



DOLOR LUMBAR: QUIN ÉS L'ABORDATGE RECOMANAT?

Bernat de Pablo Márquez. Servei d'Urgències. Hospital Universitari Mútua Terrassa. Terrassa.

Patricia Marrero Álvarez. Servei de Farmàcia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Resum

El dolor lumbar és una patologia molt freqüent en el nostre medi que requereix una gran quantitat de recursos. L'exercici físic és l'eina que ha demostrat millors resultats i, per tant, és el pilar al voltant del qual s'ha d'optimitzar l'abordatge del problema de salut, sempre des d'una perspectiva multidisciplinària entre diferents professionals sanitaris. La teràpia cognitivoconductual i la rehabilitació multidisciplinària també es poden considerar, juntament amb l'exercici, en el dolor lumbar crònic quan la resposta a l'exercici és inadequada.

Amb un efecte de lleu a moderat, els antiinflamatoris no esteroidals són els medicaments recomanats per al tractament del dolor lumbar agut i crònic quan no s'ha respost al tractament no farmacològic. En els pacients que no els poden prendre, el paracetamol o el metamizole podrien ser una alternativa. Els opioides febles i els relaxants musculars d'acció central queden reservats per a casos molt seleccionats en dolor lumbar agut. Cal que els tractaments siguin amb la dosi mínima útil i durant el menor temps possible.

Els opioides forts, les benzodiazepines, els corticoesteroides sistèmics, els antidepressius, els antiepilèptics, els AINE tòpics i la lidocaïna tòpica no han demostrat un benefici clínicament rellevant en el dolor lumbar i no s'han recomanat l'ús.

En alguns casos concrets, refractaris al tractament multidisciplinari, es poden plantejar tractaments invasius/quirúrgics.

Paraules clau: Dolor lumbar, atenció primària, activitat física, antiinflamatoris no esteroidals.

Què és el dolor lumbar?

El dolor lumbar o lumbàlgia es defineix com una molèstia localitzada entre el límit inferior de les costelles i el límit inferior dels glutis. La intensitat del dolor pot variar en funció de la postura i l'activitat física, i pot acompanyar-se de limitació dolorosa del moviment.¹

Es tracta d'un problema de salut important, i és la condició musculoesquelètica més freqüent i la primera causa de discapacitat

i invalidesa en el període laboral de la població general al món occidental. En alguns països, com el Regne Unit, s'ha descrit el dolor lumbar com la causa principal de despeses de salut, per sobre de les malalties cardiovasculars.²

S'estima que entre un 80% i un 85% de la població espanyola patirà dolor lumbar en algun moment de la vida, i d'aquesta, un 7,7% desenvoluparà dolor lumbar crònic.³

El dolor lumbar es pot classificar segons:

Etiologia

- **Inespecífica:** quan no es troba una causa única que justifiqui el dolor. El dolor lumbar inespecífic és el més freqüent (85% de totes les lumbàlgies). Es considera que el seu origen és multifactorial, en el qual intervenen factors individuals biofísics, psicosocials, genètics i ocupacionals.⁴
- **Específica:** causada per fractures o malalties sistèmiques (espondilitis, infeccions, neoplàsies, etc.).
- **Radicular:** amb afectació radicular / ciàtica.

Cronologia

- **Dolor lumbar agut:** dolor lumbar amb menys de 12 setmanes d'evolució.⁵ Sol progressar de la manera següent:
 - Recuperació completa en menys de 12 setmanes: 70% (36% recuperació ràpida i 34% recuperació lenta).
 - Recuperació incompleta després de les 12 setmanes: 14%.
 - Dolor fluctuant durant les 12 setmanes: 11%.
 - Dolor persistent durant les 12 setmanes: 5%.
- **Dolor lumbar crònic:** dolor que persisteix més de 12 setmanes.¹ Afecta el 21,8% de la població espanyola. Augmenta amb l'edat i és més freqüent en el sexe femení.³

Algunes classificacions inclouen també el dolor lumbar subagut, el qual seria un període de transició entre el dolor agut (considerant en aquest cas que té una durada de 4-6 setmanes) i el crònic (més de 12 setmanes de durada).^{6,7}

Com es diagnostica el dolor lumbar?

Per arribar al diagnòstic cal realitzar una bona anamnesi, tot posant especial èmfasi en els condicionants d'alerta, també coneguts com a *red flags*, per descartar una causa específica del dolor lumbar (vegeu la **taula 1**)⁸. Així mateix, s'han d'explorar els factors psicosocials que podrien contribuir al dolor lumbar. Per últim, cal realitzar, també, una bona exploració física.⁹

No es recomana fer sempre exploracions complementàries, incloses les proves d'imatge, de forma rutinària i només s'han de considerar en els pacients en els quals els resultats en canviïn el maneig (sospita d'una infecció, neoplàsia, etc.).⁶

Com es tracta el dolor lumbar?

