



Acreditado por el
Consell Català de Formació Continuada
de les Professions Sanitàries-
Comisión de Formación Continuada del
Sistema Nacional de Salud con
6,2 créditos



Evaluación y acreditación en:
www.aulamayo.com



Síndromes menores

1	Aftas
2	Fiebre
3	Conjuntivitis y sequedad ocular
4	Estreñimiento
5	Prurito vaginal
6	Diarrea
7	Cefalea
8	Dermatitis
9	Gripe y resfriado
10	Lumbalgia
11	Insomnio
12	Pirosis
13	Tos
14	Hemorroides
15	Prurito

Atención farmacéutica

TEMA 10

Lumbalgia

Juan del Arco

Doctor en Farmacia. Director técnico del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia

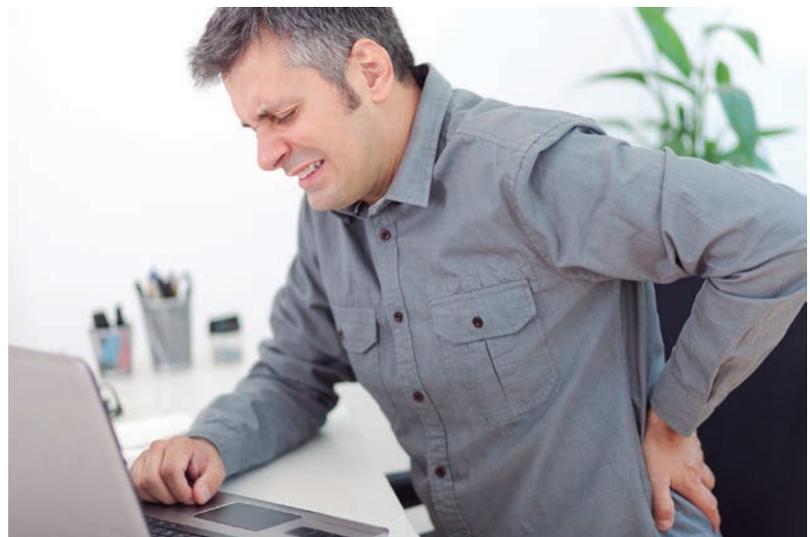
Definición y clasificaciones

La lumbalgia es una afección que se caracteriza por la presencia de dolor, tensión muscular y/o rigidez en la parte inferior de la espalda, que con frecuencia irradia hacia las extremidades inferiores¹.

En la mayoría de los casos evoluciona favorablemente y los síntomas desaparecen en menos de un mes. Sin embargo, a pesar de que la mayoría de los pacientes que permanecen sintomáticos experimentan una clara mejoría en los 2 meses posteriores y de que casi todos retoman su actividad laboral, es habitual que se produzcan recidivas y que, incluso al cabo de un año, persistan ciertos niveles de dolor y discapacidad².

Para facilitar el diagnóstico y la selección del tratamiento, se recomienda clasificar la afección en tres grandes categorías³:

- **Lumbalgia inespecífica.** En más del 85% de los casos de lumbalgia que se consultan en atención primaria, la afección no puede atribuirse a una patología específica o a una alteración espinal. En estos pacientes, los intentos de buscar una causa mediante diagnósticos anatómicos (que, además, no están validados por estudios rigurosos) no aportan mejoras a los resultados del tratamiento.
- **Lumbalgia potencialmente asociada a radiculopatía o estenosis espinal.** Este tipo de dolor (que se conoce como «ciática») se debe a la compresión, estiramiento, torsión o irritación de una raíz nerviosa, y su principal característica es que irradia por el nervio afectado. Aunque otras lumbalgias no radicu-



©AnaBGD/iStock/Thinkstock

lares también pueden extenderse hacia las extremidades inferiores, las de tipo ciático son fáciles de identificar, ya que afectan a todo el recorrido del nervio, se acompañan de sensación de hormigueo y se agravan con las maniobras de tracción^{4,5}.

- **Lumbalgia potencialmente asociada a otra causa específica.** En una minoría de pacientes, la lumbalgia se debe a causas específicas, como fracturas por compresión, cáncer o infecciones espinales. En esta categoría se incluyen también los pacientes con déficits neurológicos y los que presentan el síndrome de cauda equina*.

A la hora de realizar el diagnóstico, lo principal es efectuar una buena anamnesis que permita identificar las patologías citadas (fracturas, cáncer, etc.) o los casos en los que el dolor se deba a afecciones abdominales (pancreatitis, litiasis renal, aneurismas...). Una vez descartadas estas causas, el objetivo es localizar los casos de dolor radicular, para lo cual, además de los datos de la historia clínica (entre los que destaca la presencia de paresia), es fundamental la exploración, en la que debe incluirse el test de Lasègue** (que es muy sensible pero poco específico para detectar la radiculopatía) y la valoración de la sensibilidad, la fuerza y los reflejos^{3,6-8}.

