



LUMBALGIA

SUMARIO

- ▶ INTRODUCCIÓN
- ▶ VALORACIÓN INICIAL
- ▶ LUMBALGIA AGUDA Y SUBAGUDA
 - Intervenciones no farmacológicas
 - Educación
 - Otras intervenciones no farmacológicas
 - Tratamiento farmacológico
- ▶ LUMBALGIA PERSISTENTE
 - Intervenciones no farmacológicas
 - Educación
 - Intervenciones físicas
 - Intervenciones psicosociales
 - Otras intervenciones no farmacológicas
 - Tratamiento farmacológico
- ▶ IDEAS CLAVE



INTRODUCCIÓN

La lumbalgia es la primera causa de discapacidad a nivel mundial y se asocia con una importante carga personal, social y económica, siendo a su vez, uno de los motivos más comunes de consulta en atención primaria (AP)^{1,2}. Se define como dolor y malestar localizado por debajo del margen costal y por encima de los pliegues glúteos inferiores, con o sin dolor en las piernas³.

La lumbalgia se clasifica en tres grupos en función de la duración de los síntomas: aguda cuando tiene una duración inferior a 4 semanas, subaguda entre 4 y 12 semanas, y crónica o persistente si el dolor perdura o recurre más allá de 12 semanas¹. Actualmente, se prefiere la denominación de dolor persistente a la de dolor crónico por la diferencia de significado, ya que indica que persiste más allá del tiempo esperado, no "para siempre"⁴.

Por otra parte, el dolor se puede subdividir en⁴:

- Primario (también llamado inespecífico o nociplástico), aquel en el que no se encuentra en los tejidos una causa subyacente que lo explique. El mecanismo fisiopatológico de este tipo de dolor no se conoce en profundidad, pero está detrás de los diagnósticos de dolor persistente más frecuentes en AP.
- Secundario, causado por una afección subyacente conocida (dolor nociceptivo o neuropático). En ocasiones, el dolor puede persistir aunque el tejido se haya recuperado y adquiere las características del dolor nociplástico (ha perdido relación con la lesión del tejido).

La literatura sugiere que el curso clínico de un episodio de lumbalgia es favorable (en 4-6 semanas se suele producir una rápida mejoría del dolor y la discapacidad, así como el regreso al trabajo)^{5,6}. Sin embargo, tras este periodo, la recuperación es más lenta y la recurrencia es común (alrededor del 69% de los pacientes experimentará recurrencia dentro de los 12 meses) y el dolor persiste en muchos pacientes. El curso clínico de la lumbalgia persistente es menos favorable, con menores mejoras del dolor y la funcionalidad. La identificación y la intensificación de la atención en aquellos pacientes con lumbalgia subaguda que se recuperan lentamente, podría reducir la probabilidad de transición a lumbalgia persistente, por lo que en estos pacientes se recomienda una reevaluación dentro de las primeras 12 semanas⁶.

Existe una importante brecha entre las recomendaciones basadas en la evidencia y la práctica clínica en el dolor lumbar inespecífico, tanto agudo como persistente, con un uso limitado de intervenciones de alto valor y un uso excesivo de las de bajo valor como: pruebas de imagen, reposo, medicamentos como opioides o gabapentinoides, o cirugía^{4,7}.

En este número del boletín se revisa la evidencia disponible sobre la eficacia de diferentes tipos de intervenciones en el manejo de la lumbalgia inespecífica, tanto aguda como persistente.

VALORACIÓN INICIAL

Ante un paciente que consulta por lumbalgia, el primer paso es valorar la existencia de causas específicas como neoplasia, infección, traumatismo o enfermedades inflamatorias, en especial si ha desarrollado sintomatología nueva⁸. Entre los pacientes que acuden con dolor de espalda a los centros de AP, menos del 1% tendrá una etiología grave (síndrome de cauda equina, cáncer metastásico e infección espinal). Casi todos los pacientes con alguna de estas afecciones presentan factores de riesgo o algún signo o síntoma de alerta. Por esta razón, una anamnesis detallada y un examen físico específico son suficientes para evaluar a la mayoría de los pacientes con dolor lumbar de menos de 4-6 semanas de duración, y para ayudar a identificar signos o síntomas que sugieran que estén indicadas pruebas de imagen u otras evaluaciones. Se han propuesto numerosas señales de alerta para ayudar a detectar posibles patologías graves (tabla 1), aunque falta evidencia que apoye el uso de la mayoría de ellas⁵.

