yellow flags):** no comprometen la vida dels pacients però poden perllongar la discapacitat. Les seves causes són principalment psicosocials i laborals.

Banderes grogues

Factors individuals:

- Edat
- Condició física
- Força en la musculatura abdominal i de l'esquena
- Tabaquisme
- Obesitat i sedentarisme
- Baix nivell socioeconòmic i escolaritat baixa

Factors psicosocials:

- Estrès, ansietat i depressió
- Disfunció cognitiva i comportament quan hi ha dolor
- Benefici secundari o compensació econòmica
- Somatització

Factors laborals:

- Treball físic
- Insatisfacció laboral:
 - feines monòtones i repetitives
 - relacions laborals

3.3. Exploració física

- **Inspecció:** alteracions morfològiques, alineació de l'eix del raquis, alteracions del pla frontal i sagital, equilibri de la pelvis, de la coordinació i de la marxa.
- **Palpació:** vertebral segmentària per localitzar el dolor (espinoses, lligaments interespinosos, articulars posteriors...) i punts gallet en el dolor miofascial.
- **Exploració articular:**
 - **Columna lumbar:** mobilitat de la regió lumbar per valorar una limitació en el pla sagital, frontal o rotacional.
 - **Articulacions sacroilíaqes.**

3.3.1. Exploració de les articulacions sacroilíaqües

Les maniobres sacroilíaqües més utilitzades són:

- **Maniobra d'obertura:** el pacient es troba en decúbit supí i l'explorador es recolza (separant-les) en ambdues espines ilíaqües anteriors.



- **Maniobra de tancament:** el pacient es troba en decúbit lateral i l'explorador es recolza sobre la cresta ilíaca i empeny cap avall intentant aproximar ambdues crestes ilíaqües anteriors.



- **Prova de Patrick:** amb el pacient en decúbit supí, es col·loca el maluc del costat malalt en flexió, abducció i rotació externa, i el pacient recolza el peu al genoll contra lateral. L'explorador fixa amb una mà la cresta ilíaca del costat sa i amb l'altra pressiona cap avall el genoll flexionat.



- **Signe de Gaenslen:** el pacient es troba en decúbit supí i l'explorador flexiona el maluc al màxim, mentre que l'articulació contralateral realitza una extensió màxima, de manera que augmenta la pressió intraarticular en ambdues sacroilíaqes simultàniament.



Quan tres de les maniobres referides són positives (provoquen dolor al gluti), tenen una sensibilitat i una especificitat del 91 % i del 78 %, respectivament, en el diagnòstic de la inflamació de l'articulació sacroilíaca.

3.3.2. Exploració neurològica

- **Motora:** farem un balanç muscular analític.

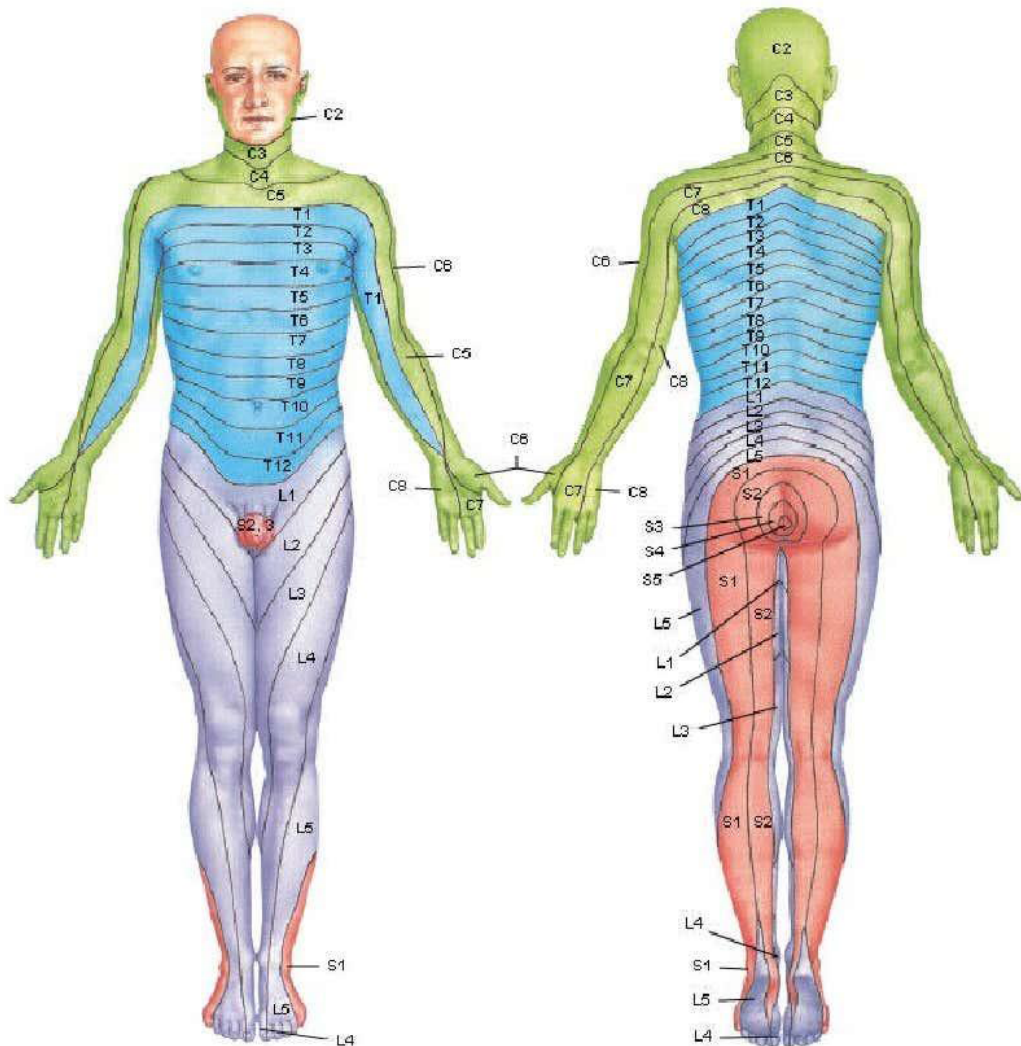
Balanç muscular manual (mesurat amb l'escala del Medical Research Council)	
0	No activitat muscular (plègica).
1	Contracció muscular sense moviment.
2	Contracció muscular amb moviment que no venç la gravetat.
3	Moviment que venç la gravetat.
4	Moviment que venç la gravetat però no venç la resistència.
5	Normal (mobilitzacions actives que vencen la gravetat i la resistència manual).

- Reflexos osteotendinosos: rotular i aquil·lià.
- També explorarem el reflex cutani plantar per buscar el signe de Babinski.
- Examinarem la presència d'amiotròfia a l'altura de la natja (S1), la cuixa (L3-L4), el panxell (L5-S1) i el compartiment anteroextern de la cama (L4 i L5).
- Buscarem parèsies en la marxa de talons (L4-L5) i la marxa de puntetes (L5-S1).

Arrel afectada	Força	Sensibilitat	Reflexos osteotendinosos
L4	Disminució de l'extensió de genoll (quàdriceps). 	Hipoalgèsia a la cuixa anteromediana i al genoll.	Rotular disminuït o absent. 
L5	Disminució de la dorsiflexió del turmell (tibial anterior) i extensió del dit gros del peu (extensor propi del primer dit del peu). 	Hipoalgèsia a la cara anterolateral de la cama, al dors del peu i als tres primers dits.	Normals.
S1	Disminució de la flexió plantar del turmell (bessons i soli). 	Hipoalgèsia a la cara posterior de la cama i els altres dos dits.	Aquil·lià disminuït o absent. 

- Exploració de la distribució del dolor i de l'alteració de la sensibilitat.

Mapa de dermatomes



3.3.3. Afectació neurològica

- Irradiació del dolor (el dolor irradiat més enllà del genoll indica radiculopatia):

Tests d'estirament radicular:

1. **Signe de Lasègue** (*straight leg raise test*): amb el pacient en decúbit supí, s'aixeca la cama amb el genoll en extensió i si apareix dolor irradiat a la cama per sota de 60°, es considera positiva i indica afectació a les arrels L5 i S1. El signe de Lasègue és el més avaluat per detectar la ciàtica per hèrnia discal. És sensible (80-90 %) però poc específic (20-40 %).



2. **Maniobra de Bragard**: s'efectua una flexió dorsal del peu quan el membre inferior està en extensió i elevat. Si augmenta el dolor en tot el membre inferior, es considera positiu i indica més estirament de les arrels nervioses.



- 3. Signe de Lasègue contralateral** (*crossed straightleg raise test*): s'aixeca la cama no afectada amb el genoll en extensió i apareix dolor irradiat a la cama del costat afectat (L5 i S1). Si fem una compressió, podem trobar també un Lasègue creuat o bilateral. En aquests casos hem de sospitar que hi ha una compressió medial o paramedial, amb freqüència per hèrnia discal central, sobretot si es troba anestèsia de sella o atonia de l'esfínter anal.
- 4. Signe de Lasègue invertit:** si, en cas de cruràlgia, l'extensió passiva del maluc amb el genoll flexionat 90° genera dolor a la cara anterior de la cuixa, indica afectació L2-L4/L5. És l'equivalent del Lasègue a les cruràlgies.