Les estratègies disponibles per al maneig del dolor lumbar inespecífic són:

- Educació i consells
- Tractament no farmacològic
- Tractament farmacològic
- Tractament invasiu / cirurgia

Pel que fa a les recomanacions de les guies de pràctica clínica (GPC), en ocasions són contradictòries, tant les del tractament no farmacològic com les del tractament farmacològic.¹⁰ No obstant això, quan només es consideren les GPC avaluades amb una qualitat alta la major part de les recomanacions són consistents. D'acord amb altres publicacions, es considera que les GPC són de qualitat alta si en la llista de comprovació AGREE II (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*) s'obté almenys una puntuació del 70% en el domini "Desenvolupament rigorós" i una puntuació d'almenys el 50% en els cinc dominis restants i en la valoració global.^{11,12} En aquest document només s'han considerat les GPC amb una qualitat alta.¹³⁻¹⁶

L'eficàcia dels diferents tractaments per al dolor lumbar s'ha establert segons l'efecte per reduir el dolor i per millorar la funcionalitat, mitjançant analògica una escala numèrica de deu punts i l'escala *Roland Morris Disability Questionnaire*¹ per mesurar el dolor i la funcionalitat, respectivament. A la **taula 2** es mostra la magnitud de l'efecte sobre el dolor i la funcionalitat considerada petita, moderada o alta.

Educació i consells

És el primer punt en l'abordatge, tant en el dolor lumbar agut com en el crònic. Cal informar sobre la natura del dolor lumbar, que no es tracta d'una malaltia greu, que en general els símptomes són autolimitats i que no són necessàries proves d'imatge o analítiques per fer-ne un maneig adequat. Cal recomanar al pacient que es mantingui actiu (evitar repòs al llit i mantenir l'activitat habitual), i també transmetre-li que les expectatives negatives sobre la recuperació i la manca d'afrontament del dolor s'associen més fortament amb el dolor persistent que amb el dany dels teixits.⁶

Tractament no farmacològic

L'abordatge no farmacològic és el pilar fonamental per al maneig del dolor lumbar. Per una banda, ha de constituir l'estratègia del maneig inicial, i de l'altra, ha de continuar-se durant tot el període si els símptomes són persistents i encara que també s'utilitzin altres estratègies de tractament.⁶ Inclou l'exercici físic, les intervencions psicosocials i altres estratègies.

Exercici físic

Es tracta de la primera línia de tractament en dolor lumbar crònic. Hi ha evidència científica de la seva efectivitat en el dolor lumbar agut i en el dolor lumbar crònic.

Efectes de l'exercici

- Disminueix el dolor en una magnitud moderada.
- Millora la funcionalitat en una magnitud petita (sense efecte en dolor lumbar agut).
- Reducció de l'estrès, l'ansietat i la depressió (relacionades amb el dolor lumbar).

Tipus d'exercici

Existeixen molts tipus diferents d'exercici que s'utilitzen per al tractament del dolor lumbar. Les GPC no arriben a un consens sobre el tipus d'exercici ideal, en la manera de realitzar-lo o si l'exercici ha de ser supervisat o no.

1. Qüestionari d'autocompleció de 24 ítems en què es valora des de 0 (cap incapacitat) fins a 24 (incapacitat màxima o total).³²

Taula 1. Condicionants d'alerta o red flags en el dolor lumbar⁸

Condicionants d'alerta	Patologia sospitosa
Antecedent neoplàsia	Neoplàsia
Pèrdua de pes inexplicable / clínica constitucional	Neoplàsia
Traumatisme previ	Fractura, hematoma espinal
Tractament crònic amb corticoesteroides / immunosupressió	Fractura, infecció
Incontinència urinària / disfuncions sexuals	Síndrome de compressió de la cua de cavall
Febre	Infecció, neoplàsia
Ús de drogues per via parenteral	Infecció
Cirurgia espinal	Infecció, hematoma espinal
Dolor lumbar irradiat a extremitat(s) inferior(s) nou o progressiu	Neoplàsia
Menors de 18 anys	Anormalitat congènita
Majors de 50 anys	Fractura, neoplàsia
Ús d'anticoagulants	Hematoma espinal

Taula 2. Magnitud de l'efecte dels tractaments en dolor lumbar^{23,26}

Magnitud petita	Magnitud moderada	Magnitud alta
Dolor		
0,5-1,0 punts en una escala numèrica de 10 punts	> 1; ≤ 2 punts en una escala numèrica de 10 punts	> 2 punts en una escala numèrica de 10 punts
Funcionalitat		
1-2 punts en RMDQ	> 2; ≤ 5 punts en RMDQ	> 5 punts en RMDQ
Dolor o funcionalitat*		
0,2,-0,5 DME	> 0,5; ≤ 0,8 DME	> 0,8 DME

*Resultats de dolor o funcionalitat provinents de metanàlisis quan els estudis inclosos en l'anàlisi empen escales diferents.

DME: diferència mitjana estandarditzada; **RMDQ:** Roland Morris Disability Questionnaire.

Els exercicis que s'inclouen en la major part de revisions sobre dolor lumbar són:⁶

- **Exercici aeròbic:** augmenta el flux sanguini i afavoreix l'arribada de nutrients als teixits tous del raquis lumbar, la qual cosa ajuda al procés de curació i redueix la rigidesa. Igualment, afavoreix l'alliberament d'endorfines, cosa que causa una disminució de la percepció del dolor, una millora de l'estat funcional i una disminució de la por al moviment, que és un predictor de la limitació funcional i està associada a la discapacitat.¹⁷ L'avantatge de l'exercici aeròbic, com ara sortir a caminar, és que és fàcil, accessible i econòmic, i no requereix equipaments especials ni entrenament per una altra persona.¹⁸