Tabla 1. Factores de riesgo, signos y síntomas de alarma que podrían indicar una etiología grave en pacientes con dolor lumbar (adaptada de las referencias 9,10).

Síndrome de cauda equina o cola de caballo	Cáncer	Fractura vertebral	Infección
<ul style="list-style-type: none"> - Retención urinaria - Incontinencia urinaria o fecal - Anestesia en silla de montar - Debilidad en miembros inferiores no limitada a una raíz - Alteraciones de la sensibilidad - Claudicación neurógena 	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes personales o familiares de cáncer - Factores de riesgo de cáncer - Síndrome general - Pérdida de peso no explicada - Dolor nocturno - Déficits neurológicos - Sudoración nocturna 	<ul style="list-style-type: none"> - Traumatismo previo - Signos indirectos de traumatismo como contusiones o abrasiones superficiales - Historia de osteoporosis - Tratamiento prolongado con corticoides - Antecedentes de fractura por fragilidad - Edad avanzada - Sexo femenino - Historia de caídas repetidas - Dolor a la palpación de apófisis espinosas - Alteraciones neurológicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Infección reciente - Usuario de drogas por vía parenteral - Cirugía previa - Fiebre - Portador de catéter central - Inmunodepresión - Dolor a la palpación vertebral - Pacientes en hemodiálisis

Las pruebas de imagen (radiografía, resonancia...) solo deben solicitarse si, tras la exploración y la anamnesis se sospecha alguna patología subyacente que requiera un manejo específico^{5,7,8}. Además de exponer a las personas a radiación innecesaria, los estudios sugieren que la petición temprana de pruebas de imagen se asocia con más cuidados médicos (pruebas adicionales, derivación a especialistas, cirugía o procedimientos intervencionistas), mayor prescripción de opioides, mayor intensidad del dolor, mayores costes y bajas laborales^{4,7}. Por el contrario, la no petición de estas pruebas facilita una mejor evolución en el caso del dolor inespecífico⁴.

LUMBALGIA AGUDA Y SUBAGUDA

El objetivo de la atención a las personas con lumbalgia aguda es el alivio sintomático del dolor a corto plazo y evitar que persista en el tiempo, ya que la mayoría mejorará en pocas semanas¹¹.

Las guías actuales del manejo de la lumbalgia ponen el énfasis en el empleo de un marco biopsicosocial, que incluye educación que apoye el autocuidado, la reanudación de actividades normales y el ejercicio. Se recomiendan medidas iniciales no farmacológicas y reservar el tratamiento farmacológico para el caso de respuesta inadecuada⁷.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

Las recomendaciones más consistentes para el tratamiento temprano del dolor lumbar agudo y consideradas de primera línea son el consejo para mantenerse activo y la educación⁷.

Educación

Se recomienda consejo para **mantenerse activo**, evitar el reposo en cama y continuar con las actividades habituales, incluido el trabajo, si el dolor no es invalidante.

Se recomienda asesoramiento y **educación** sobre la naturaleza del dolor lumbar, incluyendo tranquilizar al paciente informando de lo improbable de un problema grave como causa de su lumbalgia, el buen pronóstico y la posibilidad de recurrencias. La educación debería incluir también información sobre las causas del dolor, el mínimo valor de las pruebas de diagnóstico en la mayoría de los casos, recomendaciones sobre la actividad y el trabajo, y cuándo contactar con un/a clínico/a para el seguimiento¹¹.

Otras intervenciones no farmacológicas

La evidencia disponible sobre la efectividad de otras intervenciones no farmacológicas en el dolor lumbar agudo es, en general, de baja a moderada calidad, por lo que, en todo caso, se deberían considerar de segunda línea (tabla 2). La elección entre las diferentes opciones dependerá de las preferencias del paciente, su coste y su accesibilidad^{2,11}.