También resulta útil clasificar las lumbalgias en función de su tiempo de evolución, aunque en muchos casos el patrón del dolor sea en realidad mucho más complejo de lo que refleja este tipo de clasificaciones^{9,10}. La más recomendada es la siguiente^{6,9}:

- Aguda: si no supera las 6 semanas.

* El síndrome de cauda equina está producido por la compresión de las raíces nerviosas situadas al final de la médula espinal, y en el 95% de los casos cursa con retención urinaria. Su prevalencia es muy baja, pero es una afección que precisa tratamiento quirúrgico inmediato^{3,6}.

** Consiste en estirar pasivamente el nervio ciático, para lo que se coloca al paciente en decúbito supino y se le levanta la pierna con la rodilla extendida. Se considera positivo cuando aparece dolor agudo irradiado hacia la pierna entre los 30 y 70° de elevación^{3,6,7}.



©Wavebreakmedia Ltd/Lightwavemedia/Thinkstock

- Subaguda: cuando dura de 6 semanas a 3 meses.
- Crónica: si persiste más allá de 3 meses.
- Recurrente: cuando se presentan sucesivos episodios agudos, separados por periodos asintomáticos de al menos tres meses de duración.

Además, existen varias clasificaciones en función de la etiología y/o de la presentación clínica, pero presentan importantes divergencias entre ellas y su utilización no aporta mejoras significativas para la eficacia de los tratamientos³.

Etiología

Aunque en la gran mayoría de los pacientes no puede identificarse una causa específica de la afección, se considera que alrededor del 90% de los casos se deben a alteraciones mecánicas de las estructuras lumbares (discos intervertebrales, articulaciones, ligamentos, fascias, músculos, raíces nerviosas...)^{5,7}.

El resto de las lumbalgias se deben a fracturas vertebrales (en torno al 4% de los casos) u otras alteraciones de la columna (infecciones, tumores óseos...), a patologías localizadas en la región abdominal (aneurisma de aorta, tumores digestivos, alteraciones de cadera, infecciones, tumores genitourinarios o in-

cluso a un herpes zóster) o a trastornos musculoesqueléticos como osteoporosis, fibromialgia o enfermedades hematológicas^{5,7}.

Epidemiología

El dolor lumbar es uno de los problemas de salud más habituales en las sociedades occidentales. Genera un gran número de consultas a los profesionales sanitarios, y da lugar a una elevada pérdida de días de trabajo, por lo que supone un gran coste socioeconómico^{6,11}.

Los estudios publicados son muy heterogéneos desde el punto de vista metodológico, por lo que los valores medios de prevalencia que se obtienen en las revisiones deben ser interpretados con precaución^{11,12}. La prevalencia puntual en España, según el estudio EPISER, publicado en 2001, es del 14,8%. Un porcentaje que se incrementa con la edad, y es mayor entre los pacientes de 40 a 59 años¹³ (como se ha demostrado también en otros estudios)¹² y entre la población con alto valor adquisitivo¹¹. Se estima que más del 70% de la población sufre al menos un episodio de lumbalgia a lo largo de su vida⁹.

Las personas mayores presentan más episodios severos e invalidantes, pero parecen experimentar menos dolores leves o moderados, lo que podría

deberse a factores tales como la menor percepción y el aumento de la tolerancia al dolor, la depresión o el deterioro cognitivo¹¹.

La prevalencia es menor en los países en vías de desarrollo. Aunque este hecho podría atribuirse a factores como un mayor nivel de actividad física, mejor tolerancia al dolor o estatura media más baja, también podría deberse a una infraestimación de los datos debida al menor acceso a la atención médica o incluso a la menor esperanza de vida^{11,14}.

Los primeros episodios se presentan a partir de los 10 años, y la prevalencia aumenta con la edad, siendo más frecuente a partir de los 40 años. Aunque hay algunos estudios en los que se ha observado que la prevalencia es mayor en mujeres, existen otros que han constatado una prevalencia más elevada en hombres o que no existen diferencias significativas entre ambos sexos^{11,14,15}.

Otras investigaciones constatan que en alrededor del 90% de los casos el dolor lumbar dura menos de 6 semanas y es autolimitado⁹, pero es probable que el porcentaje de casos crónicos o recurrentes sea bastante mayor, y que en realidad lo que sucede es que el paciente deja de acudir al médico aunque el dolor no desaparezca por completo¹⁶. Una revisión sistemática, realizada en 2003, concluyó que el nivel de dolor y discapacidad disminuye claramente el primer mes, y que a lo largo de este periodo la mayoría de los pacientes (82%) vuelven al trabajo, aunque el riesgo de recurrencia llega al 26% en los 3 primeros meses y alcanza incluso el 84% en los estudios a 12 meses².

