



LUNBALGIA

AURKIBIDEA

▶ SARRERA

▶ HASIERAKO BALORAZIOA

▶ LUNBALGIA AKUTUA ETA AZPIAKUTUA

- Esku-hartze ez-farmakologikoak
 - Hezkuntza
 - Beste esku-hartze ez-farmakologiko batzuk
- Tratamendu farmakologikoa

▶ LUNBALGIA IRAUNKORRA

- Esku-hartze ez-farmakologikoak
 - Hezkuntza
 - Esku-hartze fisikoak
 - Esku-hartze psikosozialak
 - Beste esku-hartze ez-farmakologiko batzuk
- Tratamendu farmakologikoa

▶ FUNTSEZKO IDEIAK



Lunbalgia desgaitasunaren lehen kausa da mundu osoan, eta zama pertsonal, sozial eta ekonomiko handiarekin lotuta dago, oro har. Halaber, lehen mailako arretako (LMA) kontsulta-arrazoi ohikoenetako bat ere bada^{1,2}. Gerrialdeko mina edo ondoeza da, saihezte-ertza azpian eta beheko tolestura gluteoen gainean sentitzen dena, hanketako minarekin edo gabe³.

Lunbalgia hiru multzotan sailkatzen da, sintomen iraupenaren arabera: akutua, 4 aste baino gutxiago irauten duenean; azpiakutua, 4 astetik 12ra irauten duenean, eta kronikoa edo iraunkorra, minak 12 astetik gora irauten badu¹. Gaur egun, nahiago izaten da min iraunkor gisa definitzea min kroniko gisa baino, bi esanahien arteko desberdintasunagatik; izan ere, espero dena baino gehiago irauten duela adierazten da horrela, eta ez "betiko"⁴.

Bestalde, mina mota hauetakoa izan daiteke⁴:

- Primario deritzo (zehaztugabea edo nozioplastikoa ere esaten zaio) ehunetan ez dagoenean min hori azaltzen duen azpiko kausarik. Min mota honen mekanismo fisiopatologikoa ez da sakon ezagutzen, baina, LMAn min iraunkorra diagnostikatzen denean, min primarioagatik izaten da gehienetan.
- Sekundarioa, berriz, azpian duen afekzio eragilea ezaguna denean (min nozizeptiboa edo neuropatikoa) esaten zaio. Batzuetan, minak iraun egiten du ehuna bere onera etorrira ere; halakoetan, min nozioplastikoaren ezaugarriak hartzen ditu (lotura galdu du ehunaren lesioarekin).

Literaturak dioenez, lunbalgia-gertakarien bilakaera klinikoa positiboa da (4-6 astean minaren eta desgaitasunaren hobekuntza azkarra izaten da, bai eta lanera itzultzea ere)^{5,6}. Alabaina, denbora-tarte horren ondoren, osatzeko prozesua geldotu egiten da, eta ohikoa da lunbalgia errepikatzea (pazienteen % 69k edo errepikapena izango du 12 hilabeteko tartean); gainera, minak iraun egiten du paziente askotan. Lunbalgia iraunkorraren bilakaera klinikoa ez da hain positiboa, gutxiago egiten baitute hobera minak eta funtzionaltasunak. Lunbalgia azpiakutua duten pazienteak astiro osatzen direnean, identifikatzeak eta arreta areagotzeak murriztu egin dezake lunbalgia mota hori iraunkor bihurtzeko probabilitatea; horregatik, horrelako pazienteak lehen 12 asteetan berriz ebaluatzea gomendatzen da⁶.

Lunbalgia zehaztugabea (akutuan zein iraunkorrean), alde handia dago ebidentzian oinarritutako gomendioen eta praktika klinikoaren artean: balio handiko esku-hartzeak mugatuak izaten dira, eta balio txikikoen erabilera, berriz, gehiegizkoa (adibidez, irudi-probak, atsedena, sendagaiak—hala nola opioideak eta gabapentinoideak—edo kirurgia)^{4,7}.

Buletinaren ale honetan, eskuragarri dagoen ebidentzia aztertzen da lunbalgia zehaztugabea (akutua zein iraunkorra) tratatzean erabiltzen diren zenbait esku-hartze motaren eraginkortasunari buruz.

