



DOLOR LUMBAR: ¿CUÁL ES EL ABORDAJE RECOMENDADO?

Bernat de Pablo Márquez. Servicio de Urgencias. Hospital Universitari Mutua Terrassa. Terrassa.

Patricia Marrero Álvarez. Servicio de Farmacia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Resumen

El dolor lumbar es una patología muy frecuente en nuestro entorno, que requiere una gran cantidad de recursos. El ejercicio físico es la herramienta que ha mostrado mejores resultados y por tanto, es el pilar sobre el cual se debe optimizar el abordaje de este problema de salud, siempre desde una perspectiva multidisciplinar entre diferentes profesionales sanitarios. La terapia cognitivo conductual y la rehabilitación multidisciplinar también se pueden valorar, junto con el ejercicio en el dolor lumbar crónico, cuando la respuesta al ejercicio es inadecuada.

Con un efecto de pequeño a moderado, los antiinflamatorios no esteroideos son los medicamentos recomendados para el tratamiento del dolor lumbar agudo y crónico cuando ha fracasado al tratamiento no farmacológico. En los pacientes en los que no se consideran apropiados, el paracetamol o el metamizol podrían ser una alternativa. Los opioides débiles y los relajantes musculares de acción central quedan reservados para casos muy seleccionados en dolor lumbar agudo. Es necesario que el tratamiento farmacológico se administre con la dosis mínima útil y durante el menor tiempo posible.

Los opioides fuertes, las benzodiacepinas, los corticosteroides sistémicos, los antidepresivos, los antiepilépticos, los AINE tópicos y la lidocaína tópica no han demostrado un beneficio clínicamente relevante en el dolor lumbar y no se recomienda su uso.

En algunos casos concretos, refractarios al tratamiento multidisciplinar, se podrían plantear tratamientos invasivos/quirúrgicos.

Palabras clave: Dolor lumbar; atención primaria; actividad física; antiinflamatorios no esteroideos.

¿Qué es el dolor lumbar?

El dolor lumbar o lumbalgia se define como una molestia localizada entre el límite inferior de las costillas y el límite inferior de los glúteos. La intensidad del dolor puede variar en función de la postura y la actividad física, y puede acompañarse de limitación dolorosa del movimiento.¹

Se trata de un problema de salud importante, siendo la condición musculoesquelética más frecuente y la primera causa de

discapacidad e invalidez en el periodo laboral de la población general en el mundo occidental. En algunos países como Reino Unido se ha descrito el dolor lumbar como la causa principal de gasto en salud, por encima de las enfermedades cardiovasculares.²

Se estima que entre un 80% y un 85% de la población española sufrirá dolor lumbar en algún momento de su vida y de estos un 7,7% desarrollará dolor lumbar crónico.³

El dolor lumbar se puede clasificar según:

Etiología

- **Inespecífica:** cuando no se encuentra una causa única que justifique el dolor. El dolor lumbar inespecífico es el más frecuente (85% de todas las lumbalgias). Se considera que su origen es multifactorial en el cual intervienen factores individuales biofísicos, psicosociales, genéticos y ocupacionales.⁴
- **Específica:** causada por fracturas o enfermedades sistémicas (espondilitis, infecciones, neoplasias, etc.).
- **Radicular:** con afectación radicular / ciática.

Cronología

- **Dolor lumbar agudo:** dolor lumbar con menos de 12 semanas de evolución.⁵ Suele progresar del siguiente modo:
 - Recuperación completa en menos de 12 semanas 70% (36% recuperación rápida y 34% recuperación lenta).
 - Recuperación incompleta después de las 12 semanas: 14%.
 - Dolor fluctuante durante las 12 semanas: 11%.
 - Dolor persistente durante las 12 semanas: 5%.
- **Dolor lumbar crónico:** dolor que persiste más de 12 semanas.¹ Afecta al 21,8% de la población española. Aumenta con la edad y es más frecuente en el sexo femenino.³

Algunas clasificaciones incluyen también el dolor lumbar subagudo, el cual sería un periodo de transición entre el dolor agudo (considerando en este caso que tiene una duración de 4-6 semanas) y el crónico (más de 12 semanas de duración).^{6,7}

¿Cómo se diagnostica el dolor lumbar?

Para llegar al diagnóstico hay que realizar una buena anamnesis, poniendo especial énfasis en los condicionantes de alerta, también conocidos como “red flags”, para descartar una causa específica del dolor lumbar (véase la **tabla 1**).⁸ Así mismo, se tienen que explorar los factores psicosociales que podrían contribuir al dolor lumbar. Por último, se ha de realizar también una buena exploración física.⁹

No se recomienda hacer siempre exploraciones complementarias, incluidas las pruebas de imagen, de forma rutinaria y solo se deben considerar en los pacientes en los cuales los resultados cambien el manejo (sospecha de una infección, neoplasia, etc.).⁶

¿Cómo se trata el dolor lumbar?

Las estrategias disponibles para el manejo del dolor lumbar inespecífico son:

- Educación y consejos
- Tratamiento no farmacológico
- Tratamiento farmacológico
- Tratamiento invasivo / cirugía

En cuanto a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC), en ocasiones son contradictorias, tanto las de tratamiento no farmacológico como las de tratamiento farmacológico.¹⁰ Sin embargo, cuando solo se consideran las GPC evaluadas con una calidad alta, la mayor parte de las recomendaciones son consistentes. De acuerdo con otras publicaciones, se considera que las GPC son de calidad alta si en la lista de comprobación AGREE II (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*) se obtiene al menos una puntuación del 70% en el dominio “Desarrollo riguroso” y una puntuación de al menos el 50% en los cinco dominios restantes y en la valoración global.^{11,12} En el presente documento, sólo se han considerado las GPC con una calidad alta.¹³⁻¹⁶

La eficacia de los diferentes tratamientos para el dolor lumbar se ha establecido según su efecto para reducir el dolor y para mejorar la funcionalidad, mediante analógica, una escala numérica de diez puntos, y la escala *Roland Morris Disability Questionnaire* para medir el dolor y la funcionalidad, respectivamente. En la tabla 2 se muestra la magnitud del efecto sobre el dolor y la funcionalidad considerada pequeña, moderada o alta.