- **Exercici estabilitzadors (o de control motor) i de potenciació de la faixa abdominal (core):** una activació precoç d'aquests músculs (oblics, recte abdominal, sòl pelvià, diafragma, multífids del raquis i transvers abdominal) dona estabilitat al raquis i facilita els moviments de les extremitats superiors i inferiors.¹⁷ El dolor lumbar causa un retard en la contracció d'aquesta musculatura, per la qual cosa es postula que un entrenament d'activació muscular, coordinada i individualitzada, permet controlar la clínica.¹⁹ Alguns estudis han demostrat que, a curt termini, els exercicis de control motor són més efectius en disminuir el dolor i millorar la funcionalitat, en comparació amb l'exercici aeròbic i els estiraments. A llarg termini no s'han vist diferències.^{20,21} També s'ha publicat una revisió Cochrane en la qual els exercicis de control motor no han demostrat diferències respecte a altres tipus d'exercici.²²

- **Estiraments:** exercicis d'estiraments dels músculs isquiotibials, dels músculs erectors del raquis i dels flexors del maluc. Permeten una millora del balanç articular del raquis i disminueixen el dolor lumbar.¹⁷
- **Pilates:** exercici centrat en el control de moviment, la respiració, l'alineació de la columna i els estiraments. Es pot adaptar a qualsevol condició física i a persones amb dolor lumbar. És efectiu en disminuir el dolor i la incapacitat. No és superior a altres tipus d'exercici.²³ En un estudi que comparava pilates amb exercici en bicicleta estàtica durant 8 setmanes es va demostrar que el pilates causava una major disminució del dolor i de la discapacitat a curt termini, però no hi havia diferències a llarg termini.²⁴
- **Ioga:** pràctica física que promou el control de la respiració, estiraments específics, correcte posicionament corporal i la meditació per tal de millorar la salut física i mental. En pacients amb dolor lumbar el ioga causa una millora lleu de la funció i una disminució lleu del dolor. No presenta diferències amb altres exercicis.²⁵

Encara que alguna revisió ha demostrat una certa superioritat dels exercicis estabilitzadors i de potenciació de la faixa abdominal,^{20,21} el que recomanen les GPC és prescriure un programa d'exercici que tingui en compte les necessitats, les preferències i les capacitats de cada persona.⁹ S'ha de tenir en compte que en els assaigs clínics, els programes d'exercicis eren de 30-120 minuts setmanals i es van realitzar com a mínim durant 6 setmanes.¹⁷⁻²⁵

Exercici supervisat o no?

Hi ha evidència que l'exercici individualitzat, supervisat i gradual és més efectiu en la reducció del dolor lumbar crònic que l'exercici individual a casa. A més, permet comprovar la correcta realització dels exercicis, evitar lesions i millorar-ne l'adherència.^{7,26} No obstant això, en general les GPC no recomanen l'exercici supervisat inicialment en el dolor lumbar agut, però el consideren adient en pacients amb una recuperació lenta o amb factors de risc per tenir un dolor persistent que generi discapacitat i en el dolor lumbar crònic. Habitualment, tampoc no es recomana entregar fulls d'exercicis de forma aïllada, ja que la incorrecta realització dels exercicis pot empitjorar el dolor lumbar.⁶

Intervencions psicosocials

Les intervencions psicosocials principals són la teràpia cognitivoconductual i la rehabilitació multidisciplinària.

- **Teràpia cognitivoconductual:** s'aborden els patrons de pensament negatius i els comportaments d'afrontament.⁷ Es tracta de la primera línia de tractament del dolor lumbar crònic amb discapacitat funcional important juntament amb l'exercici físic. En el dolor agut poden ser d'utilitat en pacients seleccionats amb risc de cronificació del dolor. Aconsegueix reduccions moderades del dolor i millores petites de la funcionalitat.^{6,27}
- **Rehabilitació multidisciplinària:** és un programa coordinat amb components de tractament, tant físics com biopsicosocials, i el proporcionen professionals d'almenys dues especialitats diferents (fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, psicòlegs, etc.).⁷ Es considera una segona línia de

tractament en el dolor lumbar crònic quan l'exercici físic i la teràpia cognitivoconductual no han estat efectives. Ha demostrat una reducció del dolor de magnitud moderada i una millora petita de la funcionalitat. No hi ha evidència suficient per recomanar-la en el dolor agut.^{6,27}

Altres estratègies

En alguns pacients es poden considerar, juntament amb altres tractaments no farmacològics, la manipulació espinal, els massatges o l'aplicació de calor superficial en el dolor lumbar agut, però no han demostrat una millora consistent del dolor o la funcionalitat en el dolor lumbar crònic.^{11,12,27}

Quant a la utilització d'elements ortopèdics (cinturons lumbar, plantilles ortopèdiques i sabates basculants) o d'electroteràpies (ultrasò, estimulació nerviosa elèctrica percutània, estimulació nerviosa elèctrica transcutània i teràpia interferencial), la crioteràpia i la diatèmia d'ona curta, cap d'aquests no ha demostrat beneficis en el tractament del dolor lumbar agut o crònic i, per tant, no s'han d'oferir als pacients.^{11,12,27}

Tractament farmacològic

S'ha investigat l'ús de diferents grups farmacoterapèutics per al maneig del dolor i la funcionalitat del dolor lumbar. No obstant això, poques alternatives han demostrat certa eficàcia i cap medicament es recomana com a primera línia de tractament, que queda restringida a l'abordatge no farmacològic.⁶

Els grups farmacoterapèutics més estudiats són els antiinflamatoris no esteroidals (AINE), el paracetamol, els relaxants musculars, els analgèsics opioides, els corticoesteroides, els antidepressius i els antiepilèptics. Altres tractaments utilitzats a la pràctica clínica són medicaments tòpics, com la capsacaïna, la lidocaïna i els AINE.