Nota: En l'estenosi del canal lumbar, el signe de Lasègue només està present en el 10 % dels pacients, els reflexos aquil·lians estan abolits en el 40 % i els rotulars, en el 10 %.

3.3.4. Detecció de signes no orgànics

Detecció de signes de malaltia no orgànica o fingida o alteracions psicosocials no orgàniques.

També s'anomenen banderes grogues (*yellow flags*) i corresponen a factors psicosocials que serien predictors de cronificació del dolor i discapacitat.

- Actitud negativa en el dolor lumbar.
- Conductes d'evitació i reducció de l'activitat habitual.
- Expectatives que el tractament passiu serà més beneficiós que l'actiu.
- Tendència a l'evitació social.
- Problemes socioeconòmics.

Les banderes grogues formen part de l'anomenat model biopsicosocial, en el qual els factors biològics (lesions) interactuen amb altres de psicològics (creences errònies sobre la columna vertebral, por al dolor...) i sociolaborals.

3.3.5. Valoració dels factors psicològics i socioeconòmics

Valorarem els factors psicològics i socioeconòmics que poden modificar l'evolució de la lumbàlgia.

- Presència de símptomes de depressió o ansietat.
- Situació laboral:
 - Insatisfacció laboral.
 - Treballs monòtons i repetitius.

Per tal de detectar signes de malaltia no orgànica en pacients amb predomini d'alteracions psicosocials, podem utilitzar el signe de Waddell o el de Hoover, que s'utilitzen especialment en dolors musculars i musculoesquelètics, com ara lumbàlgies i lumbociàtiques.

Signe de Waddell

El signe de Waddell consta de cinc maniobres, i és positiu quan tres d'aquestes cinc són significatives.

- 1 Dolor o hipersensibilitat quan hi ha un contacte superficial.
- 2 Prova de simulació: dolor lumbar en fer una pressió axial sobre el crani.
- 3 Prova de distracció: si una maniobra específica (ex. Lasègue) és negativa pel dolor quan distraïem els pacients.
- 4 Incongruència entre la localització de les alteracions i la neuroanatomia coneguda.
- 5 Expressió o reacció desproporcionada del dolor.

Prova de Hoover

Procediment

Posició del pacient	Decúbit supí a la llitera.
Examinador	Col·loca una mà sota el taló de la cama que no s'examina.
Acció del pacient	Aixecar una cama.
Observació clau	Examinador sent pressió a la mà sota el taló de la cama oposada.

Interpretació del resultat

Positiu	Pressió de la cama contralateral.
Negatiu (suggeridor de simulació o exageració)	Sense pressió a la cama contralateral.

Si se sospita de magnificació o simulació, sempre és convenient tenir una perspectiva multidimensional, interdisciplinària i biopsicosocial.

Bibliografia. Avaluació clínica de la lumbàlgia

1. Societat Catalana de Dolor, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Consens català de dolor crònic no oncològic; 2017.
2. Santos Lamas J, Alonso Guardo L. Evaluación del dolor. A: Vidal J. Manual de Medicina del dolor. Evaluación del dolor. Madrid. Panamericana; 2016.
3. Manna A, Sarkar SK, Khanra LK. PA1 An internal audit into the adequacy of pain assessment in a hospice setting. BMJ Support Palliat Care. 2015; (5)1:A19-20. doi: 10.1136/bmjspcare-2015-000906.61. PMID: 25960483.
4. Arianne P. Verhagen Aron Downie Nahid Popal, Chris Maher, Bart W. Koes. Red flags presented in current low back pain guidelines: a review. Eur Spine J. 2016;25(9):2788-802.
5. Samanta J, Kendall J, Samanta A. 10-minute consultation: chronic low back pain. BMJ. 2003 Mar 8;326(7388):535. doi: 10.1136/bmj.326.7388.535. PMID: 12623915; PMCID: PMC150466.
6. Delitto A, George SZ, Van Dillen L, et al. Low back pain. J Orthop Sports Phys Ther. 2012;42(4):A1-A57. doi:10.2519/jospt.2012.42.4.A1
7. Van der Windt DA, Simons E, Riphagen II, Ammendolia C, Verhagen AP, Laslett M, Devillé W, Deyo RA, Bouter LM, de Vet HC, Aertgeerts B. Physical examination for lumbar radiculopathy due to disc herniation in patients with low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Feb 17; (2):CD007431. doi: 10.1002/14651858.CD007431.pub2. PMID: 20166095.
8. Marie-Jose Teyssandier. Exploración del raquis toraco-lumbo-pélvico. A: Práctica de la exploración clínica programada del raquis. Barcelona Masson; 1997.
9. Recomendaciones clínico asistenciales para el abordaje integral de la lumbalgia. Juny 2014, 7. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias.
10. Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitària. Fichas de consultas rápidas. Lumbalgias y ciáticas; 2008. Recuperat de: <http://www.svmfyc.org/fichas/f058/ficha058.pdf>
11. https://amfsemfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=100&id=El_dolor_de_espalda.pdf
12. Gallach-Solano E, Robledo-Algarra R, Fenollosa-Vázquez P, Izquierdo-Aguirre RM, Canós-Verdecho MA. Dolor y simulación: reto diagnóstico y terapéutico. Rev Soc Esp Dolor 2018;25(4):237-241.
13. Aso Escario J. et al. Reumatol Clin. 2014;10(6):396-405.
14. Arianne P. Verhagen AP, Downie A, Popal N, Maher C, Koes BW. Red flags presented in current low back pain guidelines: a review. Eur Spine J. 2016;25:2788-2802.
15. <https://guidelines.international/gpc/lumbalgia>
16. Laslett. Evidence-based diagnosis and treatment of the painful sacroiliac joint. J Man Manip Ther. 2008;16(3):142-52.

4. Exploracions complementàries

- **Les exploracions complementàries no estan indicades en l'estudi inicial de la majoria de pacients amb dolor lumbar.** L'ús precoç de proves d'imatge per a la lumbàlgia sense símptomes associats no està associat amb millors resultats, i augmenta l'ús de procediments invasius i els costos de salut.
- **La realització de proves s'ha de basar en la sospita clínica.** Per a la majoria de pacients amb lumbàlgia aguda, les proves de laboratori i d'imatge en l'avaluació inicial no són necessàries.
- **Les troballes incidentals no relacionades amb el dolor són molt freqüents** i normalment comporten la realització de més proves no necessàries. Les proves d'imatge sovint mostren troballes anormals en adults sense lumbàlgia, cosa que fa difícil diferenciar les troballes clínicament significatives de les que no ho són.
- **Les proves d'imatge són adequades si l'evolució de la lumbàlgia no és l'esperada o si tenim senyals d'alerta.** El motiu fonamental per sol·licitar una prova d'imatge és identificar les situacions en què el resultat pot significar un canvi en les decisions diagnòstiques o terapèutiques posteriors: descartar patologies greus (infeccions, tumors o fractures) i amb la sospita d'hèrnies discals o estenosi espinal que poden ser subsidiàries de tractament quirúrgic o infiltració espinal. Dels pacients que consulten per lumbàlgia, només en l'1 % el dolor és provocat per una causa greu.
- Els pacients que tenen la percepció d'haver rebut una explicació adequada a la causa del seu problema són menys propensos a voler una prova addicional i estan més satisfets amb la visita mèdica que els que consideren que no han tingut una explicació adequada.

4.1. Proves de laboratori

La majoria de pacients no requereixen proves de laboratori, només les sol·licitarem per a situacions concretes.

En cas de fractura vertebral:

- **Sense síndrome constitucional:** calci, fosfat, fosfatases alcalines, vitamina D i parathormona (PTH).
- **Amb síndrome constitucional:** velocitat de sedimentació globular (VSG), proteïna C reactiva (PCR), hemograma, proteinograma, marcadors tumorals (es demanaran des de l'atenció especialitzada, no des de l'atenció primària [AP]).

En cas de dolor del ritme inflamatori:

- **Si se sospita de discitis infecciosa:** VSG, PCR, hemograma, hemocultiu i urocultiu. Si la sospita és de discitis infecciosa crònica, s'hi han d'afegir la prova de la tuberculina i la serologia de la brucel·la.
- **Si se sospita d'espondilartritis:** VSG, PCR i HLA-B27.

4.2. Proves d'imatge

Exploracions complementàries	Indicacions
RX simple de columna anteroposterior i lateral (AP i L)	• Descartar fractures. • Espondilolistesi.
RX sacroilíaqües	Espondilitis anquilosant avançada.
RM	• Infecció. • Patologia neoplàsica. • Patologia discal. • Compensió nerviosa. • Estenosi del canal lumbar. • Articulacions facetàries.
TC	Si la ressonància magnètica nuclear (RMN) està contraindicada; (fractures, tumors ossis).
EMG	Dèficit neurològic greu/progressiu i per dubtes diagnòstics per al tractament quirúrgic de la radiculopatia.
Gammagrafia òssia	Sospita de neoplàsia o fractura si la radiografia simple és normal.