La lumbalgia es el dolor crónico más frecuente¹⁷, así como la patología que produce mayor incapacidad en términos de «años vividos con discapacidad», y la sexta en cuanto a carga total de la enfermedad expresada en «años de vida ajustados por discapacidad»¹⁴. Conlleva un alto coste social, tanto por el número de horas de trabajo perdidas (representa el 9% de las incapacidades temporales de más de 35 días de



©KatarzynaBialasiewicz/iStock/Thinkstock

duración¹⁸ y casi un 10% de los costes indirectos asociados a la incapacidad temporal¹⁹), como por el alto gasto sanitario que ocasiona, debido, en parte, a la gran difusión de determinados tratamientos cuya eficacia no se ha demostrado⁸.

Recomendaciones para el tratamiento de la lumbalgia en la farmacia comunitaria

La elevada prevalencia de la lumbalgia da lugar a un gran número de consultas en la farmacia. Quienes padecen este trastorno buscan información y consejo, y su satisfacción aumenta cuando establecen una buena comunicación con los profesionales sanitarios y cuando el farmacéutico les explica las distintas decisiones terapéuticas⁵.

Para facilitar una buena atención, además de la empatía y la claridad a la hora de aconsejar, es importante saber identificar las señales de alarma o las causas de derivación, así como disponer de información actualizada sobre los tratamientos existentes para poder resolver adecuadamente las consultas que plantean los pacientes y aconsejarles sobre los recursos terapéuticos más adecuados.

Identificación del problema y criterios de derivación

En principio, deben remitirse al médico todos los casos en los que el paciente consulte por un episodio de lumbal-

gia no diagnosticado, para que pueda realizarse una anamnesis y una exploración que permita identificar si se asocia a una radiculopatía o a alguna otra causa específica. En cualquier caso, existen una serie de señales de alarma que indican que la remisión al médico es aún más necesaria^{1,5}:

- Primeros episodios que se producen antes de los 20 o después de los 50 años de edad.
- Casos asociados a traumatismos.
- Dolor lumbar que no se relaciona con una actividad física o que aumenta al tumbarse.
- Dolor que no se limita a la zona lumbar, especialmente si se irradia hacia las piernas o si aparece dolor torácico.
- Presencia de fiebre, malestar general u otros signos de infección.
- Pérdida de peso sin un motivo aparente y/o astenia.
- Retención urinaria.
- Asociación a parestesias u otros síntomas neurológicos.
- Osteoporosis ya diagnosticada.
- Historial previo de cáncer y/o enfermedad vascular y/o presencia de factores de riesgo cardiovascular.
- Tratamiento con esteroides o anticoagulantes.

Tanto con los pacientes que acuden por primera vez a la farmacia por un episodio de dolor lumbar, como para los que ya han padecido previamente

este trastorno, es importante tener en cuenta que los factores psicosociales y emocionales pueden influir en el pronóstico, por lo que es conveniente conocer las circunstancias o hábitos que pueden favorecer la aparición y/o cronificación de la lumbalgia (tabla 1)^{3,20}. Aunque no se dispone de evidencia consistente sobre la influencia de algunos de estos factores (como el consumo de tabaco o la inactividad física), es preciso seguir recomendando al paciente que los evite, ya que son hábitos no saludables⁶.

Desde la farmacia, el farmacéutico establece a menudo una relación de proximidad y confianza con los pacientes, y ello le permite influir positivamente en la evitación de algunos de estos hábitos. Así, puede realizar una importante labor educativa combatiendo falsas creencias, contribuyendo a modificar percepciones personales y apoyando la labor de otros profesionales que atienden al paciente.

En este sentido, en los pacientes con lumbalgias crónicas o recurrentes, o incluso en los casos agudos que se remiten al médico, el farmacéutico también puede llevar a cabo una labor importante informando al paciente de la escasa utilidad de las pruebas de imagen (radiografías, resonancias, tomografías...), tanto para evitar falsas expectativas o frustraciones como para contribuir a evitar que se sometan a exploraciones innecesarias⁶. De hecho, estas pruebas sólo se recomiendan cuando hay déficits neurológicos u otras señales de alarma que hagan sospechar la existencia de fracturas, infecciones o tumores^{3,6,23-25}, y para evaluar los casos de dolor persistente con síntomas de radiculopatía o estenosis que hagan aconsejable la cirugía³.