AINE

Les GPC el consideren el grup farmacoterapèutic d'elecció quan el tractament no farmacològic no ha estat efectiu.^{11,12} En una revisió Cochrane recent en dolor lumbar agut, els AINE van demostrar millores en el dolor de magnitud petita lleu i de la funcionalitat de magnitud moderada. No es van observar diferències entre els inhibidors selectius de la ciclooxigenasa-2 i els AINE no selectius.²⁸ Pel que fa al dolor lumbar crònic, han demostrat millores petites del dolor. No obstant això, les diferències en la funcionalitat davant de placebo no es consideren clínicament rellevants.^{29,30}

Són coneguts els efectes adversos dels AINE, sobretot quan s'empren a dosis altes i a llarg termini. Destaquen els efectes adversos gastrointestinals, com l'hemorràgia digestiva alta, els cardiovasculars, com la insuficiència cardíaca, la retenció hidrosalina i la hipertensió arterial, i els renals amb la disminució del flux renal i del filtrat glomerular. Altres efectes adversos relacionats amb els AINE són les reaccions d'hipersensibilitat i l'hepatotoxicitat.³¹

Els efectes adversos dels AINE són dosidependents i existeix un risc més gran en les persones grans i/o amb comorbiditats renals i cardiovasculars. Es recomana utilitzar els AINE a la dosi mínima útil, durant el mínim temps possible i s'han d'evitar en la mesura que sigui possible en persones amb insuficiència

renal o amb malaltia cardiovascular establerta.³¹ En l'àmbit del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya, s'ha prioritzat l'ús d'ibuprofèn i naproxèn davant de la resta d'AINE. Aquesta prioritització es basa en criteris de seguretat, ja que amb l'evidència disponible la seguretat cardiovascular per l'ibuprofèn a dosis baixes (fins a 1.200 mg/dia) o pel naproxèn (fins a 1.000-1.100 mg al dia, segons es tracti de naproxèn base o naproxèn sòdic) sembla més favorable que la d'altres AINE.³²

Paracetamol

Es disposa de dos assaigs clínics que avaluen el dolor lumbar agut amb paracetamol davant de placebo, un d'ells combinat amb ibuprofèn. No es van trobar diferències quant al dolor o la funcionalitat entre el paracetamol sol³³ o associat a l'ibuprofèn³⁴ i el placebo. Així mateix, es disposa de quatre assaigs comparatius entre paracetamol i un AINE. Tot i que presenten limitacions metodològiques importants, en cap d'ells es van observar diferències entre els grups de tractament.³⁵ No es disposa d'estudis que avaluin l'efecte del paracetamol en el dolor lumbar crònic.^{29,30,36} Les GPC no recomanen l'ús de paracetamol com a monoteràpia en el dolor lumbar agut i el solen incloure en combinació amb opioides febles quan els AINE no han estat efectius, estan contraindicats o no són tolerats.^{11,12} Tot i això, és una recomanació basada principalment en un únic estudi de paracetamol davant de placebo, realitzat a un únic país i alguns autors consideren que manca evidència per no considerar-lo una alternativa en monoteràpia quan el maneig farmacològic sigui necessari, atès que disposa d'una experiència d'ús àmplia i un millor perfil de seguretat que les alternatives disponibles.³⁵

Com s'ha dit, el paracetamol presenta un perfil de seguretat més favorable que els AINE pel que fa al risc cardiovascular, l'hemorràgic i el renal. Cal no superar la dosi màxima diària per evitar l'hepatotoxicitat.³¹

Metamizole

No hi ha cap estudi de metamizole en dolor lumbar inespecífic. No obstant això, algunes GPC per consens d'experts consideren que pot ser una alternativa terapèutica en pacients seleccionats quan els AINE estan contraindicats o no són tolerats i, preferentment, en el dolor lumbar agut.¹⁵

S'ha descrit hipotensió, arrítmia i erupcions cutànies amb metamizole. No obstant això, el risc d'agranulocitosi és el principal efecte advers greu del metamizole. Relacionat amb això es va emetre una nota de seguretat de l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris en la qual s'indica que s'ha d'utilitzar només per a tractaments curts (7 dies com a màxim) i amb la dosi mínima útil. Si és necessari un tractament més prolongat, s'han de realitzar controls hematològics periòdics, vigilar l'aparició de simptomatologia relacionada amb l'agranulocitosi, evitar en pacients amb antecedents d'hipersensibilitat, reacció hematològica, tractament immunosupressor o altres tractaments que puguin produir agranulocitosi, i tenir especial precaució en pacients d'edat avançada o en població que no es pugui realitzar controls (població flotant).^{31,37}

Relaxants musculars

Les benzodiazepines en monoteràpia han demostrat una reducció del dolor a curt termini (fins a 14 dies) en el dolor lumbar crònic, mentre que els relaxants musculars centrals (tizanidina i metocarbamol), tant en monoteràpia com en combinació amb

un AINE, han demostrat una reducció del dolor a curt termini (fins a 7 dies) en el dolor lumbar agut. No obstant això, cap d'ells no disposen d'evidència quant al seu efecte sobre la funcionalitat.³⁸ L'evidència disponible en el dolor lumbar agut per a les benzodiazepines i en el crònic per als relaxants musculars d'acció central és escassa i poc consistent.³⁰ Les GPC no recomanen, en general, l'ús dels relaxants musculars.^{11,12} Tot i això, en algun cas consideren que si no hi ha millora dels símptomes amb el tractament no farmacològic i farmacològic recomanat en el dolor lumbar agut, es podria prescriure un relaxant muscular d'acció central en combinació amb un AINE per un temps limitat no superior a 2 setmanes.¹⁵