HASIERAKO BALORAZIOA

Paziente batek lunbalgiak kontsulta egiten duenean, lehen urratsa kausa espezifikoak dauden ala ez baloratzea da (esaterako, neoplasia, infekzioa, traumatismoa edo gaixotasun inflamatorioak), batez ere sintomatologia berria bada⁸. LMAko zentroetara bizkarreko minez joaten diren pazienteen artean, % 1ek baino gutxiagok izango du etiologia larria (zaldi-buztanaren sindromea, minbizi metastasikoa eta bizkarrezurreko infekzioa). Afekzio horietakoren bat duten paziente ia guztiek arrisku-faktoreak dituzte, edota alerta-seinale edo -sintomaren bat. Hori dela eta, anamnesi xehatua eta azterketa fisiko espezifikoa nahikoa dira lunbalgiarekin 4-6 aste baino gutxiago daramaten paziente gehienak ebaluatzeko, bai eta irudi-probak edo beste ebaluazio batzuk gomendagarriak diren ala ez iradokitzen duten zantzuak edo sintomak identifikatzeko ere. Hainbat alerta-seinale proposatu dira balizko patologia larriak detektatzen laguntzeko (1. taula), baina ez dago seinale horietako gehienak erabiltzea babesten duen ebidentziarik⁵.

1. taula. Lunbalgia edo gerialdeko mina duten pazienteek etiologia larria dutela adieraz dezaketen arrisku-faktore, alarma-seinaleak eta -sintomak ^{(9,10} erreferentzietatik egokitu).

Zaldi-buztanaren sindromea	Minbizia	Ornoetako haustura	Infekzioa
<ul style="list-style-type: none"> - Gernu-erretentzioa - Gernu-ihesa edo uzki-esfinterreko ihesa - Zaldi-zela erako anestesia - Sustrai batera mugatzen ez den beheko gorputz-adarretako ahulezia - Sentikortasunaren alterazioak - Klaukazio neurogenoa 	<ul style="list-style-type: none"> - Minbiziaren aurrekari pertsonalak edo familiarak - Minbizia izateko arrisku-faktoreak - Sindrome orokorra - Azalpenik ez duen pisu-galera - Gaez min izatea - Defizit neurologikoak - Gaez izerditzea 	<ul style="list-style-type: none"> - Aurretiko traumatismoa - Traumatismoaren zeharkako zantzuak, hala nola kontusioak edo azaleko urradurak - Osteoporosia izatea - Kortikoideak luzaroan hartzea - Hauskortasunagatiko hausturaren aurrekariak - Adinduna izatea - Emakumezkoa izatea - Aurretiko erorikoak - Mina apofisi zorrotzak haztatzean - Alterazio neurologikoak 	<ul style="list-style-type: none"> - Duela gutxiko infekzioa - Bide parenteraleko droga-erabiltzailea - Aldez aurreko kirurgia - Sukarra - Kateter zentralaren eramailea - Immunodepresioa - Mina ornoak haztatzean - Hemodialisian dauden pazienteak

Irudi-probak eskatzeko (erradiografia, erresonantzia...), baldintza hau bete behar da ezinbestean: miaketaren eta anamnesiaren ondoren, susmatzea erantzun espezifikoa behar duen patologiaren bat dagoela azpian^{5,7,8}. Irudi-proba goiztiarrek beharrezkoa ez den erradiazioaren eraginpean jartzen dituzte pertsonak; horrez gain, azterketek iradokitzen dutenez, mota horretako probak eskatzea lotuta dago zaintza mediko gehiagorekin (proba gehigarriak, espezialistengana bideratzea, kirurgia edo prozedura interbentzionistak), opioideak gehiago preskribatzearekin, minaren intentsitate handiagorekin, kostu handiagorekin eta laneko bajekin^{4,7}. Aitzitik, proba horiek ez eskatzeak bilakaera hobea izaten laguntzen du min zehaztugabeetan⁴.

LUNBALGIA AKUTUA ETA AZPIAKUTUA

Lunbalgia akutua duten pertsonen ematen zaien arretaren helburua da minaren sintomak epe laburrean arintzea eta sintoma horiek luzaroan ez irautea; izan ere, gehienek hobera egingo dute aste gutxitan¹¹.

Lunbalgia tratatzeko gaur egungo gidek esparru biopsikosozial bat erabiltzeko beharra nabarmentzen dute. Esparru horrek barne hartzen du autozaintza babesten duen hezkuntza, ohiko jarduerak berriz egiten hastea eta ariketa. Hasieran neurri ez-farmakologikoak hartzea gomendatzen da, eta tratamendu farmakologikoa erantzuna desegokia denerako uztea⁷.