Selección del tratamiento

Dado que en la lumbalgia intervienen muchos factores y teniendo en cuenta que su etiología es muy diversa, no existe un tratamiento de elección, aunque se han realizado numerosos estudios comparativos que permiten efectuar recomendaciones sobre al-

Tabla 1. Factores que favorecen la aparición y cronificación de la lumbalgia^{8,20-22}

Demográficos
<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo
Relacionados con el estilo de vida
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de tabaco • Falta o exceso de actividad física
Fisiológicos y patológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo • Obesidad • Deterioro físico • Afecciones vertebrales • Angustia, ansiedad, depresión, somatización
Conductuales y sociales
<ul style="list-style-type: none"> • Creencia de que el dolor va a ser crónico o que tiene que desaparecer para poder hacer vida normal • Sensación de que se agravará si realiza cualquier actividad • Percepción de que es una afección grave o exageración de los síntomas • Temor a que afecte a cuestiones laborales y a las relaciones familiares o cualquier otro pensamiento negativo • Falsas expectativas de una terapia que erradique el dolor • Actitud pasiva ante la rehabilitación • Bajo nivel educativo • Falta de apoyo o aislamiento social • Entorno laboral desfavorable • Problemas con reivindicaciones laborales o compensaciones económicas • Historial de bajas laborales frecuentes • Historial de abusos

gunas de las alternativas disponibles y desaconsejar determinadas terapias²⁶.

Como ya se ha indicado, la gran mayoría de las lumbalgias agudas evolucionan favorablemente. Sin embargo, la evidencia disponible muestra que, aunque determinados tratamientos han demostrado ser eficaces, su efecto analgésico es más bien modesto y sus resultados son similares en los casos agudos y en los crónicos^{1,27}.

A la hora de aconsejar a los pacientes en la farmacia, debe tenerse en cuenta que la mayoría de las guías terapéuticas realizan una serie de recomendaciones generales, tanto para la lumbalgia aguda como para la crónica^{1,3,6,25} (tabla 2).

Prevención y tratamiento no farmacológico

Para el tratamiento de la lumbalgia existen muchas alternativas terapéuticas, pero, como ya se ha comentado, sólo algunas han demostrado su eficacia y, en el mejor de los casos, ésta es moderada. De hecho, es poco probable que una sola intervención resulte eficaz, ya que se trata de un trastorno multidimensional. Por tanto, lo más razonable es plantear un enfoque pluridisciplinario que incluya actividad física y medidas educacionales del ámbito biopsicosocial⁹, un aspecto que debe ser tenido muy en cuenta a la hora de facilitar consejos desde la farmacia.

Para facilitar información de utilidad a quienes ejercen en la farmacia comunitaria, y debido a la metodología de los estudios de evaluación y a las propias características de la afección, lo más práctico es analizar conjuntamente la capacidad de las distintas opciones terapéuticas para prevenir el trastorno, disminuir los síntomas y evitar las recurrencias, como se muestra en la tabla 3²⁶.

Por otra parte, es posible que los pacientes pregunten sobre aspectos de la vida cotidiana, como qué tipo de colchón deben usar o si deben emplear un mobiliario o calzado especial. En estos casos, el farmacéutico puede ofrecer la siguiente información:

- Aunque la evidencia disponible es escasa, son preferibles los colchones de dureza media que los rígidos^{3,9}.
- No se dispone de evidencia para recomendar el uso de alfombras anti-fatiga o plantillas para el calzado en la prevención de la lumbalgia³.
- El mobiliario y los utensilios ergonómicos puede ser útiles para prevenir el dolor lumbar, sobre todo en el ámbito laboral³.

Tabla 2

Recomendaciones para la lumbalgia aguda ^{1,3,6,25}
<ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente de que se trata de una patología generalmente benigna y de que tiende a mejorar espontáneamente • Recomendarle que evite el reposo en cama e indicarle que es mejor que procure mantenerse activo y que se reincorpore al trabajo lo antes posible, ya que de este modo mejorará sus perspectivas de evolución favorable • Comentarle que, sin embargo, no es aconsejable la realización de ejercicio físico en los casos agudos • Indicarle que el paracetamol es el medicamento de primera elección para el tratamiento del dolor de espalda; si el paracetamol no resulta eficaz en su caso, puede utilizar ibuprofeno o naproxeno, ya que estos medicamentos no precisan receta y han demostrado ser tan eficaces como otros que sí la necesitan
Recomendaciones para lumbalgias subagudas y crónicas ^{1,3,6,25,28}
<ul style="list-style-type: none"> • Es especialmente importante aconsejar a los pacientes en periodo subagudo, haciendo hincapié en controlar los factores modificables que favorecen la cronificación • También en los pacientes crónicos debe insistirse en la naturaleza benigna del proceso para eliminar en lo posible las percepciones negativas • Al igual que en los casos agudos, se debe aconsejar que eviten permanecer encamados, y que permanezcan activos y, en la medida de lo posible, que sigan acudiendo a trabajar • En estos casos sí son recomendables los ejercicios físicos encaminados a la rehabilitación, pero deben ser supervisados por un profesional • Para los pacientes crónicos puede ser útil participar en programas educativos (escuelas de espalda) impartidos por profesionales sanitarios, siempre que incluyan tanto información como realización de ejercicios • Las recomendaciones farmacológicas deben ser las mismas que en los casos agudos, ya que tanto el paracetamol como los AINE han demostrado ser eficaces en el control de este tipo de dolor. En los pacientes crónicos es especialmente importante controlar que se emplean las dosis adecuadas y no se prolonga innecesariamente su administración, para evitar en lo posible las reacciones adversas • A los pacientes que padecen lumbalgias recurrentes o de larga duración ha de transmitírseles que, aunque no puedan curarse, su dolencia sí puede ser tratada adecuadamente, y que es conveniente hacer un enfoque pluridisciplinario del problema, incluyendo ejercicios, terapias comportamentales, uso de analgésicos, masajes y, cuando sea necesario, recurrir al apoyo social y realizar intervenciones en el ámbito laboral