Educación y consejos

Es el primer punto en el abordaje tanto del dolor lumbar agudo como del crónico. Se ha de informar sobre la naturaleza del dolor lumbar, de que no se trata de una enfermedad grave, de que en general los síntomas son autolimitados y que no son necesarias pruebas de imagen o analíticas para hacer un manejo adecuado. Se ha de recomendar al paciente que se mantenga activo (evitar reposo en la cama y mantener la actividad habitual) y también transmitirle que las expectativas negativas sobre la recuperación y la falta de afrontamiento al dolor se asocian más fuertemente con el dolor persistente que al daño tisular.⁶

Tratamiento no farmacológico

El abordaje no farmacológico es el pilar fundamental para el manejo del dolor lumbar. Por un lado, ha de constituir la estrategia del manejo inicial, y por otro ha de continuarse durante todo el periodo si los síntomas son persistentes aunque también se utilicen otras estrategias de tratamiento.⁶ Incluye el ejercicio físico, las intervenciones psicosociales y otras estrategias.

Ejercicio físico

Se trata de la primera línea de tratamiento en el dolor lumbar crónico. Hay evidencia científica de su efectividad en el dolor lumbar agudo y en el dolor lumbar crónico.

Efectos del ejercicio

- Disminuye el dolor en una magnitud moderada.
- Mejora la funcionalidad en una magnitud pequeña (sin efecto en el dolor lumbar agudo).
- Reducción del estrés, la ansiedad y la depresión (relacionadas con el dolor lumbar).

Tipo de ejercicio

Existen muchos tipos diferentes de ejercicio que se utilizan para el tratamiento del dolor lumbar. Las GPC no llegan a un consenso sobre el tipo de ejercicio ideal, el modo de realizarlo o si el ejercicio ha de ser supervisado o no.

Tabla 1. Condicionantes de alerta o red flags en el dolor lumbar⁸

Condicionantes de alerta	Patología sospechosa
Antecedente neoplasia	Neoplasia
Pérdida de peso inexplicable/ clínica constitucional	Neoplasia
Traumatismo previo	Fractura, hematoma espinal
Tratamiento crónico con corticosteroides / inmunosupresión	Fractura, infección
Incontinencia urinaria / disfunciones sexuales	Síndrome de compresión de la cola de caballo
Fiebre	Infección, neoplasia
Uso de drogas por vía parenteral	Infección
Cirugía espinal	Infección, hematoma espinal
Dolor lumbar irradiado a extremidad(es) inferior(es) nuevo o progresivo	Neoplasia
Menores de 18 años	Anormalidad congénita
Mayores de 50 años	Fractura, neoplasia
Uso de anticoagulantes	Hematoma espinal

Tabla 2. Magnitud del efecto de los tratamientos en dolor lumbar^{23,26}

Magnitud pequeña	Magnitud moderada	Magnitud alta
Dolor		
0,5-1,0 puntos en una escala numérica de 10 puntos	>1; ≤2 puntos en una escala numérica de 10 puntos	>2 puntos en una escala numérica de 10 puntos
Funcionalidad		
1-2 puntos en RMDQ	>2; ≤5 puntos en RMDQ	>5 puntos en RMDQ
Dolor o funcionalidad*		
0,2,-0,5 DME	>0,5; ≤0,8 DME	>0,8 DME

*Resultados de dolor o funcionalidad provenientes de metanálisis cuando los estudios incluidos en el análisis emplean escalas diferentes.

DME: diferencia mediana estandarizada; **RMDQ:** Roland Morris Disability Questionnaire.

Los ejercicios que se incluyen en la mayor parte de revisiones sobre dolor lumbar son:⁶

- Ejercicio aeróbico:** aumenta el flujo sanguíneo y favorece la llegada de nutrientes a los tejidos blandos del raquis lumbar, lo cual ayuda al proceso de curación y reduce la rigidez. Igualmente, favorece la liberación de endorfinas, causando una disminución de la percepción del dolor, una mejora del estado funcional y una disminución del miedo al movimiento, que es un predictor de la limitación funcional y está asociada a la discapacidad.¹⁷ La ventaja del ejercicio aeróbico, como salir a caminar, es que es fácil, accesible, económico y no requiere equipamientos especiales ni entrenamiento por otra persona.¹⁸
- Ejercicios estabilizadores (o de control motor) y de potenciación del core:** una activación precoz de estos músculos (oblicuos, recto abdominal, suelo pélvico, multifidos del raquis y transversos abdominales) da estabilidad al raquis y facilita los movimientos de las extremidades superiores e inferiores.¹⁷ El dolor lumbar causa un retraso en la contracción de esta musculatura, por lo que se postula que un entrenamiento de activación muscular, coordinado e individualizado, permite controlar la clínica.¹⁹ Algunos estudios han demostrado que a corto plazo, los ejercicios de control motor son más efectivos en disminuir el dolor y mejorar la funcionalidad, en comparación con el ejercicio aeróbico y los estiramientos. A largo plazo no se han visto diferencias.^{20,21} También se ha publicado una revisión Cochrane en la cual los ejercicios de control motor no han demostrado diferencias respecto a otros tipos de ejercicio.²²

- **Estiramientos:** ejercicios de estiramientos de los músculos isquiotibiales, de los músculos erectores del raquis y de los flexores de la cadera. Permiten una mejora del balance articular del raquis y disminuyen el dolor lumbar.¹⁷
- **Pilates:** ejercicio centrado en el control de movimiento, la respiración, la alineación de la columna y los estiramientos. Se puede adaptar a cualquier condición física y a personas con dolor lumbar. Es efectivo en la disminución del dolor y la incapacidad. No es superior a otros tipos de ejercicio.²³ En un estudio que comparaba pilates con ejercicio en bicicleta estática durante 8 semanas se demostró que el pilates causaba una mayor disminución del dolor y de la incapacidad a corto plazo, pero no había diferencias a largo plazo.²⁴
- **Yoga:** práctica física que promueve el control de la respiración, estiramientos específicos, correcto posicionamiento corporal y la meditación para mejorar la salud física y mental. En pacientes con dolor lumbar, el yoga causa una mejora leve de la función y una disminución leve del dolor. No presenta diferencias con otros ejercicios.²⁵

Aunque alguna revisión ha demostrado cierta superioridad de los ejercicios estabilizadores y de potenciación del *core*^{20,21} lo que recomiendan las GPC es prescribir un programa de ejercicios que tenga en cuenta las necesidades, las preferencias y las capacidades de cada persona.⁹ Se ha de tener en cuenta que en los ensayos clínicos, los programas de ejercicios eran de 30-120 minutos semanales y se realizaron como mínimo durante 6 semanas.¹⁷⁻²⁵

¿Ejercicio supervisado o no?