ESKU-HARTZE EZ-FARMAKOLOGIKOAK

Lunbalgia akutua goiz tratatzeko gomendio sendoenak, lehen lerrokatat jotzen direnak, aktibo mantentzeko aholkua eta hezkuntza dira⁷.

Hezkuntza

Aktibo mantentzea aholkatzen da, bai eta oheko egonaldirik ez egitea eta ohiko jarduerekin (lana barne) jarraitzea ere, mina baliaezintasunik gabea bada.

Lunbalgiaren izaerari buruzko aholkularitza eta **hezkuntza** ematea gomendatzen da; horretarako, besteak beste, pazienteak lasaitzeko ahalegina egin beharko da, informazio honen bidez: lunbalgien kausak nekez izaten direla arazo larriak, pronostiko ona izaten dutela eta litekeena dela errepikapenak izatea. Hezkuntzak informazio hau ere barne hartu beharko luke: minaren kausak, diagnostiko-proben balio eskasa kasu gehienetan, jarduerari eta lanari buruzko gomendioak eta noiz jarri harremanetan kliniko batekin jarraipena egiteko¹¹.

Beste esku-hartze ez-farmakologiko batzuk

Badago beste esku-hartze ez-farmakologiko batzuek lunbalgia akutuan duten eraginari buruzko ebidentzia, baina kalitate baxua edo neurritzkoa du, oro har; horrenbestez, bigarren lerrotzat hartu beharko lirateke esku-hartze horiek (2. taula). Zein aukera hautatu erabakitzeke, pazientearen lehentasunak eta aukera bakoitzaren kostua eta eskuragarritasuna hartu beharko dira kontuan^{2,11}.

- 12 aste baino gutxiago irauten duten lunbalgietan, neurritzko ebidentzia dago **larruazaleko beroak** mina eta desgaitasuna murrizten dituela adierazteko. Eragina txikia eta iraupen laburrekoa da. Bestalde, ezin izan da frogatu hotzak eragin bera duenik¹².
- Ez da frogatu **ariketa fisikoa** tratamendu simulatua edo plazeboa baino eraginkorragoa denik, ezta tratamendurik eza baino eraginkorragoa denik ere¹³. Horregatik, ez da beharrezkotzat jotzen ariketa (espezifikoa edo egituratua) preskribatzea lunbalgia akutuan, baizik eta pertsonak aktibo mantentzera animatzea².
- **Esku-hartze fisiko pasiboez** (bizkarrezurra manipulatzeko eta mobilizatzea, masajeak edo akupuntura) eskuragarri dagoen informazioa kontraesankorra da. Oro har, ez dirudi onuragarriagoak direnik plazeboak, terapia simulatuak edo tratamendu-eza baino^{11,14}. Cochrane berrikuspen batek ez zuen onura klinikorik aurkitu, baina azterlan batek egiaztatu zuen pazienteen gogobetetasuna handitu egin zela¹¹. Ez dago daturik, halaber, manipulazioa egiten duen profesional motaren (esaterako, fisioterapeuta, kiropraktikoa, osteopata, masajista) hautaketari buruz¹¹. Horiek horrela, gida batzuek ez erabiltzeko gomendatzen dute, beste batzuek aukeratzat hartzen dituzte eta beste batzuek ziklo labur bat iradokitzen dute beste tratamendu batzuei erantzuten ez dieten pazienteentzat⁷.
- **Terapia psikologikoak** (adibidez, terapia kognitibo-konduktuala), mindfulnessa edo diziplina anitzeko tratamenduak ez dira gomendatzen lunbalgia akutua tratatzeko gidetan².
- **Beste esku-hartze batzuk**, hala nola trakzioa, elektroterapiak (TENS edo larruazalean zeharreko neuroestimulazio elektrikoak, PENS edo larruazalean barrenako neuroestimulazio elektrikoak, ultrasoinuak...) edo ortesien erabilera (paxak, kortseak...) ez dira eraginkorrak eta saihestu egin behar dira^{2,7}.

TRATAMENDU FARMAKOLOGIKOA

Egungo giden arabera, esku-hartze ez-farmakologikoek erantzun egokirik ematen ez dutenean soilik da gomendagarria tratamendu farmakologikoa^{2,7,8,11}. Oro har, farmako bat berak ere ez du nabarmen gutxitzen lunbalgia akutuko minaren intentsitatea (2. taula)¹⁵.