- Existe evidencia moderada de que el **calor superficial** reduce el dolor y la discapacidad en la lumbalgia de duración inferior a 12 semanas. El efecto es pequeño y efímero. No se ha podido demostrar que el frío ejerza el mismo efecto¹².
- El **ejercicio físico** no ha demostrado ser más efectivo que el tratamiento simulado o placebo, o que el no tratamiento¹³. Por ello, en la lumbalgia aguda, no se considera necesario prescribir ejercicio (específico o estructurado), sino animar a las personas a permanecer activas².
- En cuanto a las **intervenciones físicas pasivas**, como manipulación o movilización espinal, masajes o acupuntura, la información disponible es contradictoria. En general, no parece que proporcionen beneficios frente a placebo, terapia simulada o ningún tratamiento^{11,14}. Una revisión Cochrane no encontró beneficios clínicos, aunque es un estudio se constató un incremento de la satisfacción de los pacientes¹¹. Tampoco hay datos sobre la selección del tipo de profesional que efectúa la manipulación (p. ej., fisioterapeuta, quiropráctico, osteópata, masajista)¹¹. Con todo ello, algunas guías no recomiendan su uso, otras las consideran opcionales y otras sugieren un ciclo corto para pacientes que no responden a otros tratamientos⁷.
- Las **terapias psicológicas** (como terapia cognitivo conductual), mindfulness o tratamientos multidisciplinarios no se suelen recomendar en las guías de tratamiento de la lumbalgia aguda².
- **Otras intervenciones** como tracción, electroterapias (TENS o neuroestimulación eléctrica transcutánea, PENS o neuroestimulación eléctrica percutánea, ultrasonidos...) o el empleo de órtesis (fajas, corsés...) son ineficaces y deben evitarse^{2,7}.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Las guías actuales recomiendan el tratamiento farmacológico sólo en caso de no obtener una respuesta adecuada a las intervenciones no farmacológicas^{2,7,8,11}. En general, ningún fármaco reduce de manera importante la intensidad del dolor en la lumbalgia aguda (tabla 2)¹⁵.

- Hay evidencia de que los **AINE** son ligeramente más eficaces que el placebo para reducir el dolor a corto plazo y la discapacidad en la lumbalgia aguda. La magnitud del efecto es pequeña y probablemente no relevante clínicamente¹⁶, a pesar de lo cual, se consideran la primera opción de tratamiento farmacológico.
- Los **relajantes musculares** (ciclobenzaprina, tizanidina, baclofeno) también han mostrado una ligera eficacia en la mejoría del dolor y la discapacidad en la lumbalgia aguda, pero se relacionan con más efectos adversos que los AINE, por lo que se contempla su uso en caso de que los AINE no hayan funcionado o estén contraindicados¹⁵.
- Las **benzodiazepinas** no son efectivas en la mejora del dolor o la funcionalidad y tienen potencial de abuso, por lo que no deben usarse¹¹.
- El **paracetamol** se ha considerado históricamente la primera opción en el tratamiento de la lumbalgia; sin embargo, dos revisiones Cochrane de 2016 y 2023 concluyeron que existe evidencia de alta calidad de que no presenta beneficio comparado con placebo en la lumbalgia aguda. Añadir paracetamol al tratamiento a corto plazo con AINE tampoco proporciona beneficio adicional¹¹.
- La evidencia no apoya el uso de **opioides**, incluido tramadol, en la lumbalgia aguda. Sin embargo, hay guías que consideran apropiado su uso en pacientes cuidadosamente seleccionados durante un corto plazo (menos de 3 días en la mayoría de los casos) y con un adecuado seguimiento^{7,11}.
- A pesar de que **gabapentina y pregabalina** se utilizan con frecuencia para el tratamiento de la lumbalgia con o sin ciática, la evidencia sobre su eficacia es limitada, y las guías desaconsejan su uso^{1,8}. Una revisión sistemática de la utilidad de estos fármacos en el tratamiento de la ciática encontró evidencia clara de que no son efectivos en la reducción del dolor¹⁷.
- No se recomienda el uso de **antidepresivos** (duloxetina, ISRS, antidepresivos tricíclicos) o de **corticoides sistémicos** en el tratamiento de la lumbalgia aguda^{11,14,15}.
- Los estudios realizados con **capsaicina** tópica en lumbalgia aguda han presentado resultados contradictorios. Además, se han llevado a cabo con presentaciones de capsaicina en combinación con otros principios activos, que no son comparables a las presentaciones comercializadas en España¹⁸.