RM: ressonància magnètica; RX: radiografia; TC: tomografia computada; EMG: electromiografia; S: sensibilitat; E: especificitat

4.3. Exploracions segons la sospita clínica (banderes vermelles)

Algunes guies suggereixen que els símptomes associats a les banderes vermelles poden identificar els pacients amb risc de causes més greus de lumbàlgia i poden ser una indicació per fer proves d'imatge precoces, però tenint dades limitades.^{1,6}

Dèficit neurològic	Exploracions recomanades
Símptomes de compressió espinal o síndrome de la cauda equina i/o dèficits neurològics greus.	RMN immediata i remissió a l'atenció especialitzada en menys d'una setmana.
Radiculopatia per afectació d'una sola arrel, sense millora al cap de 4 o 6 setmanes de tractament conservador.	- No s'han de fer proves immediates. - Cal valorar fer una RMN. Si ja tenen una RMN prèvia i els símptomes són estables, no s'ha de repetir.
Símptomes estables d'estenosi del canal lumbar.	No cal fer proves immediates.
Risc de càncer metastàtic o infecció de moderada a greu. ¹	RMN immediata.

Sospita de càncer	Exploracions recomanades
Malalts amb càncer o factors de risc per a càncer amb dèficit neurològic	Prova d'imatge immediata (vegeu la taula d'indicacions de proves d'imatge).
Sense dèficit neurològic, càncer actual o recent.	Cal valorar amb oncologia quina és la prova més adequada.
Risc de càncer de moderat a alt.	- Cal fer una radiografia simple i mesurar la VSG o la PCR.¹ - Si la radiografia és positiva, s'ha d'estudiar si hi ha un tumor primari i metastasi. - Si la VSG o la PCR són positives i la radiografia és normal, cal valorar fer una RMN.¹
Baix risc de càncer.	- No s'han de fer proves d'imatge. - Si el dolor persisteix al cap de 4 o 6 setmanes, cal valorar fer una prova d'imatge.

Lumbàlgia mecànica simple	Exploracions recomanades
Els pacients que no milloren al cap de 4 o 6 setmanes de teràpia conservadora, s'han de revalorar.	- Si no hi ha prova d'imatge inicial (RX), se n'ha de demanar una. - La prova d'imatge és negativa si els símptomes no han canviat. No es repeteix la prova d'imatge.

Lumbàlgia mecànica simple	Exploracions recomanades
Els pacients que no milloren al cap de 4 o 6 setmanes de teràpia conservadora, s'han de revalorar.	• Si no hi ha prova d'imatge inicial (RX), se n'ha de demanar una. • La prova d'imatge és negativa si els símptomes no han canviat. No es repeteix la prova d'imatge.

Radiculopatia o estenosi del canal lumbar	Exploracions recomanades
Si no hi ha resposta al tractament conservador i són candidats a teràpies invasives.	RMN.
Sospita d'espondilitis anquilosant.	• Radiografia simple. • VSG, PCR i HLA-B27.
Sospita d'osteoartritis: cal valorar fer un tractament conservador durant vuit setmanes.	S'ha de valorar si cal fer una radiografia de la regió lumbosacra i/o una radiografia de maluc. Sense sospita específica. ^{1, 3, 8}

Dolor de ritme inflamatori	Exploracions recomanades
Grau de sospita d'infecció moderat o alt.	• RMN amb contrast o sense. • VSG, PCR, hemograma, hemocultius i urocultiu. Si la sospita és de discitis infecciosa crònica, s'hi han d'afegir la prova de la tuberculina i la serologia de la brucel·la.
Risc baix d'infecció.	Si la VSG i/o la PCR són elevades, cal valorar fer una RMN.
Si se sospita d'espondiloartropatia.	• VSG, PCR i HLA-B27 • Prova d'imatge RMN o RX simple (l'RX sacroilíaca només en el cas d'espondilitis avançades).

Sospita de fractura	Exploracions recomanades
Sospita de fractura sense síndrome constitucional.	• RX simple. • Calci, fosfat, fosfatases alcalines, vitamina D i PTH.
Sospita de fractura amb síndrome constitucional.	• RX simple o RMN. • VSG, PCR, hemograma, proteïnograma, marcadors tumorals (no es demanen des de l'atenció primària sinó des de l'atenció especialitzada).

Bibliografia. Exploracions complementàries

1. Wheeler SG, Wipf JE, Staiger TO, Deyo RA, Jarvik JGJ. Evaluation of low back pain in adults. This topic last updated: Jun 21, 2021. [Internet]. [Consulta 17 setembre 2021]. Disponible a: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-low-back-pain-in-adults?search=low%20back%20pain&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. Verhagen AP, Alessie J. Evidence based diagnostics of musculoskeletal disorders in primary care. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2018.
3. Menárguez Puche JF, Sánchez Sánchez JA. Lumbalgia con irradiación. AMF 2021;17(2):90-98. ISSN [Paper]: 1699-9029 | ISSN [Internet]: 1885-2521.
4. Overview. Guia Lumbalgia. Fistera. [Internet]. 5 maig 2018 [consulta 19 setembre 2021]. Disponible a: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/lumbalgia/> Strickland C, DeWitt P, et al. Radiographic assessment of acute vs chronic vertebral compression fractures. Emerg Radiol. 2022 Oct; DOI: 10.1007/s10140-022-02092-8.
5. Beck NA, Miller R, Baldwin K, Zhu X, Spiegel D, Drummond D, Sankar WN, Flynn JM. Do oblique views add value in the diagnosis of spondylolysis in adolescents? J Bone Joint Surg Am. 2013 May 15; 95(10):e65. doi: 10.2106/JBJS.L.00824. PMID: 23677366.
6. Poddubnyy D, Gaydukova I, Hermann KG, Song IH, Haibel H, Braun J, Sieper J. Magnetic resonance imaging compared to conventional radiographs for detection of chronic structural changes in sacroiliac joints in axial spondyloarthritis. J Rheumatol. 2013 Sep; 40(9):1557-65. doi: 10.3899/jrheum.130141. Epub 2013 Jul 1. PMID: 23818713.
7. Jacobs JC, Jarvik JG, Chou R, et al. Observational Study of the Downstream Consequences of Inappropriate MRI of the Lumbar Spine. J Gen Intern Med. 2020;35:3605
8. Knezevic NN, Candido KD, Vlaeyen JWS, Van Zundert J, Cohen SP. Low back pain. Lancet. 2021;398(10294):78-92. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00733-9. Epub 2021 Jun8. PMID: 34115979 Review.
9. Patel ND, Broderick DF, Burns J, et al. ACR Appropriateness Criteria Low Back Pain. J Am Coll Radiol 2016; 13:1069.
10. Overview | Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management | Guidance | NICE [Internet]. NICE. [Consulta 19 setembre 2021]. Disponible a: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>
11. Chou R, Qaseem A, Owens DK, et al. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2011; 154:181.
12. Clinical Appropriateness Guidelines. Advanced Imaging. Appropriate Use Criteria: Imaging of the Spine [Internet]. AIM Specialty Health; 2019 [consulta 16 setembre 2020]. Disponible a: https://aimspecialtyhealth.com/wp-content/uploads/2020/08/AIM-Guidelines_Spine_Imaging.pdf

13. Metha JS. Discogenic low back pain - Symptoms, diagnosis and treatment. BMJ Best Practice. Update Jan 2019 [Internet]. [Consulta 26 agost 2020]. Disponible a: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/190?q=Low%20back%20pain&c=suggested>
14. Movasat Hajkhan A, Bohórquez Heras C, Turrión Nieves A, Álvarez de Mon Soto, M. Protocolo diagnóstico del dolor lumbar mecánico. Medicine 2017;12 (26):1541-5.

5. Tractament

És imprescindible subratllar la necessitat de dur a terme assaigs clínics controlats i metodològicament correctes, amb la finalitat de resoldre les importants mancances de coneixement que hi ha relacionades amb aquest problema de salut. No obstant això, l'abordatge multidimensional del tractament és fonamental, i cal fer èmfasi tant en les teràpies farmacològiques com en les no farmacològiques, així com en les recomanacions higienicodietètiques.

5.1. Tractament no farmacològic

En la taula següent es classifiquen les mesures no farmacològiques que s'han estudiat per al tractament de la lumbàlgia segons el seu grau d'evidència:

Mesura no farmacològica	Dolor lumbar agut	Dolor lumbar crònic
RECOMANACIÓ A		
Efectiva	• Educació individual de cada pacient respecte al dolor lumbar (alta). • Estar actiu (moderada).	• Estar actiu (moderada).
Inefectiva o perjudicial	• Repòs al llit (moderada). • Exercici (baixa). • Tracció. • Ortesis lumbars (baixa).	• Repòs en el llit (moderada). • Tracció. • Ortesis lumbars (baixa). • Estimulació nerviosa elèctrica transcutània (TENS) (baixa). • Ultrasò (baixa). • Tàping (baixa).