En cuanto a los niños, aunque no se dispone de evidencia suficiente sobre la eficacia de estas medidas, desde la farmacia se puede recomendar que no lleven excesivo peso en la mochila o bolsa del colegio, que adopten posturas adecuadas al sentarse y al caminar y que realicen ejercicio físico. El farmacéutico también puede colaborar desde su farmacia en campañas para evitar que los niños se inicien en el consumo de alcohol y tabaco⁹.

Tratamiento farmacológico

Cuando una persona acude a la farmacia porque tiene dolor lumbar, generalmente espera que se le recomiende un medicamento adecuado que pueda resolver su problema. Teniendo en

cuenta que tanto paracetamol como ibuprofeno y naproxeno son medicamentos útiles para el alivio a corto plazo del dolor lumbar^{3,35}, y que pueden dispensarse sin prescripción médica, es lógico recomendarlos a quienes consulten por esta dolencia. Ahora bien, no debe olvidarse que, además de seguir el habitual procedimiento a la hora de dispensar cualquier medicamento sin receta, en esta patología es especialmente importante que esta dispensación vaya acompañada, en la medida de lo posible, de una buena educación sanitaria.

Primera elección: paracetamol

Aunque según algunos estudios paracetamol parece ser ligeramente menos

eficaz que los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en la reducción del dolor lumbar crónico, se considera el tratamiento farmacológico de elección, tanto en casos agudos como crónicos, debido a su mejor perfil de seguridad^{3,6,25,29}.

Aun así, debe tenerse presente que, en dosis superiores a 2 g/día, paracetamol parece aumentar el riesgo de hemorragia digestiva alta, y en dosis de 4 g/día podría incrementarse el riesgo de toxicidad hepática⁶, por lo que desde la farmacia debe hacerse especial hincapié en que paracetamol ha de utilizarse en las dosis más bajas posibles que sean capaces de aliviar el dolor. Por otro lado, es preferible dispensar las presentaciones de 500 o 650 mg que la de 1 g.

Segunda elección: antiinflamatorios no esteroideos

Los AINE constituyen la segunda opción debido a sus posibles efectos adversos gastrointestinales, cardiovasculares y renales^{3,6,25,29}.

Los estudios comparativos entre distintos AINE no muestran diferencias significativas de eficacia entre ellos, por lo que a la hora de seleccionar el más adecuado debe considerarse su perfil de seguridad y los factores de riesgo de cada paciente. En este sentido, conviene recordar que ibuprofeno parece implicar un menor riesgo de efectos adversos gastrointestinales, y que naproxeno es el más seguro en términos de riesgo cardiovascular. Diclofenaco, ketorolaco o piroxicán, que en cualquier caso no pueden dispensarse sin receta, presentan un perfil de seguridad menos favorable, por lo que no se consideran de elección⁶.

Igual que con paracetamol, los AINE deben recomendarse en las dosis más bajas y durante el menor tiempo posible^{3,30}, y por supuesto no aconsejar las presentaciones de 600 mg de ibuprofeno.

Otras alternativas

Aunque todas ellas son de prescripción médica, se dispone de otras al-

Tabla 3

Intervención	Recomendable en lumbalgia...		
	Aguda	Subaguda	Crónica
Educación sanitaria ^{3,6}	Sí	Sí	Sí
Ejercicio físico ^{6,29}	No	Sí	Sí
Escuelas de espalda ^{6,9,30}	No	No	Sí
Reposo en cama ^{3,6,30}	No	No	No
Masaje ^{6,30}	No	No	No
Manipulación espinal ^{6,9}	No	No	No
Tracción ^{**6,29}	No	No	No
Uso de fajas o soportes lumbares ^{6,9,29,30}	No	No	No
Aplicación de calor ^{3,6}	Sí	Sí	No
Aplicación de frío ⁶	No	No	No
TENS (Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea) ^{3,6,29}	No	No	No
Acupuntura ^{*** 6,30}	No	No	No
Neurorreflexoterapia ^{****6}	No de forma generalizada	No de forma generalizada	No de forma generalizada
Infiltraciones de oxígeno/ozono ⁶	No	No	No
Laserterapia ^{3,29}			No
Ultrasonidos ^{3,29}			No
Terapias combinadas físicas-psicológicas ^{3,29}		Sí	Sí