Les principals reaccions adverses de les benzodiazepines són la sedació, el mareig, la descoordinació motora i la reducció de la memòria i la concentració. Quant a la tizanidina, freqüentment apareix somnolència, mareig, nàusees, sequedat de boca, hipotensió i debilitat muscular, i amb el metocarbamol són freqüents la cefalea, la sedació, el mareig i les nàusees. Cal tenir en compte que la retirada de les benzodiazepines i de la tizanidina ha de ser gradual, ja que es pot produir una síndrome de retirada.³¹

La ciclobenzaprina és un altre relaxant d'acció central que s'ha utilitzat àmpliament, però amb escassa evidència i per al qual s'ha suspès recentment la comercialització.³¹

Opioides

Els opioides forts han mostrat reduccions petites del dolor i la funcionalitat, però sense rellevància clínica a curt termini en dolor lumbar crònic. En estudis comparats amb un AINE no s'ha demostrat de forma consistent una millora del dolor o de la funcionalitat superior a la dels AINE. Cal destacar que l'evidència disponible per als opioides febles és de qualitat molt baixa i que en dolor lumbar agut gairebé no hi ha estudis, tant per als opioides febles com per als opioides forts.^{30,39} Les recomanacions de les GPC no són consistents, algunes consideren els opioides febles (combinats amb paracetamol o no) una opció en el dolor lumbar agut quan els AINE no són efectius, no es toleren o estan contraindicats, i recomanen no utilitzar opioides en el dolor lumbar crònic, i d'altres es posicionen en contra de la seva utilització en totes les situacions.^{11,12} La recomanació d'ús en el dolor lumbar agut es basa en una opinió d'experts. En el cas que es prescriu un opioide feble, s'ha de realitzar un tractament curt i s'ha d'informar el pacient sobre l'efecte esperat, la possibilitat d'aturada primerenca, els efectes adversos i les alternatives de tractament.¹⁵

Els analgèsics opioides estan associats a una gran varietat d'efectes adversos, a alguns dels quals es produeix tolerància, com la somnolència, les nàusees i els vòmits, i d'altres que persisteixen en el temps, com el restrenyiment. Efectes adversos menys freqüents són la retenció urinària, la sequedat de boca, la pruija, la hiperalgèsia, les al·lucinacions i la depressió respiratòria, entre d'altres. També s'han descrit caigudes i fractures associades als opioides i, per tant, s'ha de tenir especial precaució en persones grans. Així mateix, cal destacar la possibilitat que es generi tolerància farmacològica, d'intoxicació per sobredosi i de dependència.³¹

Els opioides febles podrien ser una opció de tractament quan s'han exhaurit la resta d'alternatives de tractament. Per tal de minimitzar-ne els riscos, es recomana titular la dosi de forma gradual, utilitzar-los durant el menys temps possible i fer una retirada que també sigui gradual.³¹

Corticoesteroides sistèmics

No es recomanen els corticoesteroides (orals o injecció intramuscular), ja que no s'han demostrat millores del dolor o la funcionalitat en dolor lumbar agut en dos assaigs clínics i no s'han avaluat en el dolor lumbar crònic.³⁰

Els efectes adversos dels corticoides són freqüents, relacionats amb la dosi i la durada del tractament, entre els quals destaquen l'obesitat central, l'acne, l'hirsutisme, l'elevació de la glucèmia, l'elevació de la tensió arterial i l'osteoporosi.³¹

Antidepressius

Una revisió sistemàtica no va trobar diferències entre els antidepressius tricíclics o els inhibidors selectius de la recaptació de serotonina i el placebo quant a la reducció del dolor o la millora de la funcionalitat en pacients amb dolor lumbar crònic.⁴⁰ En tres assaigs clínics aleatoritzats posteriors a la revisió sistemàtica que avaluaven l'ús d'inhibidors de la recaptació de serotonina i noradrenalina (duloxetina), es van comunicar reduccions del dolor petites i de rellevància clínica dubtosa comparats amb placebo. Així mateix, els resultats referents a la funcionalitat van ser contradictoris entre els assaigs.³⁰ Les GPC no recomanen l'ús d'antidepressius per al maneig del dolor lumbar.^{11,12}

Per als antidepressius destaquen efectes adversos anticolinèrgics, sedació, insomni, augment del pes i disfunció sexual. En general, tret de la disfunció sexual, són més freqüents per als antidepressius tricíclics que per als inhibidors de la recaptació de serotonina o de la recaptació de serotonina i noradrenalina.⁴¹

Antiepilèptics

Gabapentina, pregabalina i topiramata en monoteràpia o en combinació amb un AINE o un analgèsic opioide no han demostrat reduir el dolor davant de placebo o d'analgèsics en el dolor lumbar crònic. A més, la qualitat de l'evidència es considera baixa. No hi ha evidència en dolor lumbar agut i, per tant, no se'n recomana l'ús en dolor lumbar agut o crònic.^{30,42,43}