Mesura no farmacològica	Dolor lumbar agut	Dolor lumbar crònic
RECOMANACIÓ B		
Probablement beneficiosa	• Escalfor superficial (moderada). • Manipulació espinal (baixa). • Acupuntura (baixa). • Massatge (baixa). • Teràpia amb làser de baixa intensitat (baixa).	• Exercici (evidència moderada). • Rehabilitació biopsicosocial multidisciplinària (moderada). • Acupuntura (lleu-moderada). • Teràpies psicològiques: – Teràpia cognitiva conductual (moderada). – Relaxació progressiva (baixa). – Entrenament de la bioretroalimentació, EMG (baixa). – Teràpia operant (baixa). – Atenció plena (moderada). • Exercicis de control motor (baixa). • Pilates (baixa). • Taitxí (baixa). • Ioga (baixa). • Massatge (baixa). • Manipulació espinal (baixa). • Teràpia làser (alta i baixa intensitat) - (baixa).
D'efectivitat desconeguda o evidència insuficient	• Escola d'esquena, exercicis de control motor, pilates, taitxí, ioga. • Teràpies psicològiques: – Teràpia cognitiva conductual. – Relaxació progressiva. – Entrenament de la bioretroalimentació, EMG. – Teràpia operant. – Atenció plena. • Rehabilitació biopsicosocial multidisciplinària. • Ultrasò, estimulació nerviosa elèctrica transcutània (TENS). • Estimulació muscular elèctrica, diatèrmia d'ona curta, interferencials i fred superficial. Tàping.	• Escola d'esquena. • Escalfor local. • Diatèrmia d'ona curta, interferencials. • Fred superficial. • Educació individual del pacient respecte al dolor lumbar. • Punció seca.

Bibliografia. Tractament no farmacològic

1. Engers AJ, Jellema P, Wensing M, van der Windt DAWM, Grol R, van Tulder MW. Individual patient education for low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1: CD004057.
2. Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G, Hagen KB. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 6: CD007612.
3. Abenhaim L, Rossignol M, Valat JP, Nordin M, Avouac B, Blotman F et al. The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain. Spine 2000; 25(4 Suppl):1S-33S.
4. Dalichau S, Scheele K. Effects of elastic lumbar belts on the effect of a muscle training program for patients with chronic back pain. Z Orthop Ihre Grenzgeb. 2000;138:8-16.
5. Hsieh CY, Phillips RB, Adams AH, Pope MH. Functional outcomes of low back pain: comparison of four treatment groups in a randomized controlled trial. J Manipulative Physiol Ther. 1992;15:4-9.
6. Van Middelkoop M, Rubinstein SM, Kuijpers T, Verhagen AP, Ostelo R, Koes BW, et al. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. Eur Spine J. 2011;20:19-39.
7. Ebadi S, Henschke N, Nakhostin Ansari N, Fallah E, van Tulder MW. Therapeutic ultrasound for chronic low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2014;CD009169.
8. Parreira Pdo C, Costa Lda C, Takahashi R, HespanholJunior LC, Luz Junior MA, Silva TM, et al. Kinesio taping to generate skin convolutions is not better than sham taping for people with chronic non-specific low back pain: a randomised trial. J Physiother. 2014;60:90-6.
9. Kachanathu SJ, Alenazi AM, Seif HE, Hafez AR, Alroumim MA. Comparison between Kinesio taping and a traditional physical therapy program in treatment of nonspecific low back pain. J Phys Ther Sci. 2014;26:1185-8.
10. Chou R, Huffman LH, American Pain Society. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. Ann Intern Med. 2007;147:492-504.
11. Hagen EM, Ødelien KH, Lie SA, Eriksen HR. Adding a physical exercise programme to brief intervention for low back pain patients did not increase return to work. Scand J Public Health. 2010;38:731-8.
12. Machado LA, Maher CG, Herbert RD, Clare H, McAuley JH. The effectiveness of the McKenzie method in addition to first-line care for acute low back pain: a randomized controlled trial. BMC Med. 2010;8:10.
13. Pengel LH, Refshauge KM, Maher CG, Nicholas MK, Herbert RD, McNair P. Physiotherapist-directed exercise, advice, or both for subacute low back pain: a randomized trial. Ann Intern Med. 2007;146:787-96.

14. Wegner I, Widyahening IS, van Tulder MW, Blomberg SEI, de Vet HCW, Brønfort G, Bouter LM, van der Heijden GJ. Traction for low-back pain with or without sciatica. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8: CD003010.
15. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2017;166(7):514-530.
16. Dalichau S, Scheele K. Effects of elastic lumbar belts on the effect of a muscle training program for patients with chronic back pain. *Z Orthop Ihre Grenzgeb.* 2000;138:8-16.
17. Hsieh CY, Phillips RB, Adams AH, Pope MH. Functional outcomes of low back pain: comparison of four treatment groups in a randomized controlled trial. *J Manipulative Physiol Ther.* 1992;15:4-9.
18. Van Middelkoop M, Rubinstein SM, Kuijpers T, Verhagen AP, Ostelo R, Koes BW, et al. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J.* 2011;20:19-39.
19. Ebadi S, Henschke N, Nakhostin Ansari N, Fallah E, van Tulder MW. Therapeutic ultrasound for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014:CD009169.
20. Parreira Pdo C, Costa Lda C, Takahashi R, HespanholJunior LC, Luz Junior MA, Silva TM, et al. Kinesio taping to generate skin convolutions is not better than sham taping for people with chronic non-specic low back pain: a randomised trial. *J Physiother.* 2014;60:90-6.
21. Kachanathu SJ, Alenazi AM, Seif HE, Hafez AR, Alroumim MA. Comparison between Kinesio taping and a traditional physical therapy program in treatment of nonspecific low back pain. *J Phys Ther Sci.* 2014;26:1185-8.
22. French SD, Cameron M, Walker BF, Reggars JW, Esterman AJ. Superficial heat or cold for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006:CD004750.
23. Nadler SF, Steiner DJ, Erasala GN, Hengehold DA, Hinkle RT, Beth Goodale M et al. Continuous low-level heat wrap therapy provides more efficacy than ibuprofen and acetaminophen for acute low back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2002;27:1012-7.
24. Von Heymann WJ, Schloemer P, Timm J, Muehlbauer B. Spinal high-velocity low amplitude manipulation in acute nonspecific low back pain: a double-blinded randomized controlled trial in comparison with diclofenac and placebo. *Spine (Phila Pa 1976)* 2013;38:540-8.
25. Hoiriis KT, Pfleger B, McDuffie FC, Cotsonis G, Elsangak O, Hinson R et al. A randomized clinical trial comparing chiropractic adjustments to muscle relaxants for subacute low back pain. *J Manipulative Physiol Ther.* 2004;27:388-98.
26. Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012:CD008880.
27. Schneider M, Haas M, Glick R, Stevans J, Landsittel D. Comparison of spinal manipulation methods and usual medical care for acute and subacute low back pain: a randomized clinical trial. *Spine (Phila Pa 1976).* 2015;40:209-17.

28. Lee JH, Choi TY, Lee MS, Lee H, Shin BC, Lee H. Acupuncture for acute low back pain: a systematic review. *Clin J Pain*. 2013;29:172-85.
29. Hasegawa TM, Baptista AS, de Souza MC, Yoshizumi AM, Natour J. Acupuncture for acute non-specific low back pain: a randomised, controlled, double-blind, placebo trial. *Acupunct Med*. 2014;32:109-15.
30. Vas J, Aranda JM, Modesto M, Benítez-Parejo N, Herrera A, Martínez-Barquín DM, et al. Acupuncture in patients with acute low back pain: a multicentre randomised controlled clinical trial. *Pain*. 2012;153:1883-9.
31. Lan J. Analysis of application of acupuncture analgesia in acute lumbar sprain [in Chinese]. *Journal of Community Medicine*. 2009:68-9.
32. Furlan AD, Imamura M, Dryden T, Irvin E. Massage for low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008:CD001929.
33. Konstantinovic LM, Cutovic MR, Milovanovic AN, Jovic SJ, Dragin AS, Letic MDj et al. Low-level laser therapy for acute neck pain with radiculopathy: a double-blind placebo-controlled randomized study. *Pain Med*. 2010;11:1169-78.
34. Van Middelkoop M, Rubinstein SM, Verhagen AP, Ostelo RW, Koes BW, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010;24:193-204.
35. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014:CD000963.
36. Lam M, Galvin R, Curry P. Effectiveness of acupuncture for nonspecific chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2013;38:2124-38.
37. Henschke N, Ostelo RW, van Tulder MW, Vlaeyen JW, Morley S Assendelft, WJ et al. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010:CD002014.
38. Cherkin DC, Sherman KJ, Balderson BH, Cook AJ, Anderson ML, Hawkes RJ et al. Effect of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care on back pain and functional limitations in adults with chronic low back pain: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2016;315:1240-9.
39. Saragiotto BT, Maher CG, Yamato TP, Costa LOP, Menezes Costa LC, Ostelo RWJG, Macedo LG. Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 1. Art. No.: CD012004.
40. Wells C, Kolt GS, Marshall P, Hill B, Bialocerkowski A. The effectiveness of Pilates exercise in people with chronic low back pain: a systematic review. *PLoS One*. 2014;9:e100402.
41. Yamato TP, Maher CG, Saragiotto BT, Hancock MJ, Ostelo RWJG, Cabral CMN, Menezes Costa LC, Costa LOP. Pilates for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7: CD010265.