- Badago ebidentzia esateko **AIEEak** plazeboa baino apur bat eraginkorragoak direla lunbalgia akutuko mina eta desgaitasuna epe laburrean murrizteko. Dena dela, eragin txikia dute eta, seguru asko, ez da klinikoki esanguratsua¹⁶; nolahi ere, tratamendu farmakologikoaren lehen aukeratzat hartzen dira.
- **Muskulu-erlaxatzaileen** (ziklobenzaprina, tizanidina, baklofenoa) bidez ere lortu da lunbalgia akutuen mina eta desgaitasuna pixka bat hobetzea, baina AIEEek baino kontrako efektu gehiago dituzte, eta, beraz, gomendatzen da AIEEak eraginkorrak izan ez direnean edo kontraindikaturak daudenean erabiltzea¹⁵.
- **Bentzodiazepinak** ez dira eraginkorrak mina edo funtzionaltasuna hobetzeko, eta gehiegi hartzeko arriskua dago; hortaz, ez dira erabili behar¹¹.
- Historikoki, **paracetamola** hartu da lunbalgia tratatzeko lehen aukeratzat; alabaina, bi Cochrane berrikuspenek (2016koa bata eta 2023koa bestea) ondorioztatu zuten kalitate handiko ebidentzia dagoela paracetamola plazeboa baino onuragarriagoa ez dela adierazteko. Epe laburreko AIEEn bidezko tratamenduari paracetamola gehitzeak ere ez du onura areagotzen¹¹.
- Ebidentziak ez du babesten **opioideak**, tramadola barne, erabiltzea lunbalgia akutuan. Nolanahi ere, gida batzuek egokitzen dituzte arreta handiz hautatutako pazienteetan erabiltzea, baina denbora-tarte laburrean (3 egun baino gutxiago kasu gehienetan) eta jarraipen egokiarekin^{7,11}.
- Nahiz eta **gabapentina eta pregabalina** sarritan erabiltzen diren lunbalgia (ziatikarekin edo gabe) tratatzeko, farmako horiei buruzko ebidentzia mugatua da, eta gidek ez erabiltzeko gomendatzen dute¹⁸. Farmako horiek ziatika tratatzeko duten baliagarritasunari buruzko berrikuspen sistematiko baten arabera, argi dago ez direla eraginkorrak mina murrizteko¹⁷.
- Lunbalgia akutua tratatzeko, ez da gomendatzen **antidepressiboak** erabiltzea (duloxetina, SBISak, antidepressibo triziklikoak), ez eta **kortikoide sistemikoak** ere^{11,14,15}.
- Lunbalgia akutuan **kapsaizina** topikoarekin egindako azterketek emaitza kontraesankorrak izan dituzte. Gainera, azterketok egin direnean, kapsaizina beste printzipio aktibo batzuekin konbinatuta zegoen aurkezpenetan, eta aurkezpen horiek ezin dira alderatu Espainian merkaturatutakoekin¹⁸.
- Ez dago **lidokaina-txapletak** erabiltzearen aldeko ebidentziarik¹¹.

Sintomek hiru hilabetetik gora irauten dutenean, hauek dira tratamenduaren helburuak: minaren intentsitatea murriztea, funtzionaltasuna eta sintomei aurre egiteko trebetasunak hobetzea, eta desgaitasuna prebenitzea¹.

Minaren neurobiologiarekin lotutako egungo ezagutzen arabera, min iraunkorra mina prozesatzeko mekanismo zentralen alterazioen eta analgesia endogenoko sistemen afekzioaren ondorio da ehun-lesioen ondorio baino gehiago. Mekanismo horiek mantentzen eta iraunarazten dute mina, eta, horregatik, min akutuan funtzionatzen duten tratamenduek ez dituzte emaitza berberak lortzen min iraunkorrean, bi prozesuen fisiologia desberdina baita¹⁹. Lunbalgia akutuan bezala, hasieran neurri ez-farmakologikoak hartzea gomendatzen da, eta tratamendu farmakologikoa erantzuna desegokia denerako uztea⁷.

ESKU-HARTZE EZ-FARMAKOLOGIKOAK

LMAn aplika daitezkeen esku-hartze nagusiak hezkuntza, ariketa fisikoa eta tratamendu psikologikoa dira⁴.