Pel que fa a la seguretat de la gabapentina i la pregabalina, els efectes adversos més freqüents són la somnolència i el mareig, per la qual cosa poden augmentar el risc de caigudes. Cal destacar que per a ambdós medicaments s'ha descrit potencial d'abús. Pel que fa al topiramata, les reaccions adverses freqüents són la parestèsia distal, l'alteració cognitiva, els trastorns intestinals i la pèrdua de pes.³¹

Tractaments tòpics

La capsaïcina en apòsits adhesius, en pegats o en crema ha mostrat en dos assaigs clínics una millora moderada del dolor en pacients amb dolor lumbar crònic, sense que es pogués establir un efecte rellevant en la funcionalitat.^{44,45} Només una GPC considera la capsaïcina tòpica una opció de maneig, si el pacient ho considera com a part del procés d'autogestió del dolor.¹⁵ Cal destacar que les presentacions disponibles a Espanya en crema i en pegats només tenen la indicació en dolor neuropàtic i que els apòsits adhesius que si tenen la indicació en dolor lumbar no estan finançats.³¹

Pel que fa a l'ús d'AINE tòpics i de la lidocaïna pegats que es fan servir a la pràctica clínica, no hi ha cap assaig clínic que avaluï la seva eficàcia i seguretat i no se'n recomana l'ús. A més, la li-

docaïna pegats només està finançada en dolor neuropàtic post-herpètic.^{11,12,31,46}

A la **taula 3** s'exposen les presentacions i posologies recomanades dels medicaments per al tractament del dolor lumbar.

Tractament invasiu / cirurgia

No es recomanen les teràpies invasives o la cirurgia en el dolor lumbar agut inespecífic. Les injeccions epidurals de glucocorticoides es reserven per a pacients amb dolor radicular molt intens. Quant al dolor lumbar crònic en alguns pacients que han fracassat amb el maneig no invasiu multimodal recomanat (no farmacològic i farmacològic), es pot considerar l'abordatge quirúrgic.^{6,11,12}

A la **taula 4** es resumeixen les recomanacions de tractament farmacològic, no farmacològic i invasiu en el dolor lumbar agut i crònic.

Tractament del dolor lumbar durant l'embaràs i la lactància

S'estima que almenys el 66% de les dones embarassades tenen dolor lumbar i és la complicació més freqüent de l'embaràs. Les mesures habituals per prevenir-ne l'aparició són: evitar el sedentarisme i l'augment ponderal excessiu.

Quant a les mesures terapèutiques, s'ha de prioritzar l'abordatge no farmacològic. És important un abordatge multidisciplinari, l'educació i els consells (vegeu el punt 3.1), i la creació d'un programa d'exercicis dissenyat per a la dona embarassada. L'exercici ha demostrat una millora moderada del dolor i la funcionalitat, sense poder establir una eficàcia superior d'uns exercicis davant dels altres. Per a la resta d'alternatives no farmacològiques, l'evidència és molt limitada i es recomana seguir les mateixes recomanacions descrites anteriorment.^{47,48}

En cas de ser necessari el tractament farmacològic, el paracetamol és l'analgèsic d'elecció, tant en l'embaràs com durant la lactància.⁴⁹

A la **taula 5** es recullen les recomanacions d'ús en l'embaràs i la lactància per a la resta d'alternatives disponibles. No s'han considerat els tractaments classificats com a no recomanats a la **taula 4**.

Taula 3. Presentacions i posologies recomanades dels medicaments per al tractament del dolor lumbar^{31,49}

Medicament	Presentacions	Posologia	Observacions
Ibuprofèn	Comprimits, suspensió oral, granulat, granulat efervescent	400-600 mg/6-8 h Dosi màx.: 2.400 mg	Pot ser necessari reducció de la dosi en pacients amb IR lleu o moderada o amb IH
Naproxèn	Comprimits, càpsules	500 mg/12 h 1.000 mg/24 h	Ús amb precaució
Naproxèn sòdic	Comprimits	550 mg/12 h 1.100 mg/24 h	Contraindicat en IR greu
Paracetamol	Comprimits, comprimits efervescents, granulat efervescent, solució oral	500-1.000 mg/4-6 h Dosi màx.: 4 g; 3 g en persones grans i 2 g en IH	
Metamizole	Càpsules, solució oral	575 mg/4-6 h Dosi màx.: 3.450 mg	Cal reducció de la dosi en persones grans, fràgils o amb disminució del CICr
Tramadol	Càpsules, solució oral, càpsules AP, comprimits AP	50-100 mg/4-6 h 50-200 mg/12 h* Dosi màx.: 400 mg/24 h	Pot ser necessari l'augment de l'interval de dosificació en > 75 anys, en IH i en IR
Codeïna	Comprimits	30-60 mg/6 h Dosi màx.: 180 mg	Pot ser necessari un ajustament de la dosi en persones grans. Ús amb precaució en IR i en IH Finançat només en tos persistent en pacients oncològics
Metocarbamol	Comprimits	1.000-1.500 mg/6 h Dosi màx.: 6 g; 2 g en persones grans (500 mg/6 h)	Pot ser necessari l'augment de l'interval de dosificació en IH
Tizanidina	Comprimits	2-4 mg/8 h (inici amb 2 mg/24 h i, si cal, incrementar en intervals de 3-4 dies) Dosi màx.: 36 mg	En persones grans i en IR greu només si els beneficis superen els riscos i augmentar la dosi més lentament Contraindicat en IH greu
Capsaicina	Apòsit adhesiu**	1,9 o 5,2 mg (1 apòsit)/dia en l'àrea amb dolor (mantenir entre 4 i 8 h i retirar almenys 12 h abans d'aplicar-ne un de nou) Durada màx.: 7 dies	No finançat

AP: alliberació prolongada; **CICr:** aclariment de creatinina; **h:** hores; **IH:** insuficiència hepàtica; **IR:** insuficiència renal; **màx.:** màxima.