42. Hall AM, Maher CG, Lam P, Ferreira M, Latimer J. Tai chi exercise for treatment of pain and disability in people with persistent low back pain: a randomized controlled trial. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63:1576-83.
43. Williams K, Abildso C, Steinberg L, Doyle E, Epstein B, Smith D et al. Evaluation of the effectiveness and efficacy of Iyengar yoga therapy on chronic low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009;34:2066-76.
44. Sherman KJ, Cherkin DC, Wellman RD, Cook AJ, Hawkes RJ, Delaney K, et al. A randomized trial comparing yoga, stretching, and a self-care book for chronic low back pain. *Arch Intern Med*. 2011;171:2019-26.
45. Aboagye E, Karlsson ML, Hagberg J, Jensen I. Cost-effectiveness of early interventions for non-specific low back pain: a randomized controlled study investigating medical yoga, exercise therapy and self-care advice. *J Rehabil Med*. 2015;47:167-73.
46. Cramer H, Lauche R, Haller H, Dobos G. A systematic review and meta-analysis of yoga for low back pain. *Clin J Pain*. 2013;29:450-60.
47. Yoon YS, Yu KP, Lee KJ, Kwak SH, Kim JY. Development and application of a newly designed massage instrument for deep cross-friction massage in chronic non-specific low back pain. *Ann Rehabil Med*. 2012;36:55-65.
48. Balthazard P, de Goumoens P, Rivier G, Demeulenaere P, Ballabeni P, Dériaz O. Manual therapy followed by specific active exercises versus a placebo followed by specific active exercises on the improvement of functional disability in patients with chronic non specific low back pain: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012;13:162.
49. Bicalho E, Setti JA, Macagnan J, Cano JL, Manffra EF. Immediate effects of a high-velocity spine manipulation in paraspinal muscles activity of nonspecific chronic low-back pain subjects. *Man Ther*. 2010;15:469-75.
50. Haas M, Vavrek D, Peterson D, Polissar N, Neradilek MB. Dose-response and efficacy of spinal manipulation for care of chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Spine J*. 2014;14:1106-16.
51. Basford JR, Sheffield CG, Harmsen WS. Laser therapy: a randomized, controlled trial of the effects of low-intensity Nd:YAG laser irradiation on musculoskeletal back pain. *Arch Phys Med Rehabil*. 1999;80:647-52.
52. Alayat MS, Atya AM, Ali MM, Shosha TM. Long-term effect of high-intensity laser therapy in the treatment of patients with chronic low back pain: a randomized blinded placebo-controlled trial. *Lasers Med Sci*. 2014;29(3):1065-1073.
53. Djavid GE, Mehrdad R, Ghasemi M, Hasan-Zadeh H, Sotoodeh-Manesh A, Pouryaghoub G. In chronic low back pain, low level laser therapy combined with exercise is more beneficial than exercise alone in the long term: A randomised trial. *Aust J Physiother*. 2007;53(3):155-160.
54. Poquet N, Lin CWC, Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Koes BW, Maher CG. Back schools for acute and subacute non-specific low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4: CD008325.

55. Parreira P, Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Koes BW, Poquet N, Lin CWC, Maher CG. Back Schools for chronic non-specific low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 8: CD011674.
56. Gunn CC, Milbrandt WE, Little AS, Mason KE. Dry needling of muscle motor points for chronic low-back pain: a randomized clinical trial with long-term follow-up. Spine. 1980;5(3):279-291.
57. WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

5.2. Tractament farmacològic de la lumbàlgia

S'han establert una sèrie de recomanacions generals relacionades amb el tractament farmacològic agrupades per criteris nosològics (vegeu la taula de la pàgina 38).

5.2.1. Lumbàlgia aguda

En termes d'eficàcia basada en l'alleujament del dolor, en una revisió sistemàtica Cochrane recent no es va demostrar que el paracetamol fos eficaç enfront de placebo en la lumbàlgia aguda.¹ En el cas dels antiinflamatoris no esteroïdals (AINE), en concret l'ibuprofèn, es van obtenir resultats favorables enfront de placebo (magnitud de l'efecte, però discret).² Els opioïdes, segons una metanàlisi en xarxa, tant pel tramadol com per tot el grup terapèutic, no van mostrar eficàcia pel que fa a l'alleujament del dolor enfront de placebo.³ A partir dels estudis disponibles, no s'han constatat diferències significatives d'eficàcia entre el paracetamol i els AINE, tot i que aquests estudis tenen limitacions metodològiques.⁴

Quan es valora el tractament en termes de seguretat, el **paracetamol** és considerat actualment com el més segur dels fàrmacs eficaços per a la lumbàlgia aguda quan s'utilitza en les dosis adequades. En cas d'un control inadequat amb paracetamol, un **AINE** com l'**ibuprofèn** o el **naproxèn** és una alternativa que s'ha de valorar. L'inconvenient principal dels AINE és la toxicitat gastrointestinal, renal i cardiovascular. Dins d'aquest grup, l'ibuprofèn i el naproxèn són els que menys risc tenen, encara que es recomana utilitzar-los en la dosi mínima útil i durant el mínim temps possible.⁵

S'hauria de considerar la utilització dels **opioïdes febles o menors (tramadol)**, amb paracetamol o sense quan els AINE estiguin contraindicats, no es tolerin o siguin ineficaços.⁶

Els **opioïdes**, en general, i sobretot els *forts o majors*, a causa de l'aparició de reaccions adverses i el risc elevat de dependència física i psíquica, s'han d'evitar en la mesura que sigui possible. En cas de prescriure opioïdes febles, no s'han d'utilitzar de manera continuada durant més d'una o dues setmanes, ja que no només no resulten més eficaços que altres analgèsics sinó que s'associen a més reaccions adverses (somnolència, restrenyiment, alentiment psicomotor o les esmentades dependències).⁶

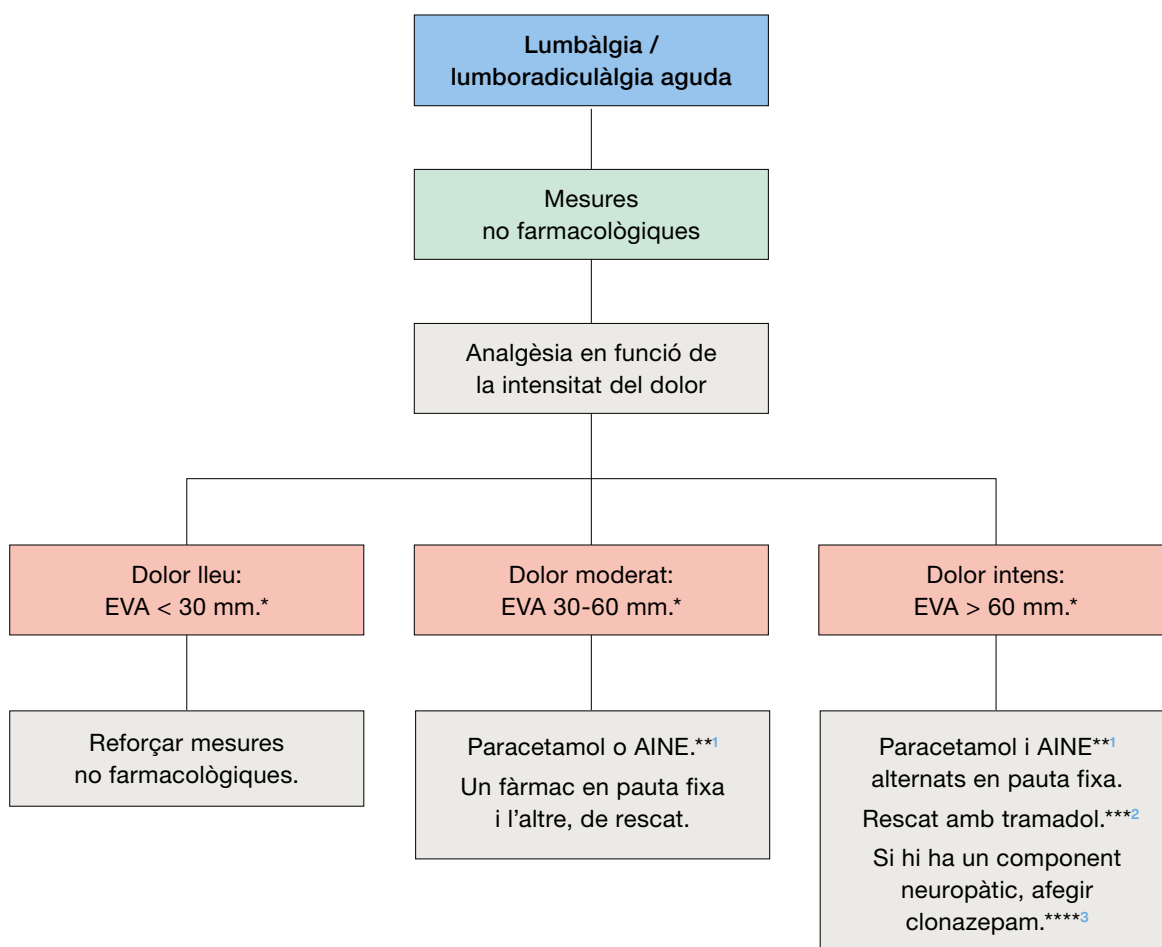
Els **relaxants musculars** no benzodiazepínics són més efectius que el placebo en la reducció del dolor a curt termini (menys de dues setmanes) en pacients amb lumbàlgia aguda.^{1,3,7} Malgrat això, hi ha problemes importants relacionats amb la seva utilització. En les diferents revisions sistemàtiques l'evidència és de baixa o molt baixa confiança, i no es disposa de dades suficients per poder escollir un principi actiu que sigui de primera elecció. També és important recordar que la somnolència i els mareigs apareixen en més de la meitat dels pacients tractats, i que hi poden aparèixer nàusees, sequedat de boca, hipotensió i debilitat muscular.^{8,9} El diazepam podria ser d'utilitat si s'associa amb espasmes musculars, però s'hauria d'administrar en períodes curts de temps (inferiors a una setmana), a causa de l'abús potencial que es relaciona amb aquest fàrmac.¹⁰