Hezkuntza

Lehen kontsultatik, min iraunkorra duten pazienteei beren minean inplikaturako prozesu neurofisiologikoak azaldu behar zaizkie, uler dezaten zergatik iraun dezakeen minak (baita ehun-kalterik gabe ere), bereziki min horren iraupenaren arrazoa agerikoa ez denean. Ohiko beldurrak gutxitzea (adibidez, "zerbaitek gaizki egon behar du" pentsamendua) lehen urrats garrantzitsua da mina autokontrolatzeko teknika eraginkorretan parte hartzeko eta nork bere burua berraktibatzeko²⁰.

Gero eta ebidentzia gehiagok babesten duenaren arabera, minaren neurozientzian hezteak (gaur egun, minaren zientzian hezteak –MZH– hitz egitea hobesten da) eragin positiboa du minaren, desgaitasunaren, minaren katastrofizazioaren eta pertsona baten mugimendu-mugen kalifikazioetan²¹. MZHa funtsezkoa da ariketa fisikoa egin aurreko fase gisa¹⁹.

Esku-hartze fisikoak

- Garrantzitsua da jarduera tolerantziaren arabera mantentzea, eta hori azpimarratu behar da hasierako aholkuan.
- **Ariketa fisikoa** segurua eta egingarria da, minaren sintomak arintzen laguntzen du eta funtzionaltasuna hobetzen du lunbalgia iraunkorra duten pazienteetan¹.

Ariketa fisikoaren eraginkortasunaren ebidentzia sendoa da hainbat ariketa-modalitatetan (ariketa aerobikoa, indarra lantzekoa, pilatesa, yoga, ibiltzea...). Ariketa motari eta kantitateari dagokienez, 2024an argitaratutako metaanalisi batek ondorioztatu zuenez (ebidentziaren kalitatea oso baxua edo neurritzkoa izan zen), mina neurri berean gutxitzea lortzeko behar den denbora aldatu egiten da ariketa motaren arabera; hala, laburragoa da pilates, tai ji edo ariketa aerobikoa eginez gero, eta luzeagoa, berriz, uretako ariketa eginez gero²². Hala ere, ez dago ebidentzia nahikorik ondorioztatzeko ariketa mota bat beste bat baino hobea dela, eta, beraz, gomendatzen da ariketa pertsona bakoitzaren bizi-estilora, gaitasun fisikora eta lehentasunetara egokitzea, denboran iraun dezan^{1,2,4,23}.

MZHak lunbalgia iraunkorra duten pazienteetan (ariketa terapeutikoa eginda edo egin gabe) duen eraginkortasunari buruzko berrikuspen sistematiko batek ondorioztatu zuen esku-hartze konbinatua bi esku-hartzeetako edozein bereiz eginda baino eraginkorragoa dela, epe labur eta ertainean, minaren, desgaitasunaren, kinesiofobiaren eta katastrofismoaren intentsitatea murrizteko. Epe luzeko ondorioak baloratzen dituzten azterlanak falta dira²⁴.

- **Esku-hartze fisiko pasiboan** (hala nola masajea, bizkarrezurraren manipulazioa, akupuntura...) ebidentzia kontraesankorra da, eta, beraz, ez da adostasunik lortu horiek erabiltzearen egokitasunari buruz. Gida batzuek beste esku-hartze batzuekin konbinatuta erabiltzeko gomendatzen dute, mina arindu egin baitezakete epe laburrean^{1,2,8,23}.

Minaren zientzian hezte Osakidetzan

Osakidetzan, LMAko fisioterapeutek taldeko esku-hartzeak eskaintzen dituzte, pazienteari bere prozesua autokudeatzeko tresnak emateko. Saio horietan, lepoko, bizkarreko edo sorbaldako mina duten pertsonek minaren zientziari eta ariketa terapeutikoari buruzko oinarriko nozioak jasotzen dituzte. Beste ezeren gainera, dibertsifikazioa bilatzen da (malgutzea, muskuluak indartzea eta ariketa aerobikoa egitea), hartara funtzionaltasuna berreskuratzeko, osasun-egoeraren pertzepzioa hobetzeko eta desgaitasuna murrizteko. Gainera, fisioterapeutak jarduera fisikoa sustatzen laguntzen du, Osakidetzak udaletako kirol-zerbitzuekin duen akordioaren bidez.