*Presentacions d'alliberació prolongada.

**Presentacions amb indicació en dolor lumbar.

Taula 4. Recomanacions de tractament en el dolor lumbar

Estratègia	Dolor lumbar agut	Dolor lumbar crònic
No farmacològic		
Exercici	Primera línia en dolor subagut i ús limitat en pacients amb dolor agut i risc de dolor lumbar crònic	Primera línia
Teràpia cognitivoconductual	Ús limitat en pacients amb factors de risc per desenvolupar dolor lumbar crònic	Primera línia si hi ha dolor discapacitant en combinació amb exercici
Rehabilitació multidisciplinària	No recomanat	Segona línia de tractament
Manipulació espinal	Segona línia o tractament adjuvant	No recomanat
Massatge	Segona línia o tractament adjuvant	No recomanat
Calor local	Segona línia o tractament adjuvant	No recomanat
Elements ortopèdics	No recomanat	No recomanat
Electroteràpia	No recomanat	No recomanat
Fred local, crioteràpia, diatèrmia d'ona curta	No recomanat	No recomanat
Farmacològic		
AINE (d'elecció ibuprofèn i naproxèn)	Tercera línia	Tercera línia
Paracetamol	Possible alternativa quan no es poden utilitzar els AINE*	Possible alternativa quan no es poden utilitzar els AINE*
Metamizole	Possible alternativa quan no es poden utilitzar els AINE*	No recomanat
Opioides febles	Ús amb precaució en pacients que no han respost als AINE*	No recomanat
Opioides forts	No recomanat	No recomanat
Relaxants musculars d'acció central	Es podria considerar en combinació si no hi ha millora suficient amb els AINE*	No recomanat
Benzodiazepines	No recomanat	No recomanat
Corticoesteroides sistèmics	No recomanat	No recomanat
Antidepressius	No recomanat	No recomanat
Antiepilèptics	No recomanat	No recomanat
Capsaicina tòpica	Pot considerar-se dins de l'autogestió del dolor per part del pacient*	No recomanat
AINE tòpics	No recomanat	No recomanat
Lidocaina transdèrmica	No recomanat	No recomanat
Invasiu		
Glucocorticoides epidurals	Dolor radicular molt intens	No indicat
Cirurgia	No recomanat	Última línia**

AINE: antiinflamatoris no esteroïdals.

*Consens d'expert.

**Discectomia i laminectomia en hèrnia discal amb radiculopatia i artròdesi lumbar en dolor discal amb discopatia.

Taula 5. Consideracions per al tractament farmacològic del dolor lumbar durant l'embaràs i la lactància^{31,49}

Medicament	Embaràs	Lactància
Paracetamol	D'elecció, ús segur	D'elecció, ús segur
AINE	1r i 2n trimestre: es poden utilitzar si no es pot fer servir el paracetamol. Ibuprofèn, d'elecció* 3r trimestre: contraindicat pel risc de tancament prematur del conducte arteriós	Es pot considerar ibuprofèn si no es pot fer servir el paracetamol (àmplia experiència d'ús)
Metamizole	1r i 2n trimestre: es poden utilitzar si no es pot fer servir el paracetamol i els AINE* 3r trimestre: contraindicat pel risc de tancament prematur del conducte arteriós	No recomanat
Opioides febles	Probablement segurs en qualsevol trimestre*† Administració propera al part: risc de depressió respiratòria neonatal Ús prolongat: risc de síndrome d'abstinència en el nounat	Tramadol: probablement segur.*† És aconsellable vigilar l'aparició de sedació i dificultats per a l'alimentació en el lactant Codeïna: no recomanat
Relaxants musculars d'acció central	No recomanat	No recomanat
Capsaicina tòpica	Probablement segur (absorció baixa)	Probablement segura (absorció baixa). No aplicar al pit

AINE: antiinflamatoris no esteroidals.

*Emprar a la dosi mínima útil i durant el menys temps possible.

†Ús amb precaució en pacients amb dolor agut que no han respost a la resta d'alternatives.

Quines estratègies són eficaces en la prevenció del dolor lumbar?

No es disposa d'estudis que avaluïn la prevenció primària del dolor lumbar. En la prevenció secundària, només els programes d'exercicis o d'exercicis combinats amb educació han demostrat prevenir l'aparició d'un nou episodi de dolor lumbar. Contràriament, els programes d'educació sense exercici, els cinturons lumbar, les plantilles ortopèdiques i els ajustaments ergonòmics en els centres de treball no han demostrat prevenir-los. Amb una evidència menys consistent, sembla que els programes d'exercicis també podrien prevenir l'absentisme laboral relacionat amb el dolor lumbar.^{50,51}

Quina informació cal transmetre als pacients i quin és el seguiment recomanat?

La informació al pacient és un pilar fonamental en el maneig adequat del dolor lumbar. S'ha de transmetre al pacient la natura del dolor, la benignitat del procés, com és el diagnòstic, que el maneig és principalment no farmacològic, què pot esperar dels diferents tractaments i els possibles riscos amb el tractament farmacològic.