Hay evidencia de que el ejercicio individualizado, supervisado y gradual es más efectivo en la reducción del dolor lumbar crónico que el ejercicio individual en casa. Además, permite comprobar la correcta realización de los ejercicios, evitar lesiones y mejorar la adherencia.^{7,26} Sin embargo, en general las GPC no recomiendan el ejercicio supervisado inicialmente en el dolor lumbar agudo, pero lo consideran adecuado en pacientes con una recuperación lenta o con factores de riesgo para tener un dolor persistente que genere discapacidad y en el dolor lumbar crónico. Habitualmente, tampoco se recomienda entregar hojas de ejercicios de forma aislada ya que la incorrecta realización de los ejercicios puede empeorar el dolor lumbar.⁶

Intervenciones psicosociales

Las intervenciones psicosociales principales son la terapia cognitivo conductual y la rehabilitación multidisciplinaria.

- **Terapia cognitivo conductual:** se abordan los patrones de pensamiento negativos y los comportamientos de afrontamiento.⁷ Se trata de la primera línea de tratamientos del dolor lumbar crónico con discapacidad funcional importante junto con el ejercicio físico. En el dolor agudo pueden ser de utilidad en pacientes seleccionados con riesgo de cronificación del dolor. Consigue reducciones moderadas del dolor y pequeñas mejoras de la funcionalidad.^{6,27}
- **Rehabilitación multidisciplinaria:** es un programa coordinado con componentes de tratamiento tanto físicos como biopsicosociales y lo proporcionan profesionales de al menos dos especialidades diferentes (fisioterapeutas,

terapeutas ocupacionales, psicólogos, etc.).⁷ Se considera una segunda línea de tratamiento en el dolor lumbar crónico cuando el ejercicio físico y la terapia cognitivo conductual no han sido efectivas. Ha mostrado una reducción del dolor de magnitud moderada y una pequeña mejoría de la funcionalidad. No hay evidencia suficiente para recomendarla en el dolor agudo.^{6,27}

Otras estrategias

En algunos pacientes se pueden considerar junto con otros tratamientos no farmacológicos la manipulación espinal, los masajes o la aplicación de calor superficial en el dolor lumbar agudo, pero no han demostrado una mejora consistente del dolor o la funcionalidad en el dolor lumbar crónico.^{11,12,27}

En cuanto a la utilización de elementos ortopédicos (cinturones lumbares, plantillas ortopédicas y zapatos basculantes) o de electroterapias (ultrasonido, estimulación nerviosa eléctrica percutánea, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, terapia interferencial), la crioterapia y la diatermia de onda corta, ninguno de estos ha mostrado beneficios en el tratamientos del dolor lumbar agudo o crónico, y por lo tanto, no se han de ofrecer a los pacientes.^{11,12,27}

Tratamiento farmacológico

Se ha investigado el uso de diferentes grupos farmacoterapéuticos para el manejo del dolor y la funcionalidad del dolor lumbar. A pesar de esto, pocas alternativas han demostrado cierta eficacia y ningún medicamento se recomienda como primera línea de tratamiento, que queda restringida al abordaje no farmacológico.⁶ Los grupos farmacoterapéuticos más estudiados son los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), el paracetamol, los relajantes musculares, los analgésicos opioides, los corticosteroides, los antidepresivos y los antiepilépticos. Otros tratamientos utilizados en la práctica clínica son medicamentos tópicos como la capsaicina, la lidocaína y los AINE.

AINE

Las GPC lo consideran el grupo farmacoterapéutico de elección cuando el tratamiento no farmacológico no ha sido efectivo.^{11,12} En una revisión Cochrane reciente en dolor lumbar agudo, los AINE demostraron mejoría en el dolor de pequeña magnitud y de la funcionalidad de magnitud moderada. NO se observaron diferencias entre los inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa-2 y los AINE no selectivos.²⁸ En cuanto al dolor lumbar crónico han mostrado pequeñas mejorías del dolor. Sin embargo, las diferencias en la funcionalidad ante placebo nos se consideran clínicamente relevantes.^{29,30}

Son conocidos los efectos adversos de los AINE, sobre todo cuando se utilizan en dosis altas y a largo plazo. Destacan los efectos adversos gastrointestinales como la hemorragia digestiva alta, los cardiovasculares como la insuficiencia cardíaca, la retención hidrosalina y la hipertensión arterial así como los efectos adversos renales con la disminución de flujo renal y del filtrado glomerular. Otros efectos adversos relacionados con los AINE son las reacciones de hipersensibilidad y la hepatotoxicidad.³¹

Los efectos adversos de los AINE son dosis-dependientes y existe un riesgo mayor en las personas mayores y/o con comorbi-

lidades renales y cardiovasculares. Se recomienda utilizar los AINE en la dosis mínima útil, durante el mínimo tiempo posible y se han de evitar en la medida que sea posible en personas con insuficiencia renal o con enfermedad cardiovascular establecida.³¹ En el ámbito del sistema sanitario integral de utilización pública de Catalunya se ha priorizado el uso de ibuprofeno y de naproxeno ante el resto de AINE. Esta priorización se basa en criterios de seguridad, ya que con la evidencia disponible, la seguridad cardiovascular para el ibuprofeno en dosis bajas (hasta 1.200 mg/día) o para el naproxeno (hasta 1.000-1.100 mg al día, según se trate de naproxeno base o naproxeno sódico) parece más favorable que la de otros AINE.³²

Paracetamol

Se dispone de dos ensayos clínicos que evalúan el dolor lumbar agudo con paracetamol ante placebo, uno de ellos combinado con ibuprofeno. No se encontraron diferencias en cuanto al dolor o la funcionalidad entre el paracetamol solo³³ o asociado a ibuprofeno³⁴ y placebo. Asimismo, se dispone de cuatro ensayos comparativos entre paracetamol y un AINE. A pesar de que presentan limitaciones metodológicas importantes, en ninguno de ellos se observó diferencias entre los grupos de tratamiento.³⁵ No se dispone de estudios que evalúen el efecto del paracetamol en el dolor lumbar crónico.^{29,30,36} Las GPC no recomiendan el uso de paracetamol como monoterapia en el dolor lumbar agudo y lo suelen incluir en combinación con opioides débiles cuando los AINE no han sido efectivos, están contraindicados o no son tolerados.^{11,12} Sin embargo, es una recomendación basada principalmente en un único estudio de paracetamol frente a placebo, realizado en un único país. Algunos autores consideran que falta evidencia para no considerarlo una alternativa en monoterapia cuando el manejo farmacológico sea necesario, dado que dispone de una amplia experiencia de uso y un mejor perfil de seguridad que las alternativas disponibles.³⁵