* Algunas guías sí la consideran recomendable en dolor agudo³ o crónico²⁹, aunque en una revisión sistemática publicada en 2012 se concluía que no es efectiva³¹.

** No se recomienda en lumbalgia sin ciática. En la ciática, por otro lado, la evidencia es dudosa, ya que la mayoría de los estudios son de baja calidad e incluyen tanto a pacientes con ciática como con lumbalgia inespecífica³².

*** Algunas guías sí la consideran recomendable en dolor crónico²⁹ y existe evidencia sobre su posible eficacia en el alivio del dolor a corto plazo³³.

**** Hay evidencia de que podría ser eficaz en el alivio del dolor a corto plazo, pero no se dispone de evidencias a medio y largo plazo y la reproducibilidad de los resultados obtenidos en los estudios es cuestionable³⁴.

ternativas de tratamiento cuando el paracetamol y los AINE resultan ineficaces.

Un metaanálisis sobre el tratamiento farmacológico de la lumbalgia crónica, publicado en 2011, concluyó que los AINE y los opioides pueden resultar de utilidad para aliviar el dolor a corto plazo, aunque es posible que se produzcan exacerbaciones al suspender el tratamiento. El estudio no encontró diferencias significativas entre ellos, pero la evidencia de esta comparación era de baja calidad³⁵. En este mismo trabajo, se concluyó que los antidepresivos no mostraban diferencias significativas frente a placebo; en un metaanálisis anterior, sin embargo, se había constatado que son efectivos en el tratamiento del dolor³⁶.

Aunque no se dispone de estudios comparativos con otros fármacos, hay

evidencia de la eficacia de los miorrelajantes no benzodiacepínicos en la lumbalgia aguda y también, aunque menos consistente, de los benzodiacepínicos en la crónica³⁷.

En una revisión sistemática, publicada en 2004, también se habían hallado evidencias de la eficacia de los opioides, los relajantes musculares y los antidepresivos en el tratamiento de la lumbalgia crónica³⁸.

En las guías terapéuticas no se recomienda el uso de opiáceos en la lumbalgia aguda y se aconseja utilizar los menores solos o asociados a paracetamol o AINE en los casos en que estos últimos no hayan sido eficaces^{3,6}. También se recomienda considerar el uso de miorrelajantes en lumbalgias agudas o crónicas que no se alivien con AINE⁶. En cuanto a los antidepresivos, dada la falta de evidencia se reservan

para casos crónicos de mala evolución o subagudos de mal pronóstico^{3,6,29}.

Cuando se prescriban estos medicamentos, a la hora de dispensarlos debe tenerse en cuenta que todos ellos alteran la capacidad de conducir o manejar maquinaria, y que han de utilizarse respetando estrictamente las dosis y duración de tratamiento recomendados. En el caso de los opioides y los antidepresivos, el farmacéutico debe advertir también de que producen estreñimiento, y de que estos últimos además pueden producir otros efectos anticolinérgicos, como retención urinaria²⁶.

En cuanto al resto de posibles tratamientos farmacológicos, no se recomienda el empleo de corticoides^{3,6,30} ni de vitamina B, y tampoco las infiltraciones epidurales, facetarias, en puntos gatillo o intradiscales, ya que no hay evidencia científica de su eficacia^{6,30}. ●

Plantas medicinales y lumbalgia

Aunque algunos estudios han demostrado que tanto el harpagofito como la corteza de sauce podrían resultar más eficaces que el placebo en el alivio del dolor lumbar, la evidencia es poco consistente y no pueden establecerse las dosis recomendables^{3,33,36}.

Por otra parte, el uso de oleoresina de capsicum por vía tópica se considera que puede ser útil en pacientes crónicos que no han respondido a otros tratamientos⁶, pero las reacciones adversas locales (prurito, eritema) son muy frecuentes.