La prescripció d'**anticonvulsius** (gabapentina i pregabalina) per al dolor lumbar, inclòs el dolor radicular, ha augmentat un 535 % en els darrers deu anys. Malgrat això, la revisió de l'evidència ens indica que els anticonvulsius són ineficaços en la lumbàlgia crònica i en el

dolor radicular¹¹ i comporten un augment d'efectes adversos no menyspreables. Actualment, les guies internacionals⁶ desaconsellen l'ús de gabapentinoides per al dolor radicular.

No hi ha evidència de l'eficàcia dels **antidepressius** en el tractament de la lumbàlgia aguda i per aquest motiu no s'haurien de prescriure.⁶

Algoritme de tractament. Lumbàlgia aguda



* Equivalència amb l'Escala EVA 1-10.

** Ibuprofèn (la dosi màxima d'ibuprofèn oral és de 2.400 mg/dia). Naproxèn oral (la dosi recomanada és de 550-1.100 mg/dia). Dexketoprofèn intravenós o diclofenac intramuscular. Sempre que es pugui, cal utilitzar la via oral. S'ha d'avaluar sempre el risc gastrointestinal (GI) cardiovascular i altres característiques dels pacients que en contraindiquin la utilització. El metamizole pot ser una alternativa als AINE en pacients amb patologia GI (el 2018, l'AEMPS va publicar una alerta sobre el metamizole i el risc d'agranulocitosi, i la dosi màxima és de 4 g/dia i una durada màxima de 7 dies).

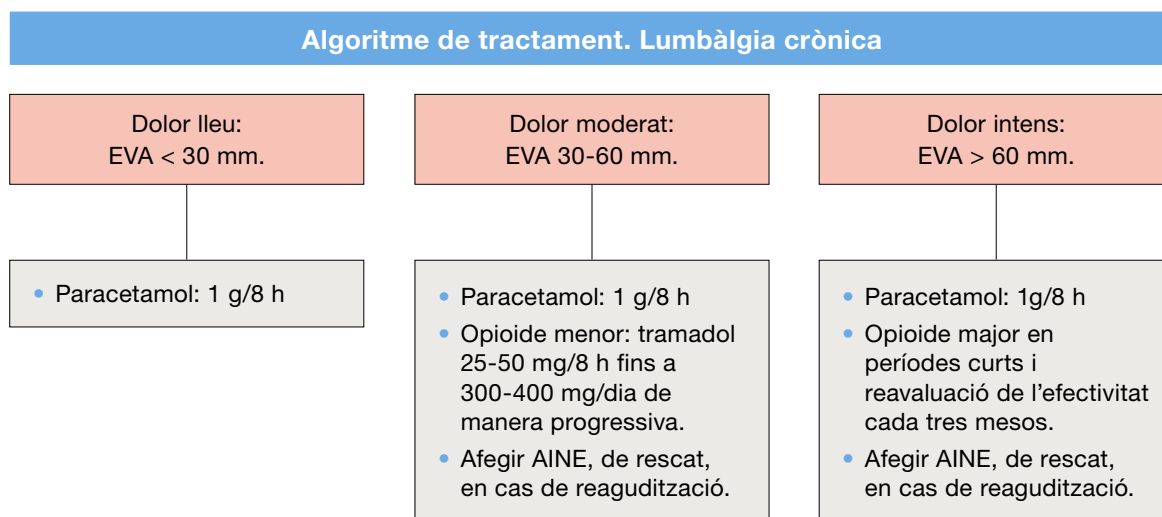
*** Quan s'inicia un tractament amb tramadol, igual que amb la resta d'opioides, s'ha de titular la dosi i iniciar el tractament amb la dosi més baixa i durant el mínim temps possible. També s'ha de controlar el nivell de sedació i fer prevenció dels efectes adversos freqüents com el restrenyiment.

**** Si malgrat el tractament instaurat els pacients continuen amb dolor neuropàtic, es pot plantejar introduir la gabapentina, però s'ha d'administrar en períodes inferiors a una setmana, a causa de l'abús potencial.

5.2.2. Lumbàlgia crònica

Pel que fa als pacients amb lumbàlgia crònica, malauradament no es disposa d'estudis amb cap medicament que demostrin, a llarg termini, un alleujament del dolor, inclosos els fàrmacs antidepressius, dels quals no hi ha proves que siguin superiors al placebo en termes de reducció del dolor i de millora de la funcionalitat. Es recomana tractar els pacients amb criteris de lumbàlgia crònica durant els episodis aguts de lumbàlgia amb les mateixes recomanacions que s'indiquen en l'apartat anterior (lumbàlgia aguda).

Seguint l'abordatge multidisciplinari del tractament de la lumbàlgia crònica, que inclou les mesures farmacològiques i no farmacològiques, aconsellem seguir les recomanacions del document *Abordatge del dolor crònic no oncològic* del CatSalut, del 2016. També recomanem seguir les recomanacions de l'ús d'opioides del Center for Disease Control and Prevention (CDC).¹²



- Si hi ha un component radicular, valorar si cal afegir-hi gabepentina i seguir les recomanacions del tractament de dolor neuropàtic crònic.
- Recomanacions de l'ús d'opioides:
 - Inici del tractament:
 - Història clínica i exploració física.
 - Explicar-ne els possibles efectes col·laterals.
 - Avaluar la funcionalitat, la funció cognitiva, el destret emocional, l'activitat ocupacional, el son i la qualitat sexual.
 - Informació detallada als pacients i familiars.

b. Manteniment i durada del tractament

- Valorar-ne l'efectivitat analgèsica i la funcionalitat. Ajustar la dosi: 25-50 % en cada control.
- Vigilar els augments ràpids.
- Prescriure opiacis d'alliberació lenta.
- Avaluar els efectes adversos + profilaxi.
- Avaluar els canvis de comportament i els canvis en els tractaments.

c. Retirada del tractament. Es farà quan:

- L'alleujament del dolor sigui escàs.
- Els efectes adversos siguin molt importants.
- La retirada ha de ser lenta. Dependrà de la dosi i el temps de durada del tractament. S'ha de retirar un 25 % de la dosi en cada visita (2-3 setmanes).
- Possibilitat de suport psicològic.

Taula de conversió d'opioïdes (dosis de 24 hores)

1. Els factors de conversió i dosis equivalents només són orientatives atès que hi ha diferències importants entre les referències utilitzades. Hem fet servir les d'equivalències de menys potència.
2. Qualsevol canvi o rotació d'opiacis ha de tenir una justificació clínica, s'ha de fer un monitoratge individualitzat segons la situació clínica de cada pacient.
3. La rotació de l'opiaci s'ha d'iniciar amb una dosi inferior a la recomanada en la taula, i ajustar-la progressivament les següents 24-48 hores. Sempre se n'ha de valorar tant l'eficàcia com els possibles efectes secundaris.
4. Els especialistes amb experiència en l'ús de la metadona han de fer la rotació d'aquest fàrmac per la dificultat d'ajustar-ne la dosi.

5.3. Procediments infiltratius

Els procediments infiltratius i les tècniques mínimament invasives necessiten una avaluació acurada a les unitats especialitzades, i tenen un paper determinant les unitats del dolor. Per millorar l'eficàcia i la seguretat dels procediments, les societats científiques aconsellen dur-los a terme amb suport visual específic (ultrasonografia i/o radioscòpia). Així mateix, es defineixen els criteris de derivació a les unitats del dolor per optimitzar l'atenció especialitzada i millorar l'eficiència d'aquests procediments (annex 1).