Tal como se ha comentado anteriormente, el paracetamol presenta un perfil de seguridad más favorable que los AINE en cuanto al riesgo cardiovascular, el hemorrágico y el renal. Es necesario no superar la dosis máxima diaria para evitar la hepatotoxicidad.³¹

Metamizol

No se dispone de estudios de metamizol en dolor lumbar inespecífico. Aunque algunas GPC, por consenso de expertos, consideran que podría ser una alternativa terapéutica en pacientes seleccionados cuando los AINE están contraindicados o no son tolerados y de utilización preferentemente en pacientes con dolor lumbar agudo.¹⁵

Se ha descrito hipotensión, arritmia y erupciones cutáneas con metamizol, sin embargo, el efecto adverso grave que genera una mayor preocupación es el riesgo de agranulocitosis. Relacionado con esto, se emitió una nota de seguridad de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en la cual se indica que se ha de utilizar sólo para tratamientos cortos (7 días como máximo) y con la dosis mínima útil. Si es necesario un tratamiento más prolongado, se han de realizar controles hematológicos periódicos, vigilar la aparición de sintomatología relacionada con la agranulocitosis, evitar en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad, reacción hematológica, tratamiento inmunosupresor u otros tratamientos que puedan producir agranulocitosis y tener especial precaución en pacien-

tes de edad avanzada o en población que no se pueda realizar controles (población flotante).^{31,37}

Relajantes musculares

Las benzodiacepinas en monoterapia han mostrado una reducción del dolor a corto plazo (hasta 14 días) en el dolor lumbar crónico, mientras que los relajantes musculares centrales (tizanidina y metocarbamol) tanto en monoterapia como en combinación con un AINE han mostrado una reducción del dolor a corto plazo (hasta 7 días) en el dolor lumbar agudo. Sin embargo, ninguno de ellos dispone de evidencia en relación a los beneficios sobre la funcionalidad.³⁸ La evidencia disponible en el dolor lumbar agudo por las benzodiacepinas y en el crónico por los relajantes musculares de acción central es escasa y poco consistente.³⁰ Las GPC no recomiendan en general, el uso de los relajantes musculares.^{11,12} Aun así, en algún caso consideran que si no hay mejora de los síntomas con el tratamiento no farmacológico y farmacológico recomendado en el dolor lumbar agudo se podría prescribir un relajante muscular de acción central en combinación con un AINE por un tiempo limitado no superior a dos semanas.¹⁵

Las principales reacciones adversas de las benzodiacepinas son la sedación, el mareo, la descoordinación motora y la reducción de la memoria y la concentración. En cuanto a la tizanidina frecuentemente se presenta somnolencia, mareo, náuseas, sequedad de boca, hipotensión y debilidad muscular. Con el metocarbamol son frecuentes la cefalea, la sedación, el mareo y las náuseas. Hay que tener en cuenta que la retirada de benzodiacepinas y de la tizanidina tiene que ser gradual, ya que se puede producir un síndrome de retirada.³¹

La ciclobenzaprina es otro relajante de acción central que se ha utilizado ampliamente, pero con escasa evidencia y por lo cual, se ha suspendido recientemente la comercialización.³¹

Opioides

Los opioides fuertes han mostrado pequeñas reducciones del dolor y la funcionalidad, pero sin relevancia clínica, a corto plazo en dolor lumbar crónico. En estudios comparados con un AINE no se ha demostrado de forma consistente una mejora del dolor o de la funcionalidad superior a la de los AINE. Hay que destacar que la evidencia disponible por los opioides débiles es de calidad muy baja y que en dolor lumbar agudo casi no hay estudios, tanto por los opioides débiles como por los opioides fuertes.^{30,39} Las recomendaciones de las GPC no son consistentes, algunas consideran los opioides débiles (combinados con paracetamol o no) una opción en el dolor lumbar agudo cuando los AINE no son efectivos, no se toleran o están contraindicados y recomiendan no utilizar opioides en el dolor lumbar crónico, y otros se posicionan en contra de su utilización en todas las situaciones.^{11,12} La recomendación de uso en el dolor lumbar agudo se basa en una opinión de expertos. En el supuesto de que se prescriba un opioide débil se tiene que realizar un tratamiento corto y se tiene que informar al paciente sobre el efecto esperado, la posibilidad de parada temprana, los efectos adversos y las alternativas de tratamiento.¹⁵

Los analgésicos opioides están asociados a una gran variedad de efectos adversos, a algunos de los cuales se produce tolerancia como la somnolencia, náuseas y vómitos, así como otros que persisten en el tiempo como el estreñimiento. Efectos adver-

Los efectos adversos menos frecuentes son la retención urinaria, la sequedad de boca, el prurito, la hiperalgesia, las alucinaciones y la depresión respiratoria, entre otros. También se han descrito caídas y fracturas asociadas a los opioides y por tanto, se debe tener especial precaución en personas mayores. Asimismo, hay que destacar la posibilidad de que se genere tolerancia farmacológica, de intoxicación por sobredosis y de dependencia.³¹

Los opioides débiles podrían ser una opción de tratamiento cuando se han agotado el resto de alternativas de tratamiento. Para minimizar los riesgos, se recomienda titular la dosis de forma gradual, utilizarlos durante el menor tiempo posible y hacer una retirada que también sea gradual.³¹

Corticosteroides sistémicos

No se recomiendan los corticosteroides (orales o inyección intramuscular), ya que no se han demostrado mejoras del dolor o la funcionalidad en el dolor lumbar agudo en dos ensayos clínicos, y no se han evaluado en el dolor lumbar crónico.³⁰

Los efectos adversos de los corticoides son frecuentes, relacionados con la dosis y la duración del tratamiento, entre los cuales destacan la obesidad central, el acné, el hirsutismo, la elevación de la glucemia, la elevación de la tensión arterial y la osteoporosis.³¹

Antidepresivos

Una revisión sistemática no encontró diferencias entre los antidepresivos tricíclicos o los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y el placebo en cuanto a la reducción del dolor o la mejora de la funcionalidad en pacientes con dolor lumbar crónico.⁴⁰ En tres ensayos clínicos aleatorizados posteriores a la revisión sistemática que evaluaban el uso de inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (duloxetina) se comunicaron pequeñas reducciones del dolor de relevancia clínica dudosa comparada con placebo. Asimismo, los resultados referentes a la funcionalidad fueron contradictorios entre los ensayos.³⁰ Las GPC no recomiendan el uso de antidepresivos para el manejo del dolor lumbar.^{11,12}