Bibliografía

- Koes BW, Van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ*. 2006; 332(7.555): 1.430-1.434. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1479671/> (Último acceso: septiembre 2015.)
- Pengel LHM, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ*. 2003; 327: 323-325. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC169642/pdf/el_gp323.pdf (Último acceso: septiembre 2015.)
- Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross T, Shekelle P, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med*. 2007; 147: 478-491. Disponible en: <http://www.columbiaservicecenter.com/UserFiles/scblues/Documents/Providers/Diagnosis%20Treatment%20of%20Back%20Pain%20Medications.pdf> (Último acceso: septiembre 2015.)
- Comuñas F. Dolor radicular. *Rev Soc Esp Dolor*. 2000; 7(Supl II): 36-48. Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2000_10_07.pdf (Último acceso: septiembre 2015.)
- Palomo ML, Rodríguez A, Barquinero C. Clasificación etiológica y clínica. *Lumbalgias*. *Jano*. 2001; 14 (8): 84. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/61/1408/84/1v61n1408a13022337pdf001.pdf> (Último acceso: marzo 2015.)
- Pérez I, Alcorta I, Aguirre G, Aristegi G, Caso J, Esquisabel R, et al. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia. Vitoria-Gasteiz. Osakidetza. GPC 2007/1. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/ostebe_publicaciones/es_ostebe/adjuntos/gpc_07-1%20lumbalgia.pdf (Último acceso: marzo 2015.)
- Del Arco J. Lumbalgia. Aspectos generales. Epidemiología y clasificación. Factores de riesgo. En: Curso de formación continuada. Prácticas esenciales en atención farmacéutica. Preguntas frecuentes en la oficina de farmacia. Barcelona: Ediciones Mayo, 2012.
- Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2012; 379: 482-491.
- Burton AK, Balagué F, Cardon G, Eriksen HR, Henrington Y, Lahad A, et al. Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain: November 2004. *Eur Spine J*. 2006; 15(Suppl 2): S136-S168. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3454541/pdf/586_2006_Article_1070.pdf (Último acceso: septiembre 2015.)
- Foster NE. Barriers and progress in the treatment of low back pain. *BMC Med*. 2011; 9: 108.
- Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis and rheumatism*. 2012; 64(6): 2.028-2.037. Disponible en: http://www.researchgate.net/profile/Rachelle_Buchbinder/publication/221734915_A_systematic_review_of_the_global_prevalence_of_low_back_pain/links/0deec52c1fde77d550000000.pdf (Último acceso: septiembre 2015.)
- Dionne CE, Dunn KM, Croft PR. Does back pain prevalence really decrease with increasing age? A systematic review. *Age Ageing*. 2006; 35: 229-234. Disponible en: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/35/3/229.full> (Último acceso: septiembre 2015.)
- Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis*. 2001; 60: 1.040-1.045. Disponible en: <http://ard.bmj.com/content/60/11/1040.full> (Último acceso: septiembre 2015.)
- Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014; 73: 968-974. Disponible en: <http://ard.bmj.com/content/73/6/968.full.pdf+html> (Último acceso: septiembre 2015.)
- Calvo I, Gómez A, Sánchez, J. Prevalencia del dolor lumbar durante la infancia y la adolescencia: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*. 2012; 86(4): 331-356. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272012000400003&script=sci_arttext (Último acceso: septiembre 2015.)
- Croft PR, Macfarlane GJ, Papageorgiou AC, Thomas E, Silman AJ. The outcome of low back pain in general practice: a prospective study. *BMJ*. 1998; 316: 1.356-1.359.
- Manchikanti L, Singh V, Datta S, Cohen SP, Hirsch JA. Comprehensive review of epidemiology, scope, and impact of spinal pain. *Pain Physician*. 2009; 12(4): E35-E70.
- Vicente JM. Impacto del dolor en la incapacidad laboral. Metodología de valoración. Grados funcionales de limitación. Medicina y seguridad del trabajo. *Med Segur Trab (Internet)*. 2014; 60(234): 133-142. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v60n234/inspeccion3.pdf> (Último acceso: septiembre 2015.)
- Vicente-Herrero MT, López-González AA, Ramírez MV, Capdevila IM. Lumbalgia y hernia discal lumbar. Revisión bibliográfica y bibliométrica. *Trauma Fund MAPFRE*. 2014; 25(1): 11-17. Disponible en: <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v25n1/docs/Articulo2.pdf> (Último acceso: septiembre 2015.)
- Barrera J. Lumbalgia. Guía Clínica Fistera. Disponible en: <http://www.fistera.com/guias-clinicas/lumbalgia/?avisologin=Se%20ha%20producido%20un%20error.
Descripción%20del%20error:%20The%20connection%20with%20the%20server%20was%20terminated%20abnormally%0D%0A> (Último acceso: septiembre 2015.)
- Verkerk K, Luijsterburg PA, Miedema HS, Pool-Goudzwaard A, Koes BW. Prognostic factors for recovery in chronic nonspecific low back pain: a systematic review. *Phys Ther*. 2012; 92(9): 1.093-1.108. Disponible en: http://www.researchgate.net/profile/Karin_Verkerk/publication/224977125_Prognostic_