Pazienteentzako informazioa²⁸

- Bizkarreko mina ohikoa eta arrunta da
- Bizkarreko minak ez du okerrera egiten zahartu ahala
- Oso gutxitan egiten dira irudi-probak bizkarreko minean, eta kaltegarriak izan daitezke
- Bizkarra ez da uste bezain zaurgarria, tolesteko eta pisua jasotzeko diseinatuta baitago
- Kalterik edo lesiorik gabe ere izan dezakezu bizkarreko mina
- Ariketa fisikoa ona da bizkarreko minerako
- Min iraunkorrek lotzen dira mugimenduaren beldur izatea edo hura saihestea eta sendatzeko itxaropen negatiboak izatea
- Enborreko muskulatura ahulak ez du lunbalgiarik eragiten; ona da hura indartsu mantentzea, baina erlaxatzea ere bai
- Farmako gogorrek ez dituzte neurri bereko onurak
- Bizkarreko mina hobetu egiten da

Ikus infografia: [Bizkarreko minari buruzko 10 egia](#)

Esku-hartze psikosozialak

Frogatu da osatzeko itxaropen positiboa duten pertsonek aukera gehiago dituztela lanera itzultzeko, mina hobetzeko eta egin ditzaketen jarduerak ugartzeko²⁵. Hainbat terapia psikosozial mota aztertu dira lunbalgia iraunkorra hobetzeko, eta, oro har, eskura dagoen ebidentzia kalitate txikikoa da. Alde horretatik, zenbait gida bat etorri dira: ezin dira gomendatu terapia psikologikoak soilik erabiltzeko^{8,23}.

Dirudenez, onurak izateko probabilitatea handiagoa da lunbalgiaren tratamendua diziplina anitzekoa denean; hau da, tratamendu fisikoak eta biopsikosozialak konbinatzen direnean^{1,8}.

Beste esku-hartze ez-farmakologiko batzuk

Ez dago nahikoa ebidentzia baieztatzeko beroa edo hotza onuragarria dela lunbalgia iraunkorreko mina hobetzeko¹². Trakzioa, ortesiak eta elektroterapiak ere ez dira gomendatzen lunbalgia iraunkorrean^{1,8,23}.

TRATAMENDU FARMAKOLOGIKOA

Tratamendu farmakologikoak maiz erabiltzen dira min iraunkor muskuloesketikoan, baina askotan ez dira eraginkorrak izaten¹⁹. Neurri ez-farmakologikoak behar bezain eraginkorrak ez direnean, terapia farmakologikoak eginkizun osagarria izan lezake sintomatologia esanguratsua eta iraunkorra duten pazienteen tratamenduan¹, baina ezin da espero mina eta desgaitasuna asko murriztea.

- Kalitate baxuko ebidentzia dago **AIEEek** minaren eta funtzionaltasunaren hobekuntza arina eragiten dutela adierazteko^{15,23}. Lunbalgia iraunkorrean, ez da gomendatzen AIEEak erabiltzea baldin eta alde aurretik ez baziren eraginkorrak izan lunbalgia azpiakutuaren sintomak kontrolatzeko¹. Pazienteei gomendatu behar zaie ahalik eta dosi eraginkorrik txikiena hartzeko ahalik eta denbora-tarte laburrenean¹.
- **Muskulu-erlaxatzaileei** dagokienez, ez dago ebidentziarik lunbalgia iraunkorrean onuragarriak direla adierazteko^{7,23,26}.
- **Bentzodiazepinak** ez dira egokitzat jotzen, ez baitago haien eraginkortasunari eta izan ditzaketen kontrako efektuei buruzko azterketarik, eta, gainera, konplikazioak eragin ditzakete luzaroan erabiliz gero^{1,23}.
- Zenbait ikertzailek uste dute **paracetamola** AIEEen ordeko aukera dela AIEEak kontraindikaturik dituzten pazienteentzat¹, baina praktika hori ez du inongo saiakuntza klinikok bermatu^{1,15,23}.
- **Opioideen** erabilera ohikotzat hartzea ez da gomendatzen, mina eta desgaitasuna murrizteko eraginkortasun handirik ez dutelako eta luzaroan erabiltzeak kontrako efektuak dituelako, mendetasun-arriskua eta gaindosia barne; horren ondorioz, onura-arrisku erlazioa negatiboa da^{1,7,8,23}.
- **Pregabalina eta gabapentina** asko erabiltzen dira lunbalgia iraunkorren tratamenduan, baina ez dago erabilera justifikatzen duen ebidentziarik. Aitzitik, lunbalgiaren edo min erradikularraren tratamenduan

eraginkorrak ez direla adierazten duen kalitate ertain-handiko ebidentzia dago, eta kontrako efektuak izateko arriskua areagotzen dutela adierazten duen kalitate handiko ebidentzia²⁷; beraz, ez da gomendatzen erabiltzea^{1,8}.