Abans d'iniciar el tractament farmacològic és important informar el pacient que és un tractament purament simptomàtic de suport al tractament no farmacològic.

En el dolor lumbar agut es pot emprar un curs curt (durada inferior a 2 setmanes) d'analgèsics per permetre que el pacient

recuperi la seva activitat diària al més aviat possible. Alhora, s'han d'implementar totes les mesures no farmacològiques que podrien evitar nous episodis de dolor lumbar. Cal retirar el tractament davant de la millora dels símptomes.^{13,15}

En el dolor lumbar crònic, s'han d'implementar totes les mesures no farmacològiques, ajustar les expectatives sobre el tractament i establir un objectiu terapèutic realista, el qual pot ser una reducció del dolor al voltant del 30% al 50%. En general, amb qualsevol tractament farmacològic emprat en el dolor lumbar crònic es recomana iniciar-lo a dosis baixes amb una titulació gradual de la dosi fins a obtenir la dosi mínima útil (vegeu les taules 3 i 4). Es recomana fer una primera avaluació de l'efectivitat i la tolerabilitat al tractament al mes d'iniciar-lo i, posteriorment, cada tres mesos. Cal suspendre el tractament si l'eficàcia no és adequada o apareixen efectes adversos no tolerables. Així mateix, cal pactar amb el pacient situacions de retirada del tractament per intentar aconseguir un control adequat amb només un abordatge no farmacològic.^{13,15}

A més, es recomana donar informació també per escrit (però mai exclusivament per escrit). Alguns documents disponibles adreçats a pacients són:

- [Lumbàlgia](#). Canal Medicaments i Farmàcia. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. [Disponible en català].
- [La lumbàlgia](#). Fulls d'informació per a pacients. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). [Disponible en català i castellà].
- [Cuidar la columna lumbar](#). Fulls d'informació per a pacients. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). [Disponible en català i castellà].

Punts clau

- *L'abordatge no farmacològic és el pilar fonamental per al maneig del dolor lumbar. Cal informar els pacients que en general els símptomes són autolimitats i recomanar-los que es mantinguin actius.*
- *L'exercici físic és l'eina que ha demostrat millors resultats i és la primera línia de tractament en el dolor lumbar agut i crònic.*
- *Quan la resposta a l'exercici físic és inadequada es poden considerar la teràpia cognitivoconductual i la rehabilitació multidisciplinària en el dolor lumbar crònic.*
- *Els antiinflamatoris no esteroidals (AINE) han demostrat un efecte de petit a moderat en la millora del dolor i la funcionalitat. Són l'opció de tractament quan el tractament no farmacològic ha fracassat en dolor lumbar agut o crònic. S'han d'emprar a la dosi mínima útil i durant el menys temps possible.*
- *El paracetamol o el metamizole es poden considerar en els pacients que no puguin rebre un AINE per reaccions adverses, interaccions o contraindicacions. El paracetamol és l'analgèsic d'elecció en l'embaràs i la lactància.*
- *Els opioides no han demostrat millorar el dolor o la funcionalitat de forma clínicament rellevant i, en general, no se'n recomana l'ús per al maneig del dolor lumbar.*
- *Els relaxants musculars d'acció central tenen una evidència limitada en el dolor lumbar agut i s'han de reservar per a pacients que no responen als AINE i en períodes inferiors a 2 setmanes.*
- *No es recomana l'ús de corticoesteroides sistèmics, benzodiazepines, antidepressius, antiepilèptics, AINE tòpics i lidocaïna transdèrmica, ja que no han demostrat millorar el dolor lumbar de forma rellevant.*
- *En el seguiment del pacient amb dolor lumbar cal establir objectius realistes de reducció del dolor, avaluar l'efectivitat i la tolerabilitat dels tractaments a intervals regulars i pactar amb el pacient situacions de retirada del tractament.*
- *En alguns casos concrets, refractaris al tractament multidisciplinari, es poden plantejar tractaments invasius/quirúrgics.*

Bibliografia

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]. [consulta: 25 abril 2021]. Disponible a: <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 J, 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 [consulta: 20 juny 2021]. Disponible a: <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 [consulta: 20 juny 2021]. Disponible a: https://www.awmf.org/uploads/tx_sleitlinien/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 [consulta: 20 juny 2021]. Disponible a: 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 Replication 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, Vempati 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 [consulta: 23 maig 2021]. Disponible a: <https://cima.aemps.es/cima/publico/buscadoravanzado.html>
32. Institut Català de la Salut. Bases científiques emprades per elaborar l'OPF 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 [consulta: 8 gener 2018]. Disponible a: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2018/docs/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]. [consulta: 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 capsicum 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. *Semergen*. 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.

Data de redacció: **Maig 2021**

En el pròxim número: **Malaltia inflamatòria intestinal**

Butlletí d'Informació Terapèutica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

Direcció: Marta Chandre

Subdirecció: Pilar López

Coordinació editorial: Laura Diego i Laia Robert

Coordinació de la Comissió d'Informació Terapèutica: Núria Escoda

Comitè científic: 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, Noemi Villén

Secretaria Tècnica: Ester Saperas

Suport tècnic: CedimCat

ISSN: 1579-9441

Per a la reproducció total o parcial d'aquesta publicació, cal fer-ne la sol·licitud a:

Secretaria Tècnica de la Comissió d'Informació Terapèutica

Gerència del Medicament,

Travessera de les Corts, 131-159, 08007 Barcelona

Es poden consultar tots els números publicats des de l'any 1999 a:

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

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