Els tractaments farmacològics injectables en músculs, articulacions, lligaments i punts desencadenants no presenten una evidència consistent de la seva eficàcia tant en el tractament de la lumbàlgia aguda com en el de la crònica.¹³

Procediments epidurals

Els procediments epidurals amb corticoesteroides no proporcionen efectes beneficiosos en pacients amb lumbàlgia aguda sense símptomes radiculars o en pacients amb lumbàlgia crònica.⁶ Els resultats obtinguts en pacients amb dolor lumbar crònic amb símptomes radiculars no proporcionen evidències suficients per arribar a conclusions definitives.

D'altra banda, en els pacients amb simptomatologia radicular aguda o subaguda, els procediments epidurals poden tenir més consistència de l'evidència i poden obtenir més bons resultats en l'alleujament del dolor i la funcionalitat.⁶ És important saber el risc potencial de complicacions greus que obliga que qui porti a terme aquests procediments sigui personal qualificat i especialitzat. Per aquest motiu, el panel d'experts de seguretat de la Food and Drug Administration (FDA) va definir un conjunt de recomanacions per minimitzar els efectes adversos greus relacionats amb les infiltracions epidurals de corticoesteroides.^{14, 15}

Denervació per radiofreqüència

La tècnica de radiofreqüència convencional de la branca medial de l'articulació interapofisial lumbar és una tècnica efectiva a curt i mitjà termini.⁶ S'hauria de plantejar la derivació a les unitats especialitzades per avaluar aquesta tècnica en pacients amb lumbàlgia crònica no específica amb sospita de dolor articular i quan el tractament conservador no sigui efectiu. Només es durà a terme aquesta tècnica després d'una resposta positiva al bloqueig anestèsic de la branca medial.

Tractaments durant l'embaràs

L'analgèsic d'elecció és el paracetamol.¹⁶ Els AINE estan contraindicats durant l'embaràs. En cas que es necessiti utilitzar un AINE abans de les 20 setmanes de gestació, es pot començar amb l'ibuprofèn a dosis baixes (400 mg/8 h), durant el mínim temps possible i ajustar-ne la dosi en funció de la intensitat del dolor. Cal evitar l'ús d'AINE a partir de les 20 setmanes pel risc de tancament prematur del ductus arteriós, insuficiència renal fetal i oligohidramni.¹⁷

Tractament farmacològic de la lumbàlgia, graus de recomanació	
El paracetamol és un fàrmac amb un perfil acceptable d'eficàcia i seguretat en el tractament de la lumbàlgia aguda.	C
Els AINE són fàrmacs acceptables per al tractament dels pacients amb lumbàlgia aguda.	B
No s'han evidenciat diferències significatives d'eficàcia entre el paracetamol i els AINE .	B
Els AINE tenen un risc tòxic potencial. El grup principal de reaccions adverses és el de les gastrointestinals, renals i cardiovasculars. La decisió d'utilitzar-los depèn de la comorbiditat i les reaccions adverses.	A
Els relaxants musculars poden tenir efectivitat en la lumbàlgia aguda, però no és superior a la dels AINE.	C
Els relaxants musculars tenen potencial tòxic, ja que causen reaccions adverses, com ara la somnolència, en un 30 % dels pacients.	C
Els opioides febles són una opció de tractament en pacients amb lumbàlgia aguda únicament si s'utilitzen en períodes curts de temps (menys de dues setmanes).	C
Els opioides causen diferents efectes adversos com són: reducció del temps de reacció, somnolència, alentiment psicomotor, que poden causar la retirada prematura del tractament en un 35 % dels pacients.	C
S'ha d'informar els pacients del perill potencial de dependència física i del perill associat als opioides en el maneig de maquinària perillosa o en la conducció de vehicles.	C
Els anticonvulsius (gabapentina i pregabalina) no són efectius per al tractament del dolor lumbar inespecífic.	C
No es recomana el tractament amb antidepressius en el tractament de la lumbàlgia aguda.	C
No hi ha evidència de l'eficàcia en el tractament de la lumbàlgia aguda dels tractaments farmacològics injectables en músculs, articulacions, lligaments i en punts desencadenants.	A
No hi ha evidència de la utilitat dels esteroides i els anestèsics locals epidurals en el tractament de la lumbàlgia aguda sense símptomes radiculars.	A
Els esteroides epidurals són una opció per alleujar a curt i mitjà termini el dolor radicular després del fracàs del tractament conservador i com a mitjà per evitar la cirurgia.	C
Els esteroides epidurals tenen una eficàcia molt limitada en pacients amb claudicació neurògena i estenosi central del canal lumbar.	C

Bibliografia. Tractament farmacològic

1. Cashin AG, Wand BM, O'Connell NE, Lee H, Rizzo RR, Bagg MK, et al. Pharmacological treatments for low back pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Apr 4; 4(4): CD013815.
2. van der Gaag WH, Roelofs PD, Enthoven WT, van Tulder MW, Koes BW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for acute low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Apr 16; 4(4): CD013581. doi: 10.1002/14651858.CD013581.
3. Wewege MA, Bagg MK, Jones MD, Ferraro MC, Cashin AG, Rizzo RR, et al. Comparative effectiveness and safety of analgesic medicines for adults with acute non-specific low back pain: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2023 Mar 22; 380: e072962. doi: 10.1136/bmj-2022-072962.
4. Koes B, Schreijenberg M, Tkachev A. Paracetamol for low back pain: the state of the research field. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2020 Sep; 13(9): 1059-1066. doi: 10.1080/17512433.2020.1817738.
5. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Seguridad cardiovascular de los AINE tradicionales: conclusiones de la revisión de los últimos estudios publicados. MUH (FV) 15/2012. Disponible a: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2012/docs/NI-MUH_FV_15-2012.pdf
6. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline (NG59). London (UK): National Institute for Health and Care Excellence; 2016. Última actualització: 11 desembre 2020. Disponible a: www.nice.org.uk/guidance/ng59 [consulta 13 maig 2024].
7. Cashin AG, Folly T, Bagg MK, Wewege MA, Jones MD, Ferraro MC, et al. Efficacy, acceptability, and safety of muscle relaxants for adults with non-specific low back pain: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2021 Jul 7; 374: n1446. doi: 10.1136/bmj.n1446.
8. AEMPS CIMA. Fitxa técnica tizanidina. Disponible a: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/58313/FT_58313.html#4.8 [consulta 13 maig 2024].
9. AEMPS CIMA. Fitxa técnica ciclobenzaprina. Disponible a: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/56428/FT_56428.html#7 [consulta 13 maig 2024].
10. AEMPS CIMA. Fitxa técnica diazepam. Disponible a: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/80699/FT_80699.html [consulta 13 maig 2024].
11. Enke O, New HA, New CH, Mathieson S, McLachlan AJ, Latimer J, et al. Anticonvulsants in the treatment of low back pain and lumbar radicular pain: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2018 Jul 3; 190(26): E786-E793. doi: 10.1503/cmaj.171333.
12. Dowell D, Haegerich TM, Chou R, CDC. Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain – United States, 2016. *JAMA*. 2016; 315 (15): 1624-45. doi: 10.1001/Jama.2016.1464.
13. Nelemans PJ, Vet HCW, Sturmans F. Injection therapy for subacute and chronic benign low back pain. *The Cochrane Library* 2002; Issue1:1, 44. Oxford. Update Software.

14. Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: FDA requires label changes to warn of rare but serious neurologic problems after epidural corticosteroid injections for pain; 2014. Disponible a: <http://www.fda.gov/DrugsSafety/ucm394280.htm>.
15. Rathmell JP, Benzon HT, Dreyfuss P, et al. Safeguards to prevent complications after epidural steroid injections. Consensus opinions from a multidisciplinary working group and national organizations. *Anesthesiology*. 2015; 122: 974-984.
16. AEMPS CIMA. Fitxa técnica Gelocatil. Disponible a: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/66204/FT_66204.html [consulta 13 maig 2024].
17. AEMPS CIMA. Fitxa técnica ibuprofèn. Disponible a: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/69576/FT_69576.html#4.6 [consulta 13 maig 2024].

5.4. Tractament quirúrgic

5.4.1. Indicacions de derivació per valorar el tractament quirúrgic

- Dèficit neurològic significatiu (balanç muscular $< 4/5$) o progressiu. Inclou:
 - Dèficit monoradiculària (afectació d'una sola arrel).
 - Dèficit pluriradiculària (síndrome de la cua de cavall).
- Dolor radicular agut insuportable, no controlable amb cap tipus de tractament conservador (ciàtica hiperàlgica).
- Dolor radicular de més de sis setmanes d'evolució, un cop esgotades totes les alternatives de tractament conservador. Inclou:
 - Dolor radicular agut per hèrnia discal (de sis a dotze setmanes d'evolució).
 - Dolor radicular crònic per estenosi del canal lumbar o hèrnia discal (més de tres mesos d'evolució).
- Dolor lumbar crònic invalidant, de més de sis mesos d'evolució, un cop esgotades totes les alternatives de tractament conservador quan es compleixi, almenys, un dels criteris següents:
 - Inestabilitat segmentària (espondilolistesi, síndrome postlaminectomia, escoliosi lumbar degenerativa).
 - Discopatia degenerativa (pacients amb només un o dos segments degenerats. Cal una selecció prequirúrgica estricta).