- Gehien aztertu den **antidepressiboa** duloxetina da, eta, oro har, ez da gomendatzen, onura eskasagatik, zalantzako garrantzi klinikoagatik eta kontrako efektuak izateko arriskua handitzeagatik. Beste antidepressibo batzuk ere ez dira gomendatzen, hala nola triziklikoak edo SBISak^{1,8,15,23}.
- Ez da inolako saiakuntzatan ebaluatu lunbalgia iraunkorraren tratamenduan **glukokortikoide** sistemikoak erabiltzea¹, eta erabilera horren arriskuak ezagunak dira; beraz, ez da gomendatzen^{1,7,8,23}.
- Plazeboarekin alderatuta egindako hiru saiakuntzaren emaitzen arabera, **kapsaizina** topikoak zertxobait murriztu dezake mina epe laburrean, baina kontrako efektu bat ere badu: larruazalaren narritadura. Alabaina, azterketak egiteko erabilitako kapsaizinarekin aurkezpenak ezin dira alderatu Espainian merkaturatutako aurkezpenekin (txaplatek kontzentrazio eta osagai anitzeko krema desberdinak zituzten); beraz, litekeena da emaitzak gure ingurunera estrapolatzeko modukoak ez izatea^{18,23}.
- Inolako saiakuntza klinikotan ez da ebaluatu **kanabinoideak** (tetrahidrocannabinol edo cannabidiol) dituzten produktuek lunbalgiarako dituzten onurak eta arriskuak^{1,23}.

2. taula. Lunbalgia akutua eta iraunkorra: zer ebidentzia dagoen esku-hartze ez-farmakologikoek eta tratamendu farmakologikoek minean eta funtzionaltasunean duten eraginkortasunaz^{1,2,7,8,11-18,23,26,27}.

Esku-hartze ez-farmakologikoak	Akutua	Iraunkorra
Hezkuntza	+	+
Aktibo mantentzea	+	+
Ariketa fisikoa (aerobikoa, indarra lantzekoa, pilatesa, yoga...)	-	+
Terapia psikologikoak (kognitibo-konduktuala), mindfulnessa...	-	+ ^a
Bero lokala	+	-
Esku-hartze fisiko pasiboak (masajea, bizkarrezurraren manipulazioa, akupuntura...)	-	-
Hotz lokala	-	-
Ortesiak (gerrialdeko euskailuak)	-	-
Trakzioa	-	-
Elektroterapiak (TENS, PENS, ultrasoinuak...)	-	-
Tratamendu farmakologikoa	Akutua	Iraunkorra
AIEEak	+	+
Muskulu-erlaxatzaileak (ziklobenzaprina, tizanidina)	+	-
Benzodiazepinak	-	-
Paracetamola	-	-
Opioideak	-	-
Gabapentina eta pregabalina	-	-
Antidepressiboak (triziklikoak, SBISa, duloxetina)	-	-
Kortikoide sistemikoak	-	-
Kapsaizina ^b	-	-
Kanabinoideak	-	-

(+): badago onuraren baten ebidentzia; (-): ez dago onuren ebidentziarik, datu funsgabeak edo onura/arrisku erlazio negatiboa.

^ahezkuntzarekin eta ariketa fisikoarekin konbinatuta, ^bazterketetan erabilitako aurkezpenak ez dira Espainian merkaturatzen direnekin alderatzeko modukoak.