- No hay evidencia que apoye el uso de **parches de lidocaína**¹¹.

LUMBALGIA PERSISTENTE

En las personas cuyos síntomas persisten más allá de los tres meses, el objetivo del tratamiento es reducir la intensidad del dolor, mejorar la funcionalidad y las habilidades de afrontamiento, así como prevenir la discapacidad¹.

Según los conocimientos actuales en neurobiología del dolor, el dolor persistente se debe a alteraciones en los mecanismos centrales de procesamiento del dolor y a la afectación de los sistemas de analgesia endógena, más que a lesiones tisulares. Estos mecanismos son los que mantienen y perpetúan la experiencia dolorosa, y por ello, los tratamientos que funcionan en el dolor agudo no obtienen los mismos resultados en dolor persistente, ya que la fisiología de ambos procesos es diferente¹⁹. Al igual que en la lumbalgia aguda, inicialmente se recomiendan medidas no farmacológicas y reservar el tratamiento farmacológico para el caso de respuesta inadecuada⁷.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

Las principales intervenciones aplicables desde AP son la educación, el ejercicio físico y el abordaje psicológico⁴.

Educación

Desde la primera consulta, a los pacientes con dolor persistente se les deben explicar los procesos neurofisiológicos involucrados en su experiencia de dolor para que comprendan por qué el dolor puede mantenerse, incluso sin daño tisular, especialmente cuando la causa de su persistencia no es evidente. Reducir los miedos habituales (pensamientos como "debe de haber algo mal") es un primer paso importante hacia la reactivación y la participación en técnicas efectivas para el autocontrol del dolor²⁰.

Cada vez hay más evidencia que respalda la capacidad de la educación en neurociencia del dolor (actualmente se prefiere hablar de educación en ciencia del dolor (ECD)) para impactar positivamente en las calificaciones del dolor, la discapacidad, la catastrofización del dolor y las limitaciones de movimiento de una persona²¹. La ECD es fundamental como fase previa a la realización de ejercicio físico¹⁹.

Intervenciones físicas

- El consejo inicial debe enfatizar la importancia de mantener la actividad según la tolerancia.
- El **ejercicio físico** es seguro, accesible, ayuda a aliviar los síntomas del dolor y mejora la funcionalidad en pacientes con dolor lumbar persistente¹.

La evidencia de la eficacia del ejercicio es consistente para diferentes modalidades de ejercicio (ejercicio aeróbico, fortalecimiento, pilates, yoga, caminar...). Respecto a la cantidad y tipo de ejercicio, un metaanálisis publicado en 2024 concluyó, con una evidencia de calidad muy baja a moderada, que el tiempo necesario para obtener una misma reducción del dolor podría variar entre los distintos tipos de ejercicio, siendo menor para pilates, tai-chi o ejercicio aeróbico y mayor para el ejercicio acuático²². Aun así, no hay evidencia suficiente para concluir que un tipo de ejercicio es superior a otro, por lo que se recomienda que, para que se mantenga en el tiempo, el ejercicio se adapte al estilo de vida, la capacidad física y las preferencias de cada persona^{1,2,4,23}.

Una revisión sistemática sobre la efectividad de la ECD con o sin ejercicio terapéutico en pacientes con dolor lumbar persistente concluyó que la intervención combinada es más efectiva en la reducción de la intensidad del dolor, la discapacidad, la kinesiofobia y el catastrofismo a corto y medio plazo, que cualquiera de las dos intervenciones por separado. Faltan estudios que valoren los efectos a largo plazo²⁴.

- **Intervenciones físicas pasivas** como masaje, manipulación espinal, acupuntura... disponen de evidencia contradictoria, por lo que no se ha llegado a un consenso sobre la conveniencia de su utilización. Algunas guías contemplan su uso en combinación con otras intervenciones, ya que podrían producir un alivio del dolor a corto plazo^{1,2,8,23}.