5.4.2. Indicacions de tractament quirúrgic

Les indicacions de tractament quirúrgic següents sorgeixen del consens entre els especialistes que han col·laborat en aquesta guia i només tenen l'objectiu d'orientar els pacients i els professionals. La indicació quirúrgica definitiva sempre dependrà de l'equip quirúrgic responsable i, sobretot, de les característiques de cada pacient.

Lumbàlgia

Lumbàlgia aguda

No té criteris d'intervenció si no hi ha signes d'alarma.

Lumbàlgia crònica

Aquell dolor lumbar crònic no irradiat, que limita les activitats de la vida diària, per al qual s'ha fet un tractament conservador a rehabilitació i a la clínica del dolor sense millora i que concorda amb alguns dels següents diagnòstics mitjançant radiologia simple i ressonància magnètica.

- Discopatia localitzada en un sol nivell.
- Inestabilitat radiològica.
- Escoliosi lumbar degenerativa.
- Desequilibri sagital.
- Espondilòlisi/espondilolistesi.

Els pacients han d'estar disposats a sotmetre's a una intervenció quirúrgica i és recomanable que hagin obtingut una valoració psicològica.

Lumbociàtica

Lumbociàtica aguda

Valorar cirurgia urgent:

- Clínica de cua de cavall de < de 72 h d'evolució.

Valorar cirurgia preferent:

- Dèficit neurològic motor significatiu o progressiu de menys de 6-8 setmanes d'evolució amb ressonància magnètica concordant amb la clínica.

Valorar cirurgia:

- Dèficit neurològic motor significatiu o progressiu de més de 6-8 setmanes que s'associï a un dolor intolerable per al qual hagi fracassat el tractament conservador.

Lumbociàtica crònica

Els pacients han d'estar disposats a sotmetre's a una intervenció quirúrgica i és recomanable que hagin obtingut una valoració psicològica prèvia.

- La radiculàlgia crònica invalidant, que no millora amb el tractament conservador a la clínica del dolor i amb una imatge de ressonància magnètica concordant.
- Dos o més episodis anuals de dolor radicular agut que limita les activitats de la vida diària malgrat el tractament conservador a la clínica del dolor.

Claudicació neurògena de la marxa

Els pacients han d'estar disposats a sotmetre's a una intervenció quirúrgica (si toleren bé els símptomes, és recomanable evitar la intervenció i revalorar-ne la necessitat més endavant, en cas de presentar un empitjorament).

Claudicació neurogènica que limita les activitats de la vida diària, que no millora amb el tractament conservador a la clínica del dolor i que concorda amb el diagnòstic d'estenosi del canal lumbar mitjançant una ressonància magnètica.

Bibliografia. Tractament quirúrgic de la lumbàlgia

1. Weinstein JN, Tosteson TD, Lurie JD, et al. Surgical vs nonoperative treatment for lumbar disk herniation: the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT): a randomized trial. *JAMA*. 2006;296:2441-2450.
2. Kreiner DS, Hwang SW, Easa JE, et al. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy. *Spine J*. 2014;14:180-191.
3. Ghahreman A, Ferch R, Bogduk N. The efficacy of transforaminal injection of steroids for the treatment of lumbar radicular pain. *Pain Med*. 2010;11:1149-1168.
4. Peul WC, van Houwelingen HC, van den Hout WB, et al. Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica. *N Engl J Med*. 2007;356:2245-2256.
5. Ghogawala Z, Shaffrey CI, Asher AL, et al. The efficacy of lumbar discectomy and single-level fusion for spondylolisthesis: results from the NeuroPoint-SD registry: clinical article. *J Neurosurg Spine*. 2013;19:555-563.
6. Lønne G, Fritzell P, Hägg O, Nordvall D, Gerdhem P, Lagerbäck T, et al. Lumbar spinal stenosis: comparison of surgical practice variation and clinical outcome in three national spine registries. *Spine J*. 2019 Jan;19(1):41-49.
7. Willems PC, Staal JB, Walenkamp GH, de Bie RA. Spinal fusion for chronic low back pain: systematic review on the accuracy of tests for patient selection. *Spine J*. 2013 Feb;13(2):99-109.
8. Debono B, Sabatier P, Koudsie A, Buffenoir K, Hamel O. Managing spine surgery referrals: The consultation of neurosurgery and its nuances. *Neurochirurgie*. 2017;63(4):267-272.

6. Criteris de derivació de la lumbàlgia

6.1. Criteris de derivació a un fisioterapeuta d'atenció primària i comunitària

Persones amb diagnòstic de raquiàlgia crònica mecànica (sovint, de més de 6 setmanes) de base degenerativa o per sobrecàrrega, sense signes d'alarma ni limitacions importants de mobilitat.

6.2. Criteris de derivació a un servei de rehabilitació

Són tributàries de l'SR les persones que es troben en les situacions següents:

- Raquiàlgia de més de 6 setmanes d'evolució que no han millorat amb el tractament habitual i haver participat en Grup de Fisioteràpia d'atenció primària i comunitària (APiC) o són reincidentes i que no presenten signes d'alerta. Dolor radicular crònic que no ha millorat amb tractament farmacològic.

Consideracions relacionades amb la sol·licitud d'atenció al servei de rehabilitació (SR).

- Són candidates de nova sol·licitud d'atenció a l'SR les persones adherides al tractament i a les pautes recomanades que presenten un empitjorament i/o nova simptomatologia després d'un mínim de 3 mesos.

No es considera la sol·licitud d'atenció a l'SR en els casos de dolor radicular de menys de 6 setmanes d'evolució ni en els casos de raquiàlgia amb signes d'alerta.

6.3. Criteris de derivació a un servei de reumatologia

Lumbàlgia crònica (de més de 6 setmanes d'evolució) amb ritme de dolor inflamatori.

6.4. Criteris de derivació a unitats del dolor

Davant l'augment de la demanda de peticions assistencials a les unitats del dolor, el grup PADEICS-Dolor vol definir els criteris de derivació per optimitzar els recursos i evitar derivacions que no necessiten una atenció hospitalària.

Per aquest motiu és imprescindible el coneixement per part dels especialistes, tant de l'atenció primària com de l'hospitalària, dels requisits per poder derivar a una unitat del dolor, i de la cartera de serveis que poden oferir segons el grau de complexitat i l'àmbit territorial.

També s'acorda facilitar la comunicació i el coneixement entre els diferents professionals sanitaris de manera telemàtica per solucionar aspectes assistencials i evitar derivacions innecessàries (comunicació en temps real a través de la història dels pacients o plataformes tecnològiques).

Totes les derivacions haurien d'incorporar, a més del motiu de consulta, la localització, el temps d'evolució, la intensitat, els criteris de dolor neuropàtic, l'etiologia, les proves complementàries i els tractaments fets, així com les proves diagnòstiques pertinents.

Els criteris de derivació a les unitats del dolor són:

- 1. Presentar dolor intens
- 2. i/o no obtenir millora després d'un tractament seguint les recomanacions del document Abordatge del dolor crònic no oncològic del CatSalut, 2016.
- 3. i/o no és adequada la via oral, perquè és insuficient, presenta intolerància, efectes secundaris o bé necessita dosis altes d'opioides.
- 4. i/o presenta dolor oncològic o no oncològic tributari d'un tractament específic existent en una unitat del dolor.

6.5. Criteris de derivació a una unitat de cirurgia del raquis

- Lumbàlgia aguda: no té criteris de derivació.
- Lumbàlgia crònica: derivar si persisteixen símptomes invalidants de més de 6 mesos d'evolució tot i haver completat el tractament conservador, que ha d'incloure rehabilitació (RHB) i valoració a una clínica del dolor, i el pacient es planteja la possibilitat de tractament quirúrgic.
- Lumbociatàlgia aguda/derivar a urgències si presenta dèficit motor o síndrome de la cua de cavall.
- Derivar preferent a la unitat de cirurgia del raquis si presenta lumbociatàlgia, que no respon a tractament farmacològic de més de 6 setmanes d'evolució.
- Lumbociatàlgia crònica, derivar si persisteixen símptomes invalidants, de més de 6 mesos d'evolució, tot i haver completat el tractament conservador, que ha d'incloure RHB i valoració a clínica del dolor, i el pacient es planteja la possibilitat de tractament quirúrgic.

Recomanació

Des del PADEICS d'esquena es recorda que el dolor és una experiència emocional i s'ha d'incloure dintre de la valoració integral del pacient un abordatge dels factors psicosocials, sobretot en els pacients amb dolor crònic.