Para los antidepresivos destacan efectos adversos anticolinérgicos, sedación, insomnio, aumento del peso y disfunción sexual. En general, excepto el de la disfunción sexual, son más frecuentes por los antidepresivos tricíclicos que por los inhibidores de la recaptación de serotonina o de la recaptación de serotonina y noradrenalina.⁴¹

Antiepilépticos

Gabapentina, pregabalina y topiramato en monoterapia o en combinación con un AINE o un analgésico opioide no han demostrado reducir el dolor ante placebo o de analgésicos en el dolor lumbar crónico. Además, la calidad de la evidencia se considera baja. No hay evidencia en dolor lumbar agudo y por tanto, no se recomienda el uso en dolor lumbar agudo o crónico.^{30,42,43}

En cuanto a la seguridad de la gabapentina y la pregabalina, los efectos adversos más frecuentes son la somnolencia y el mareo, por lo cual pueden aumentar el riesgo de caídas. Hay que destacar que para ambos medicamentos se ha descrito potencial de abuso. En cuanto al topiramato, las reacciones adversas frecuentes son la parestesia distal, la alteración cognitiva, los trastornos intestinales y la pérdida de peso.³¹

Tratamientos tópicos

La capsaicina en apósitos adhesivos, parches o en crema ha mostrado en dos ensayos clínicos una mejora moderada del dolor en pacientes con dolor lumbar crónico, sin que se pudiera establecer un efecto relevante en la funcionalidad.^{44,45} Solo una GPC considera la capsaicina tópica una opción de manejo, si el paciente lo considera como parte del proceso de autogestión del dolor.¹⁵ Hay que destacar que las presentaciones disponibles en España en crema y en parches solo tienen la indicación en dolor neuropático y que los apósitos adhesivos que si tienen la indicación en dolor lumbar no están financiados.³¹

En cuanto al uso de AINE tópicos y de los parches de lidocaína que se usan en la práctica clínica no hay ningún ensayo clínico que evalúe su eficacia y seguridad y no se recomienda el uso. Además, los parches de lidocaína solo están financiados en el dolor neuropático postherpético.^{11,12,31,46} En la **tabla 3** se exponen las presentaciones y posologías recomendadas de los medicamentos para el tratamiento del dolor lumbar.

Tratamiento invasivo / cirugía

No se recomiendan las terapias invasivas o la cirugía en el dolor lumbar agudo inespecífico. Las inyecciones epidurales de glucocorticoides se reservan para pacientes con dolor radicular muy intenso. En cuanto al dolor lumbar crónico en algunos pacientes que han fracasado con el manejo no invasivo multimodal recomendado (no farmacológico y farmacológico) se puede considerar el abordaje quirúrgico.^{6,11,12}

En la **tabla 4** se resumen las recomendaciones de tratamiento farmacológico, no farmacológico e invasivo en el dolor lumbar agudo y crónico.

Tratamiento del dolor lumbar durante el embarazo y la lactancia

Se estima que al menos el 66% de las mujeres embarazadas tienen dolor lumbar y es la complicación más frecuente del embarazo. Las medidas habituales para prevenir la aparición son: evitar el sedentarismo y evitar el aumento ponderal excesivo.

En cuanto a las medidas terapéuticas, se ha de priorizar el abordaje no farmacológico. Es importante un abordaje multidisciplinar, la educación y consejos (véase el punto 3.1) y la creación de un programa de ejercicios diseñado para la mujer embarazada. El ejercicio ha mostrado una mejora moderada del dolor y la funcionalidad, sin poder establecer una eficacia superior de unos ejercicios ante los otros. Para el resto de alternativas no farmacológicas la evidencia es muy limitada y se recomienda seguir las mismas recomendaciones descritas anteriormente.^{47,48}

En caso de ser necesario el tratamiento farmacológico, el paracetamol es el analgésico de elección, tanto en el embarazo como durante la lactancia.⁴⁹ En la **tabla 5** se recogen las recomendaciones de uso en el embarazo y la lactancia para el resto de alternativas disponibles. No se han considerado los tratamientos clasificados como no recomendados en la **tabla 4**.

Tabla 3. Presentaciones y posologías recomendadas de los medicamentos para el tratamiento dolor lumbar^{31,49}

Medicamento	Presentaciones	Posología	Observaciones
Ibuprofeno	Comprimidos, suspensión oral, granulado, granulado efervescente	400-600 mg/6-8h Dosis máx.: 2.400 mg	Puede ser necesario reducción de la dosis en pacientes con IR leve o moderada o con IH. Uso con precaución. Contraindicado en IR grave.
Naproxeno	Comprimidos, cápsulas	500 mg/12 h 1.000 mg/24 h	
Naproxeno sódico	Comprimidos	550 mg/12 h 1.100 mg/24 h	
Paracetamol	Comprimidos, comprimidos efervescentes, granulado efervescente, solución oral	500-1.000 mg/4-6 h Dosis máx.: 4 g; 3 g en personas mayores y 2 g en IH	
Metamizol	Cápsulas, solución oral	575 mg/4-6 h Dosis máx.: 3.450 mg	Es necesaria reducción de la dosis en personas mayores, frágiles o con disminución del CICr.
Tramadol	Cápsulas, solución oral, cápsulas LP, comprimidos LP	50-100 mg/4-6 h 50-200 mg/12 h* Dosis máx.: 400 mg/24 h	Puede ser necesario el aumento del intervalo de dosificación en >75 años, en IH y en IR
Codeína	Comprimidos	30-60 mg/6 h Dosis máx.: 180 mg	Puede ser necesario un ajuste de la dosis en personas mayores. Uso con precaución en IR y en IH. Financiado solo en tos persistente en pacientes oncológicos
Metocarbamol	Comprimidos	1.000-1.500 mg/6 h Dosis máx.: 6 g; 2 g en personas mayores (500 mg/6 h)	Puede ser necesario el aumento del intervalo de dosificación en IH.
Tizanidina	Comprimidos	2-4 mg/8 h (inicio con 2 mg/24 h y si es necesario, incrementar en intervalos de 3-4 días) Dosis máx.: 36 mg	En personas mayores y en IR grave solo si los beneficios superan los riesgos y aumentar la dosis más lentamente. Contraindicado en IH grave.
Capsaicina	Apósito adhesivo**	1,9 o 5,2 mg (1 apósito)/día en el área con dolor (mantener entre 4 y 8 h y retirar al menos 12 h antes de aplicar uno nuevo. Duración máx. 7 días.	No financiado

LP: liberación prolongada; **CICr:** aclaramiento de creatinina; **h:** horas; **IH:** insuficiencia hepática; **IR:** insuficiencia renal; **máx.:** máxima.