Educación en ciencia del dolor en Osakidetza

En Osakidetza, fisioterapeutas en AP ofrecen intervenciones grupales que buscan dotar al paciente de herramientas para la autogestión de su proceso. Se trata de sesiones en las que las personas con dolor cervical, de espalda u hombro reciben nociones básicas en ciencia del dolor y ejercicio terapéutico, en los que prima la diversificación (flexibilización, fortalecimiento muscular y ejercicio aeróbico), con el objetivo de recuperar la funcionalidad, mejorar la percepción del estado de salud y reducir la discapacidad. Además, el/la fisioterapeuta hace de enlace facilitador para promover la actividad física a través del acuerdo que Osakidetza tiene con los servicios municipales de deporte.

Información para los pacientes²⁸

- El dolor de espalda es frecuente y común
- El dolor de espalda no empeora a medida que envejecemos
- Las pruebas de imagen rara vez son necesarias en el dolor de espalda y pueden ser contraproducentes
- La espalda no es tan vulnerable al daño como se piensa; está diseñada para doblarse y levantar peso
- Puedes tener dolor de espalda sin daño o lesión
- El ejercicio es bueno para el dolor de espalda
- Una conducta de miedo-evitación al movimiento y expectativas de recuperación negativas se asocian con el dolor persistente
- Una musculatura troncal débil no causa dolor lumbar; es bueno mantenerla fuerte, pero también relajarla
- Los fármacos potentes no tienen potentes beneficios
- El dolor de espalda suele mejorar

Ver infografía: [10 hechos sobre el dolor de espalda](#)

Intervenciones psicosociales

Se ha demostrado que las personas que tienen expectativas positivas en cuanto a su recuperación tienen más probabilidades de volver al trabajo, mejorar el dolor y aumentar las actividades que pueden realizar²⁵. Se han estudiado diferentes tipos de terapias psicosociales para la mejora del dolor lumbar persistente y, en general, la evidencia disponible es de baja calidad. De hecho, diferentes guías han coincidido en que no se pueden hacer recomendaciones sobre el uso de terapias psicológicas aisladamente^{8,23}.

Parece más probable que los beneficios se produzcan cuando se utiliza un abordaje multidisciplinar, en el que se combinan tratamientos tanto físicos, como biopsicosociales^{1,8}.

Otras intervenciones no farmacológicas

No hay suficiente evidencia de que el calor o el frío mejoren el dolor en la lumbalgia persistente¹². La tracción, las órtesis y las electroterapias tampoco están recomendadas en la lumbalgia persistente^{1,8,23}.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

A pesar del uso extendido de los tratamientos farmacológicos en el dolor persistente musculoesquelético, su efectividad en muchos casos es nula¹⁹. La terapia farmacológica podría jugar un papel complementario en el abordaje de los pacientes con sintomatología significativa y persistente, cuando las medidas no farmacológicas no han sido suficientemente eficaces¹, aunque el beneficio esperado en la reducción del dolor y la discapacidad es pequeño.

- Existe evidencia de baja calidad de que los **AINE** producen una ligera mejoría en el dolor y la funcionalidad^{15,23}. No se recomienda utilizar AINE en la lumbalgia persistente, si previamente no fueron efectivos para controlar los síntomas del dolor lumbar subagudo¹. Se debe recomendar a los pacientes que tomen la dosis eficaz más baja durante el periodo de tiempo más corto posible¹.
- En relación a los **relajantes musculares**, no hay evidencia de su beneficio en lumbalgia persistente^{7,23,26}.
- Las **benzodiazepinas** no se consideran apropiadas, debido a la ausencia de estudios sobre su eficacia y sus potenciales efectos adversos, así como las complicaciones debidas a un uso prolongado^{1,23}.
- Aunque algunos autores consideran el uso de **paracetamol** una alternativa a los AINE en pacientes en los que estos están contraindicados¹, esta práctica no está avalada por ningún ensayo clínico^{1,15,23}.
- El uso rutinario de **opioides** no está recomendado debido a su baja o modesta eficacia en la reducción del dolor y la discapacidad y a los efectos adversos asociados al uso prolongado, incluyendo el riesgo de dependencia y sobredosis, lo que hace que su relación beneficio-riesgo sea desfavorable^{1,7,8,23}.