FUNTSEZKO IDEIAK

- Alde handia dago ebidentzian oinarritutako gomendioen eta lunbalgia zehaztugabearen (akutuaren zein iraunkorraren) praktika klinikoaren artean.
- Lehen mailako arretako zentroetara bizkarreko minez joaten diren pazienteen artean, % 1ek baino gutxiagok izango du etiologia larria; beraz, kasu gehienetan balorazioa anamnesi eta miaketa zehatueta oinarritzen da.
- Lunbalgia-gertakari baten bilakaera klinikoa 4-6 astetan amaitzen da kasu gehienetan, baina errepikatzea ere ohikoa da, eta paziente askotan mina iraunkor bihurtzen da.
- Susmatzen bada badagoela gomendatutakoaz bestelako tratamendua eskatzen duen baldintza espezifikoren bat, orduan soilik eskatu behar dira irudi-probak. Irudi-probak ez eskatzeak bilakaera hobea izaten laguntzen du min zehaztugabearen kasuan.
- Lunbalgia zehaztugabe akutuan, hauek dira lehen lerroko gomendioak: aktibo mantentzea, oheko egonaldirik ez egitea, ohiko jarduerekin jarraitzea, eta lunbalgiaren izaerari buruzko aholkularitza eta hezkuntza.
- Lunbalgia zehaztugabe iraunkorrean, gomendatzen da ariketa fisikoa eta minaren zientzian heztea konbinatzea.
- Farmakoak ez dira lunbalgia akutuko edo iraunkorreko lehen lerroko tratamendua.
- Badago ebidentzia esateko AIEEak plazeboa baino apur bat eraginkorragoak direla lunbalgia akutuko mina eta desgaitasuna epe laburrean murrizteko. Dena dela, eragin txikia dute eta, seguru asko, ez da klinikoki esanguratsua; nolahi ere, tratamendu farmakologikoaren lehen aukeratzat hartzen dira.
- Historikoki, parasetamola hartu da lunbalgia tratatzeko lehen aukeratzat; alabaina, kalitate handiko ebidentzia dago parasetamola plazeboa baino onuragarriagoa ez dela adierazteko.
- Ebidentziak ez du babesten opioideak, tramadola barne, erabiltzea. Luzaroan erabiltzeari lotutako kontrako efektuak direla-eta, negatiboa da onura-arrisku erlazioa.
- Askok erabiltzen badira ere, ebidentziaren arabera gabapentinoideak ez dira eraginkorrak lunbalgia (erradikulopatiarekin edo gabe) tratatzeko, eta kontrako gertaerak izateko arriskua areagotzen dute.

ESKER ONAK

Eskerrak eman nahi dizkiegu Iñaki Aguirrezabali (Arabako ESiko Minari Aurre Egiteko Unitate Aktiboko familia-medikua), eta Susana Pinedori (Barrualde-Galdakaoko ESiko mediku errehabilitatzailea) testua berrikustegatik eta egindako iruzkin eta iradokizun egokiengatik.

BIBLIOGRAFIA

1. Chou R. *Subacute and chronic low back pain: Nonpharmacologic and pharmacologic treatment*. Hemen eskuragarri: UpToDate, Atlas SJ (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [kontsultatuta 2024/04/24].
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](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/). [Kontsultatuta 2024/05/03].
4. García Espinosa V, Muñoz 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*. Hemen eskuragarri: UpToDate, Atlas SJ (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [Kontsultatuta 2024/04/24].
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 [Kontsultatuta 2024/04/24]. NG 59.
9. Pernas Onega Y, Díaz Aquino A, Murillo García B. *Lumbalgia*. Hemen eskuragarri: Fisterra.com; 18/11/2021. [Kontsultatuta 2024/04/24].
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.

«INFAC buletina argitalpen elektronikoko bat da, eta EAEko osasun profesionalei dohain banatzen da. Buletin honen helburua **medikamentuen erabilera arrazionala sustatzea** da biztanleriaren osasun egoera hobetzeko».

11. Knight CL, Deyo RA, Staiger TO, Wipf JE. [Treatment of acute low back pain](#). Hemen eskuragarri: UpToDate, Atlas SJ (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [Kontsultatuta 2024/04/24].
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-Cambroneró 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](#). Hemen eskuragarri: UpToDate, Fishman S (Ed), UpToDate, Waltham MA. [kontsultatuta 2024/05/03].
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. Ramón-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.

Buletin hau horrela aipatu behar da: Lunbalgia. INFAC. 2024;32(8):88-96.

Medikamentu berriek kontrako ondorioak dituztela susmatuz gero, oso-oso garrantzitsua da Euskal Autonomia Erkidegoko Farmakojagoletza Unitateari jakinaraztea. OSABIDEn bitartez egin dezakezu jakinarazpena. Bestela, Osakidetzako intranetaren bidez, txartel horia beteaz edo AEMPS-en interneteko <https://www.notificaram.es>

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu: zure ESiko farmazialariei edo MIEZI edo infac@osakidetza.eus e-mailari.

Idazkuntza Batzordea: 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. CEVIMEko farmazialaria; 2. Farmakologoa klinikoa; 3. Lehen mailako arretako farmazialaria; 4. Familiako medikua; 5. Barne medikuntzako medikua; 6. Farmakologiako irakaslea (EHU); 7. Lehen mailako arretako pediatra.



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



Erabat debekaturik dago dokumentu hau promozio helburuetarako erabiltzea

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