*Presentaciones de liberación prolongada.

**Presentaciones con indicación en dolor lumbar.

Tabla 4. Recomendaciones de tratamiento en el dolor lumbar

Estrategia	Dolor lumbar agudo	Dolor lumbar crónico
No farmacológico		
Ejercicio	Primera línea en dolor subagudo y uso limitado en pacientes con dolor agudo y riesgo de dolor lumbar crónico	Primera línea
Terapia cognitivo conductual	Uso limitado en pacientes con factores de riesgo por desarrollar dolor lumbar crónico	Primera línea si dolor discapacitante en combinación con ejercicio
Rehabilitación multidisciplinaria	No recomendado	Segunda línea de tratamiento
Manipulación espinal	Segunda línea o tratamiento adjuvante	No recomendado
Masaje	Segunda línea o tratamiento adjuvante	No recomendado
Calor local	Segunda línea o tratamiento adjuvante	No recomendado
Elementos ortopédicos	No recomendado	No recomendado
Electroterapia	No recomendado	No recomendado
Frío local, crioterapia, diatermia de onda corta	No recomendado	No recomendado
Farmacológico		
AINE (de elección ibuprofeno y naproxeno)	Tercera línea	Tercera línea
Paracetamol	Posible alternativa cuando no se pueden utilizar los AINE*	Posible alternativa cuando no se pueden utilizar los AINE*
Metamizol	Posible alternativa cuando no se pueden utilizar los AINE*	No recomendado
Opioides débiles	Uso con precaución en pacientes que no han respondido a AINE*	No recomendado
Opioides fuertes	No recomendado	No recomendado
Relajantes musculares de acción central	Se podría considerar en combinación si no hay mejora suficiente con los AINE*	No recomendado
Benzodiazepinas	No recomendado	No recomendado
Corticosteroides sistémicos	No recomendado	No recomendado
Antidepresivos	No recomendado	No recomendado
Antiepilépticos	No recomendado	No recomendado
Capsaicina tópica	Puede considerarse dentro de la autogestión del dolor por parte del paciente*	No recomendado
AINE tópicos	No recomendado	No recomendado
Lidocaina transdérmica	No recomendado	No recomendado
Invasivo		
Glucocorticoides epidurales	Dolor radicular muy intenso	No indicado
Cirugía	No recomendado	Última línea**

AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

*Consenso de experto.

**Discectomía y laminectomía en hernia discal con radiculopatía y artrodesis lumbar en dolor discal con discopatía.

Tabla 5. Consideraciones para el tratamiento farmacológico del dolor lumbar durante el embarazo y la lactancia^{31,49}

Medicamento	Embarazo	Lactancia
Paracetamol	De elección, uso seguro	De elección, uso seguro
AINE	1º y 2º trimestre: se pueden utilizar si no se puede usar el paracetamol. Ibuprofeno, de elección.* 3º trimestre: contraindicado por el riesgo de cierre prematuro del conducto arterioso.	Se puede considerar ibuprofeno si no se puede utilizar el paracetamol (amplia experiencia de uso)
Metamizol	1º y 2º trimestre: se pueden usar si no se pueden utilizar el paracetamol y los AINE.* 3º trimestre: contraindicado por el riesgo de cierre prematuro del conducto arterioso.	No recomendado
Opioides débiles	Probablemente seguros en cualquier trimestre.*† Administración cercana al parto: riesgo de depresión respiratoria neonatal. Uso prolongado: riesgo de síndrome de abstinencia en el recién nacido.	Tramadol: probablemente seguro.*† Es aconsejable vigilar la aparición de sedación y dificultad para la alimentación en el lactante. Codeína: no recomendado
Relajantes musculares de acción central	No recomendado	No recomendado
Capsaicina tópica	Probablemente seguro (absorción baja)	Probablemente segura (absorción baja). No aplicar en el pecho.

AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

*Utilizar en la dosis mínima útil durante el menor tiempo posible.

†Uso con precaución en pacientes con dolor agudo que no han respondido al resto de alternativas.

¿Qué estrategias son eficaces en la prevención del dolor lumbar?

No se dispone de estudios que evalúen la prevención primaria del dolor lumbar. En la prevención secundaria, solo los programas de ejercicios o de ejercicios combinados con educación han demostrado prevenir la aparición de un nuevo episodio de dolor lumbar. Contrariamente, los programas de educación sin ejercicio, los cinturones lumbares, las plantillas ortopédicas y los ajustes ergonómicos en los centros de trabajo no han demostrado prevenirlos. Con una evidencia menos consistente, parece que los programas de ejercicios también podrían prevenir el absentismo laboral relacionado con el dolor lumbar.^{50,51}

¿Cual es el manejo y seguimiento del paciente con lumbalgia?

La información al paciente es un pilar fundamental en el manejo adecuado del dolor lumbar. Se ha de transmitir al paciente la naturaleza del dolor, la benignidad del proceso, como es el diagnóstico, que el manejo es principalmente no farmacológico, qué puede esperar de los diferentes tratamientos y los posibles riesgos con el tratamiento farmacológico.

Antes de iniciar el tratamiento farmacológico es importante informar al paciente que es un tratamiento puramente sintomático de apoyo al tratamiento no farmacológico. En el dolor lumbar agudo se puede emplear un curso corto (duración inferior a dos semanas) de analgésicos para permitir que el paciente recupere su actividad diaria lo antes posible. A la vez se tienen que implementar todas las medidas no farmacológicas que podrían evitar nuevos episodios de dolor lumbar. Se ha de retirar el tratamiento ante la mejora de los síntomas.^{13,15}

En el dolor lumbar crónico, se tienen que implementar todas las medidas no farmacológicas, ajustar las expectativas sobre el tratamiento y establecer un objetivo terapéutico realista, el cual puede ser una reducción del dolor alrededor del 30% al 50%. En general, con cualquier tratamiento farmacológico empleado en el dolor lumbar crónico se recomienda iniciarlo a dosis bajas con una titulación gradual de la dosis hasta obtener la dosis mínima útil (véanse las tablas 3 y 4). Se recomienda hacer una primera evaluación de la efectividad y la tolerabilidad al tratamiento al mes de iniciarlo y posteriormente cada tres meses. Hay que suspender el tratamiento si la eficacia no es adecuada o aparecen efectos adversos no tolerables. Asimismo, hay que pactar con el paciente situaciones de retirada del tratamiento para intentar conseguir un control adecuado con solo un abordaje no farmacológico.^{13,15}

Se recomienda proporcionar información también por escrito (pero nunca exclusivamente por escrito). Algunos documentos disponibles dirigidos a pacientes son:

- *Lumbàlgia*. Canal Medicaments i Farmàcia. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. [Disponible en catalán].
- *La lumbalgia*. Hojas de información para pacientes. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). [Disponible en catalán y castellano].
- *Cuidar la columna lumbar*. Hojas de información para pacientes. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). [Disponible en catalán y castellano].