- La **pregabalina y gabapentina** se usan ampliamente en el tratamiento de la lumbalgia persistente, aunque no hay evidencia que justifique su uso. Por el contrario, existe evidencia de calidad moderada-alta de que son ineficaces en el tratamiento del dolor lumbar o radicular, y evidencia de alta calidad de que incrementan el riesgo de efectos adversos²⁷, por lo que no se recomienda su uso^{1,8}.
- El **antidepresivo** más estudiado es la duloxetina y, en general, no está recomendada debido al escaso beneficio, a la relevancia clínica incierta, y al aumento del riesgo de efectos adversos. Otros antidepresivos como los tricíclicos o los ISRS tampoco se recomiendan^{1,8,15,23}.
- El uso de **glucocorticoides** sistémicos en el tratamiento de la lumbalgia persistente no se ha evaluado en ningún ensayo¹ y sí se conocen sus riesgos, por lo que no se recomienda^{1,7,8,23}.
- La **capsaicina** tópica, en base a los resultados de tres ensayos frente a placebo, podría reducir moderadamente el dolor a corto plazo, observándose como efecto adverso la irritación de la piel; no obstante, los estudios se hicieron con distintas presentaciones de capsaicina (parches de diferentes concentraciones y crema multicomponente) no comparables a las comercializadas en España, por lo que los resultados podrían no ser extrapolables a nuestro medio^{18,23}.
- No hay ensayos clínicos que hayan evaluado los beneficios y riesgos de productos con **cannabinoides** (tetrahidrocannabinol o cannabidiol) en la lumbalgia^{1,23}.

Tabla 2. Evidencia sobre la eficacia de intervenciones no farmacológicas y tratamiento farmacológico en el dolor y/o funcionalidad en lumbalgia aguda y persistente^{1,2,7,8,11–18,23,26,27}.

Intervenciones no farmacológicas	Aguda	Persistente
Educación	+	+
Mantenerse activo	+	+
Ejercicio físico (aeróbico, de fortalecimiento, Pilates, yoga...)	-	+
Terapias psicológicas (cognitivo conductual), mindfulness...	-	+ ^a
Calor local	+	-
Intervenciones físicas pasivas (masaje, manipulación espinal, acupuntura...)	-	-
Frío local	-	-
Órtesis (soportes lumbares)	-	-
Tracción	-	-
Electroterapias (TENS, PENS, ultrasonidos...)	-	-
Tratamiento farmacológico	Aguda	Persistente
AINE	+	+
Relajantes musculares (ciclobenzaprina, tizanidina)	+	-
Benzodiazepinas	-	-
Paracetamol	-	-
Opioides	-	-
Gabapentina y pregabalina	-	-
Antidepresivos (tricíclicos, ISRS, duloxetina)	-	-
Corticoides sistémicos	-	-
Capsaicina ^b	-	-
Cannabinoides	-	-

(+): presenta evidencia de algún beneficio; (-): no evidencia de beneficio, datos inconsistentes o relación beneficio/riesgo desfavorable. ^aen combinación con educación y ejercicio físico, ^bestudios con presentaciones no comparables a las comercializadas en España.