- Factors_for_Recovery_in_Chronic_Nonspecific_Low_Back_Pain_A_Systematic_Review/
links/0fcd50851b6619af9000000.pdf?inViewer=true&disableCoverPage=true&origin=publication_detail (Último acceso: septiembre 2015.)
22. Cano-Gómez C. Fisiopatología de la degeneración y del dolor de la columna lumbar. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2008; s2: 37-46. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/37649362/Fisiopatologia-de-La-Degeneracion-y-Del-Dolor-Lumbar> (Último acceso: septiembre 2015.)
 23. Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2011; 154(3): 181-189. Disponible en: <http://annals.org/article.aspx?articleid=746774> (Último acceso: septiembre 2015.)
 24. Reviriego Rodrigo E, López de Argumedo González de Durana M, Villanueva Hernández G, Galnares Cordero L, Castelló Zamora B. Uso de la radiografía en el diagnóstico de la lumbalgia: revisión sistemática. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2014. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA. Disponible en: http://www.ogasun.ejgv.euskadi.net/r51-catpub/es/k75aWebPublicacionesWar/k75aObtenerPublicacionDigitalServlet?R01HNoPortal=true&N_LIBR=051591&N_EDIC=0001&C_IDIOM=es&FORMATO=.pdf (Último acceso: septiembre 2015.)
 25. Koes BW, Van Tulder M, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2010; 19(12): 2.075-2.094. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2997201/> (Último acceso: septiembre 2015.)
 26. Del Arco J. Lumbalgia. *Aula de la farmacia*. 2015; 11(108): 28-36.
 27. Machado LA, Kamper SJ, Herbert RD, Maher CG, McAuley JH. Analgesic effects of treatments for non-specific low back pain: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *Rheumatology*. 2009; 48: 520-527. Disponible en: <http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/48/5/520.full.pdf+html> (Último acceso: septiembre 2015.)
 28. Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Martin BI. Overtreating chronic back pain: time to back off? *J Am Board Fam Med*. 2009; 22(1): 62-68. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2729142/> (Último acceso: septiembre 2015.)
 29. National Collaborating Centre for Primary Care. Low back pain: Early management of persistent non-specific low back pain. Manchester: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2014. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg88/chapter/1-guidance#physical-activity-and-exercise> (Último acceso: septiembre 2015.)
 30. Service des Recommandations et Références Professionnelles de la ANAES. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. París: Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), 2000. Disponible en: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_267123/fr/lombalgies-communes-de-moins-de-trois-mois-rpc-2000-rapport-complet-pdf (Último acceso: septiembre 2015.)
 31. Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; (9): CD008880. DOI: 10.1002/14651858.CD008880.pub2. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/233738082_Spinal_Manipulative_Therapy_for_Acute_Low-Back_Pain_An_Update_of_the_Cochrane_Review (Último acceso: septiembre 2015.)
 32. Wegner I, Widyahening IS, van Tulder MW, Blomberg SEI, de Vet HCW, Brønfort G, et al. Traction for low-back pain with or without sciatica. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (8): CD003010. DOI: 10.1002/14651858.CD003010.pub5.
 33. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Kuijpers T, Ostelo R, Verhagen AP, de Boer MR, et al. A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain. *Eur Spine J*. 2010; 19: 1.213-1.228. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2989199/> (Último acceso: septiembre 2015.)
 34. Atienza G, Queiro T. Neuroreflejo terapia en el tratamiento del dolor lumbar inespecífico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y de Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t), 2012. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: avalía-t n.º. 2011-02. Disponible en: http://www.sergas.es/docs/Avalia-t/avalia_t2011_02Neuroreflejo terapia.pdf (Último acceso: septiembre 2015.)
 35. Kuijpers T, Van Middelkoop M, Rubinstein SM, Ostelo R, Verhagen A, Koes BW, et al. A systematic review on the effectiveness of pharmacological interventions for chronic non-specific low-back pain. *Eur Spine J*. 2011; 20(1): 40-50.
 36. Salerno SM, Browning R, Jackson JL. The effect of antidepressant treatment on chronic back pain: a meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2002; 162(1): 19-24. Disponible en: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210832> (Último acceso: septiembre 2015.)
 37. Van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, Solway S, Bouter LM. Muscle relaxants for nonspecific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; (2): CD004252. Disponible en: http://www.medscape.com/viewarticle/461586_1 (Último acceso: septiembre 2015.)
 38. Schnitzer TJ, Ferraro A, Hunsche E, Kong SX. A comprehensive review of clinical trials on the efficacy and safety of drugs for the treatment of low back pain. *J Pain Symptom Manage*. 2004; 28(1): 72-95. Disponible en: [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(04\)00116-2/pdf](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(04)00116-2/pdf) (Último acceso: septiembre 2015.)