Puntos clave

- El abordaje no farmacológico es el pilar fundamental para el manejo del dolor lumbar. Hay que informar a los pacientes que en general los síntomas son autolimitados y recomendarles que se mantengan activos.
- El ejercicio físico es la herramienta que ha demostrado mejores resultados y es la primera línea de tratamiento en el dolor lumbar agudo y crónico.
- Cuando la respuesta al ejercicio físico es inadecuada se pueden considerar la terapia cognitivo conductual y la rehabilitación multidisciplinar en el dolor lumbar crónico.
- Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) han demostrado una magnitud del efecto de pequeño a moderado en la mejora del dolor y la funcionalidad. Son la opción de tratamiento cuando el tratamiento no farmacológico ha fracasado en dolor lumbar agudo o crónico. Se tienen que utilizar en la dosis mínima útil y durante el menor tiempo posible.
- El paracetamol o el metamizol se pueden considerar en los pacientes que no puedan recibir un AINE por reacciones adversas, interacciones o contraindicaciones. El paracetamol es el analgésico de elección en el embarazo y la lactancia.
- Los opioides no han demostrado mejorar el dolor o la funcionalidad de forma clínicamente relevante y en general, no se recomienda el uso para el manejo del dolor lumbar.
- Los relajantes musculares de acción central tienen una evidencia limitada en el dolor lumbar agudo y se han de reservar para pacientes que no responden a los AINE y en periodos inferiores a dos semanas.
- No se recomienda el uso de corticosteroides sistémicos, benzodiacepinas, antidepresivos, antiepilépticos, AINE tópicos y lidocaína transdérmica, puesto que no han demostrado mejorar el dolor lumbar de forma relevante.
- En el seguimiento del paciente con dolor lumbar hay que establecer objetivos realistas de reducción del dolor, evaluar la efectividad y la tolerabilidad de los tratamientos a intervalos regulares y pactar con el paciente situaciones de retirada del tratamiento.
- En algunos casos concretos, refractarios al tratamiento multidisciplinario, se puede plantear tratamientos invasivos/quirúrgicos.

Bibliografía

1. Last AR, Hulbert K, Family R. Chronic Low Back Pain: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2009;79(12):1067-74.
2. Deyo RA, Weinstein JN. Low Back Pain. *N Engl J Med*. 2001;344(5):363-70.
3. Valero de Bernabé Calle ME. Lumbalgia crónica en la población española. Factores asociados y calidad de vida según la Encuesta Nacional de Salud 2011. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2015.
4. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2017;389(10070):736-47.
5. Downie AS, Hancock MJ, Rzewuska M, Williams CM, Lin CWC, Maher CG. Trajectories of acute low back pain: A latent class growth analysis. *Pain*. 2016;157(1):225-34.
6. 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.
7. Chou R. Subacute and chronic low back pain: Nonpharmacologic and pharmacologic treatment. *Kunins L*, (Ed), *UpToDate*: Waltham, MA (US); 2020. [Internet]. [citado 25 abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/subacute-and-chronic-low-back-pain-nonpharmacologic-and-pharmacologic-treatment>
8. DePalma MG. Red flags of low back pain. *JAAPA*. 2020;33(8):8-11.
9. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391(10137):2356-67.
10. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CWC, Chenot JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J*. 2018;27(11):2791-803.
11. Corp N, Mansell G, Stynes S, Wynne-Jones G, Morsø L, Hill JC, et al. Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. *Eur J Pain (United Kingdom)*. 2021;25(2):275-95.
12. Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: Systematic review. *Br J Sports Med*. 2020;54(2):79-86.
13. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management (NG59). [Internet]. 2016 [citado 20 junio 2021]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59/evidence>
14. Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J*. 2018;27(1):60-75.
15. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Langfassung, 2. Auflage. Version 1. [N [Internet]. 2017 [citado 20 junio 2021]. Disponible en: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-007l_S3_Kreuzschmerz_2017-03.pdf
16. Good Clinical Practice (GCP), Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). Low back pain and radicular pain: Assessment and management [Internet]. 2017 [citado 20 junio 2021]. Disponible en: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_287C_Low_back_pain_Summary.pdf
17. Gordon R, Bloxham S. A Systematic Review of the Effects of Exercise and Physical Activity on Non-Specific Chronic Low Back Pain. *Healthcare*. 2016;4(2):22.
18. Sitthipornvorakul E, Klinsophon T, Sihawong R, Janwantanakul P. The effects of walking intervention in patients with chronic low back pain: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Musculoskelet Sci Pract*. 2018;34:38-46.