IDEAS CLAVE

- Existe una importante brecha entre las recomendaciones basadas en la evidencia y la práctica clínica en el dolor lumbar inespecífico, tanto agudo como persistente.
- Entre los pacientes que acuden con dolor de espalda a los centros de atención primaria, menos del 1% tendrá una etiología grave, por lo que en la mayoría de los casos la valoración se basa en la anamnesis y la exploración detalladas.
- El curso clínico de un episodio de lumbalgia se resuelve en 4-6 semanas en la mayoría de los casos, pero la recurrencia es común y en muchos pacientes el dolor se hace persistente.
- Las pruebas de imagen solo deben solicitarse si se sospecha una condición específica que requiera un manejo distinto del recomendado. La no petición de pruebas de imagen facilita una mejor evolución en el caso del dolor inespecífico.
- En el dolor lumbar inespecífico agudo las recomendaciones de primera línea son: mantenerse activo, evitar el reposo en cama y continuar con las actividades habituales y, asesoramiento y educación sobre la naturaleza del dolor lumbar.
- En la lumbalgia inespecífica persistente se recomienda combinar educación en ciencia del dolor y ejercicio físico.
- Los fármacos no son el tratamiento de primera línea en la lumbalgia aguda ni en la persistente.
- Hay evidencia de que los AINE son ligeramente más eficaces que el placebo para reducir el dolor a corto plazo y la discapacidad en la lumbalgia aguda. La magnitud del efecto es pequeña y probablemente no relevante clínicamente, a pesar de lo cual, se consideran la primera opción de tratamiento farmacológico.
- El paracetamol se ha considerado históricamente la primera opción en el tratamiento de la lumbalgia, sin embargo, existe evidencia de alta calidad de que no presenta beneficio comparado con placebo.
- La evidencia no apoya el uso de opioides, incluido tramadol. Los efectos adversos asociados a su uso prolongado hacen que su relación beneficio-riesgo sea desfavorable.
- A pesar de su amplio uso, existe evidencia de que los gabapentinoides son ineficaces para el tratamiento del dolor lumbar con o sin radiculopatía y de que incrementan el riesgo de eventos adversos.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Iñaki Aguirrezabal, médico de familia de la Unidad de Afrontamiento Activo del Dolor de la OSI Araba, y a Susana Pinedo, médica rehabilitadora de la OSI Barrualde-Galdakao, la revisión del texto, así como sus acertados comentarios y sugerencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chou R. *Subacute and chronic low back pain: Nonpharmacologic and pharmacologic treatment*. En: UpToDate, Atlas SJ (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [consultado 24/04/2024].
2. O’Keeffe M. *Non-pharmacological treatment of low back pain in primary care*. Drug Ther Bull. 2019;57(7):104-8.
3. *International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11)*. Geneva: World Health Organization;2022. License: [CC BY-ND 3.0 IGO](#). [Consultado 03/05/2024].
4. García Espinosa V, Muñoa Capron-Manieux M. *Abordaje no farmacológico del dolor persistente*. AMF. 2023;19(8):462-8.
5. Wheeler SG, Wipf JE, Staiger TO, Deyo RA, Jarvik JG. *Evaluation of low back pain in adults*. En: UpToDate, Atlas SJ (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [Consultado 24/04/2024].
6. Wallwork SB, Braithwaite FA, O’Keeffe M, Travers MJ, Summers SJ, Lange B, et al. *The clinical course of acute, subacute and persistent low back pain: a systematic review and meta-analysis*. CMAJ.2024;196(2):E29-46.
7. 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*. The Lancet. 2018;391(10137):2368-83.
8. *Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management*. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2016 [Consultado: 24/04/2024]. NG 59.
9. Pernas Onega Y, Díaz Aquino A, Murillo García B. *Lumbalgia*. En: Fisterra.com; 18/11/2021. [Consultado: 24/04/2024].
10. Finucane LM, Downie A, Mercer C, Greenhalgh SM, Boissonnault WG, Pool-Goudzwaard AL, et al. *International framework for red flags for potential serious spinal pathologies*. Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy. 2020;50(7):350-72.

«El boletín INFAC es una publicación electrónica que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la promoción del uso racional del medicamento para obtener un mejor estado de salud de la población».