19. Knox MF, Chipchase LS, Schabrun SM, Marshall PWM. Improved compensatory postural adjustments of the deep abdominals following exercise in people with chronic low back pain. *J Electromyogr Kinesiol.* 2017;37:117-24.
20. Byström MG, Rasmussen-Barr E, Grooten WJA. Motor control exercises reduces pain and disability in chronic and recurrent low back pain: A meta-analysis. *Spine (Phila Pa 1976).* 2013;38(6):E350-8.
21. Wang XQ, Zheng JJ, Yu ZW, Bi X, Lou SJ, Liu J, et al. A Meta-Analysis of Core Stability Exercise versus General Exercise for Chronic Low Back Pain. *PLoS One.* 2012;7(12):e52082.
22. Saragiotto BT, Maher CG, Yamato TP, Costa LOP, Menezes Costa LC, Ostelo RWJG, et al. Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;1:CD012004.
23. Yamato TP, Maher CG, Saragiotto BT, Hancock MJ, Ostelo RWJG, Cabral CMN, et al. Pilates for Low Back Pain: Complete Reproduction of a Cochrane Review. *Spine (Phila Pa 1976).* 2016;41(12):1013-21.
24. Marshall PWM, Kennedy S, Brooks C, Lonsdale C. Pilates exercise or stationary cycling for chronic nonspecific low back pain: Does it matter? A randomized controlled trial with 6-month follow-up. *Spine (Phila Pa 1976).* 2013;38(15):E952-9.
25. Wieland LS, Skoetz N, Pilkington K, Kempati R, D'Adamo CR, Berman BM. Yoga treatment for chronic non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;1:CD010671.
26. Hayden JA, Van Tulder MW, Tomlinson G. Systematic review: Strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain. *Ann Intern Med.* 2005;142(9):776-85.
27. Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Hashimoto R, Weimer M, et al. Nonpharmacologic therapies for low back pain: A systematic review for an American College of physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 2017;166(7):493-505.
28. van der Gaag WH, Roelofs PDDM, Enthoven WTM, van Tulder MW, Koes BW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for acute low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;4(4):CD013581.
29. Enthoven WTM, Roelofs PDDM, Deyo RA, van Tulder MW, Koes BW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2(2):CD012087.
30. Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Weimer M, Fu R, et al. Systemic pharmacologic therapies for low back pain: A systematic review for an American College of physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 2017;166(7):480-92.
31. Centro de información online de Medicamentos de la AEMPS (CIMA) - Buscador para profesionales sanitarios [Internet]. 2021 [citado 23 mayo 2021]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/buscadoravanzado.html>
32. Institut Català de la Salut. Bases científiques emprades per elaborar l'QPF de Medicina familiar i comunitària. Argumentari de medicaments per a la patologia musculoesquelètica (tractament del dolor crònic no oncològic). 2021.
33. Williams CM, Maher CG, Latimer J, McLachlan AJ, Hancock MJ, Day RO, et al. Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: A double-blind, randomised controlled trial. *Lancet.* 2014;384(9954):1586-96.
34. Friedman BW, Irizarry E, Chertoff A, Feliciano C, Solorzano C, Zias E, et al. Ibuprofen Plus Acetaminophen Versus Ibuprofen Alone for Acute Low Back Pain: An Emergency Department-based Randomized Study. *Acad Emerg Med.* 2020;27(3):229-35.
35. Koes B, Schreijenberg M, Tkachev A. Paracetamol for low back pain: the state of the research field. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2020;13(9):1059-66.
36. Saragiotto BT, Machado GC, Ferreira ML, Pinheiro MB, Abdel Shaheed C, Maher CG. Paracetamol for low back pain. *Cochrane database Syst Rev.* 2016;(6):CD012230.
37. *Metamizol y riesgo de agranulocitosis. Ref.15/2018. Nota informativa.* Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). [Internet]. 2018 [citado 8 enero 2018]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/NI_MUH_FV-15-2018-metamizol-agranulocitosis.pdf
38. van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, Solway S, Bouter LM. Muscle relaxants for non-specific low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;2003(2):CD004252.
39. Tucker HR, Scaff K, McCloud T, Carlomagno K, Daly K, Garcia A, et al. Harms and benefits of opioids for management of non-surgical acute and chronic low back pain: A systematic review. *Br J Sports Med.* 2019;54(11):664.
40. Urquhart DM, Hoving JL, Assendelft WWJJ, Roland M, Van Tulder MW. Antidepressants for non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;2008(1):CD001703.
41. *Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la depressió major en adults.* Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014. (Programa d'Harmonització Farmacoterapèutica [Internet]. [citado 23 maig 2021]. Disponible a: <https://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/depressio-major-adults>
42. Shanthanna H, Gilron I, Rajarathinam M, AlAmri R, Kamath S, Thabane L, et al. Benefits and safety of gabapentinoids in chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS Med.* 2017;14(8):e1002369.
43. 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;190(26):E786-93.
44. Frerick H, Keitel W, Kuhn U, Schmidt S, Bredehorst A, Kuhlmann M. Topical treatment of chronic low back pain with a capsiicum plaster. *Pain.* 2003;106(1-2):59-64.
45. Keitel W, Frerick H, Kuhn U, Schmidt U, Kuhlmann M, Bredehorst A. Capsicum pain plaster in chronic non-specific low back pain. *Arzneimittel-Forschung/Drug Res.* 2001;51(11):896-903.
46. Santana JA, Klass S, Felix ER. The Efficacy, Effectiveness and Safety of 5% Transdermal Lidocaine Patch for Chronic Low Back Pain: A Narrative Review. *PM R.* 2020;12(12):1260-7.
47. Liddle SD, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(9).
48. Gallo-Padilla D, Gallo-Padilla C, Gallo-Vallejo FJ, Gallo-Vallejo JL. Lumbalgia durante el embarazo. Abordaje multidisciplinar. *Semerger.* 2016;42(6):e59-64.
49. Bisson DL, Newell SD, Laxton C. Antenatal and Postnatal Analgesia: Scientific Impact Paper No. 59. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2018;126(4):e114-24.
50. Steffens D, Maher CG, Pereira LSM, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M, et al. Prevention of Low Back Pain. *JAMA Intern Med.* 2016;176(2):199-208.
51. Huang R, Ning J, Chuter VH, Taylor JB, Christophe D, Meng Z, et al. Exercise alone and exercise combined with education both prevent episodes of low back pain and related absenteeism: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials (RCTs) aimed at preventing back pain. *Br J Sports Med.* 2020;54(13):766-70.
52. Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris disability questionnaire and the Oswestry disability questionnaire. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000;25(24):3115-24.

Fecha de redacción: **Mayo 2021**

En el próximo número: **Enfermedad inflamatoria intestinal**
Butlletí d'Informació Terapèutica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

Dirección: Marta Chandre

Subdirección: Pilar López

Coordinación editorial: Laura Diego i Laia Robert

Coordinación de la Comissió d'Informació Terapèutica: Núria Escoda Geli

Comité científico: Jordi Camarasa, Laura Diego, Núria Escoda, Francesc de B. Ferrer, Pilar López, Roser Llop, Josep Manuel Llop, Rosa Madrdejós, Eduardo L. Mariño, Carlos Martín, Andrea Molina, Eva Martínez, Alba Prat, Manel Rabanal, Laia Robert, Mónica Sanmartín, Amelia Troncoso, Laura Villamarín, Noemí Villén

Secretaria Técnica: Ester Saperas

Soporte técnico: CedimCat

ISSN: 1579-9441

Para la reproducción total o parcial de esta publicación, es necesario hacer la solicitud

en la **Secretaria Técnica de la Comissió d'Informació Terapèutica,**

Gerència del Medicament,

Travessera de les Corts, 131-159, 08007 Barcelona

Se pueden consultar todos los números publicados desde el año 1999 en:

<http://medicaments.gencat.cat/ca/professionals/butlletins/butlleti-d-informacio-terapeutica-bit/>

<http://medicaments.gencat.cat/ca>