11. Knight CL, Deyo RA, Staiger TO, Wipf JE. [Treatment of acute low back pain](#). En: UpToDate, Atlas SJ (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [Consultado 24/04/2024].
12. French SD, Cameron M, Walker BF, Reggars JW, Esterman AJ. [Superficial heat or cold for low back pain](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD004750. DOI: 10.1002/14651858.CD004750.pub2.
13. IJzelenberg W, Oosterhuis T, Hayden JA, Koes BW, van Tulder MW, Rubinstein SM, et al. [Exercise therapy for treatment of acute non-specific low back pain](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 8. Art. No.: CD009365. DOI: 10.1002/14651858.CD009365.pub2.
14. Chou R, Wagner J, Ahmed AY, Blazina I, Brodt E, Buckley DI, et al. [Treatments for Acute Pain: A Systematic Review](#). AHRQ. 2020; 20(21)-EHC006.
15. Cashin AG, Wand BM, O'Connell NE, Lee H, Rizzo RRN, Bagg MK, et al. [Pharmacological treatments for low back pain in adults: an overview of Cochrane Reviews](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 4. Art. No.: CD013815. DOI: 10.1002/14651858.CD013815.pub2.
16. 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 of Systematic Reviews 2020, Issue 4. Art. No.: CD013581. DOI: 10.1002/14651858.CD013581.
17. Giménez-Campos MS, Pimenta-Fermisson-Ramos P, Díaz-Cambroner JI, Carbonell-Sanchís R, López-Briz E, Ruíz-García V. [A systematic review and meta-analysis of the effectiveness and adverse events of gabapentin and pregabalin for sciatica pain](#). Atención Primaria. 2022;54(1).
18. Oltean H, Robbins C, van Tulder M, Berman B, Bombardier C, Gagnier JJ. [Herbal medicine for low-back pain](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12. Art. No.: CD004504. DOI: 10.1002/14651858.CD004504.pub4.
19. Aguirrezabal Bazterrica I, Galán Martín MÁ, Montero Cuadrado F. [Abordaje no farmacológico del dolor](#). FMC. 2020;27(3):145-53.
20. Tauben D, Brett RS. [Approach to the management of chronic non-cancer pain in adults](#). En: UpToDate, Fishman S (Ed), UpToDate, Waltham MA. [Consultado 03/05/2024].
21. Blickenstaff C, Pearson N. [Reconciling movement and exercise with pain neuroscience education: A case for consistent education](#). Physiother Theory Pract. 2016;32(5):396-407.
22. Liang Z, Tian S, Wang C, Zhang M, Guo H, Yu Y, et al. [The best exercise modality and dose for reducing pain in adults with low back pain: A systematic review with model-based Bayesian network meta-analysis](#). Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy. 2024;54(5):1-13.
23. [WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings](#). Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
24. Ramóns-Martín GJ, Rodríguez-Nogueira O. [Efectividad de la educación en neurociencia del dolor aislada o combinada con ejercicio terapéutico en pacientes con dolor lumbar crónico: una revisión sistemática](#). Fisioterapia. 2021;43(5):282-94.
25. Hayden JA, Wilson MN, Riley RD, Iles R, Pincus T, Ogilvie R. [Individual recovery expectations and prognosis of outcomes in non-specific low back pain: prognostic factor review](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 11. Art. No.: CD011284. DOI: 10.1002/14651858.CD011284.pub2.
26. Cashin AG, Folly T, Bagg MK, Wewege MA, Jones MD, Ferraro MC, et al. [Efficacy, acceptability, and safety of muscle relaxants for adults with non-specific low back pain: Systematic review and meta-analysis](#). BMJ. 2021;374:n1446.
27. 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.
28. O'Sullivan PB, Caneiro JP, O'Sullivan K, Lin I, Bunzli S, Wernli K, et al. [Back to basics: 10 facts every person should know about back pain](#). Br J Sports Med. 2020;54(12):698-699.

Este boletín debe citarse: Lumbalgia. INFAC. 2024;32(8):86-94.

Es de gran importancia que se notifiquen a la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco las sospechas de reacción adversa a los nuevos medicamentos. La notificación se puede realizar a través de OSABIDE, del formulario de notificación on line de la intranet de Osakidetza, rellenando la tarjeta amarilla o a través de la nueva web de la AEMPS: <https://www.notificaram.es>

Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: al farmacéutico de atención primaria de su OSI o a CEVIME o al e-mail: infac@osakidetza.eus

Consejo de Redacción: Iñigo Aizpurua¹, Iciar Alfonso², Ainhoa Arana³, María Armendáriz³, Markel Brouard⁴, Saioa Domingo³, Maitane Elola⁵, Arritxu Etxebarria³, Jesús Fernández⁴, Julia Fernández³, Isabel Fontán³, Leire Gil³, Ana Isabel Giménez³, Juan José Iglesias⁴, Josune Iribar³, Nekane Jaio³, Itxasne Lekue³, M^a José López¹, Javier Martínez³, Teresa Morera⁶, Carmela Mozo³, Elena Olloquiegi³, Elena Ruiz de Velasco³, Amaia Sagastibelza⁷, Rita Sainz de Rozas³, Inés San José³, Maitane Umerez³, Elena Valverde³, Miren Zubillaga⁴.

1. Farmacéutico/a CEVIME; 2. Farmacóloga clínica; 3. Farmacéutico/a de atención primaria; 4. Médico/a de familia; 5. Médica de medicina interna; 6. Profesora de farmacología (UPV); 7. Pediatra de atención primaria.



<http://www.euskadi.eus/informacion/boletin-infac/web01-a2cevime/es/>



Queda totalmente prohibido el uso de este documento con fines promocionales

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

