

Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas

FIBROMIALGIA

2022

Grupo de uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas.

Presidente

Pérez Venegas, José Javier. *Médico Especialista en Reumatología. Coordinador del Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas (PAERME). Jefe de Servicio de Reumatología. HU Virgen Macarena. Sevilla.*

Secretaria

Escudero Merino, Raquel. *Farmacéutica de Atención Primaria. DS Córdoba Guadalquivir. Córdoba. Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Atención Primaria (SAFAP).*

Vocales

Gallo Vallejo, Francisco Javier. *Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DS Granada Metropolitano. Granada.*

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC).

Maqueda López, Manuel. *Médico Especialista en Reumatología. HU Juan Ramón Jiménez. Huelva. Sociedad Andaluza de Reumatología (SAR).*

Martín Garrido, Isabel. *Médico Especialista en Medicina Interna. HU Virgen del Rocío. Sevilla. Sociedad Andaluza de Medicina Interna. (SADEMI).*

Mejías Estévez, Manuel José. *Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DS Sevilla. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. (SEMergen).*

Nieblas Silva, Juan Manuel. *Fisioterapeuta. Hospital Vithas Málaga. Colegio Profesional de Fisioterapeutas Andalucía.*

Rodríguez Bravo, Isabel. *Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. DS Granada Metropolitano.*

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC).

Matas Hoces, Antonio. *Farmacéutico. Coordinador del Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME). EASP. Granada.*

Piña Vera, M^a José. *Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria. Jefa del Servicio de Promoción de Uso Racional de Medicamentos. SSCC. SAS. Sevilla.*

Este trabajo tiene licencia CC BY-NC-ND 4.0. Para ver una copia de esta licencia, visite

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



1. INTRODUCCIÓN	4
2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	5
3. TRATAMIENTO	7
3.1 RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL TRATAMIENTO	7
3.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	7
3.2.1 <i>Tratamientos recomendables</i>	7
3.2.2 <i>Tratamientos no recomendables</i>	8
3.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	8
3.3.1 <i>Fármacos recomendables</i>	8
3.3.2 <i>Fármacos no recomendables</i>	9
3.4 SITUACIÓN ACTUAL	9
4. SEGUIMIENTO Y DERIVACIÓN	10
5. BIBLIOGRAFIA	11

1. INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una enfermedad de elevada prevalencia, reconocida por la OMS desde 1992 y caracterizada por dolor crónico generalizado, en la que con frecuencia aparecen otros síntomas como trastornos del sueño, disfunción cognitiva, cansancio, ansiedad, depresión, colon irritable, disfunción témporo-mandibular y bruxismo.

Es una de las enfermedades que producen peor calidad de vida percibida por los pacientes. Es considerada como la principal causa de dolor crónico generalizado.

Es importante establecer el diagnóstico cuanto antes e informar al paciente, para darle una mayor seguridad al saber que los síntomas que padece se deben a una enfermedad reconocida, para mejorar el afrontamiento y la aceptación de la enfermedad.

Se recomienda realizar intervenciones educativas con los pacientes sobre su enfermedad como parte del tratamiento. Igualmente, se recomienda educar a los familiares. Los elementos claves de la educación sanitaria son:

- Informar que la fibromialgia es una verdadera enfermedad, resaltando su carácter benigno.
- Explicar que el dolor es un dolor crónico de origen en el sistema nervioso central.
- Informar que no hay evidencias hasta la fecha de que la fibromialgia esté relacionada con una causa infecciosa.
- Considerar que el 70% de los pacientes con fibromialgia tienen también síndrome de fatiga crónica (según el tesauro de [Pubmed](#) el síndrome de fatiga crónica se caracteriza por fatiga persistente y recurrente, dolor musculoesquelético difuso, alteraciones del sueño y deterioro cognitivo subjetivo durante 6 o más meses).
- Explicar el papel del estrés y el estado anímico sobre la fibromialgia y alentar para tratar estas situaciones.
- Educar en la higiene del sueño, con medidas como: dormir en la oscuridad, en un ambiente tranquilo y agradable, evitar el uso de pantallas antes de dormir y evitar los estimulantes como la cafeína. La apnea del sueño y el síndrome de piernas inquietas son las situaciones más frecuentes en estos pacientes.
- Informar sobre la importancia de realizar ejercicio físico.
- Diferenciar la existencia de fibromialgia de otros procesos patológicos que pueden ser concomitantes (por ejemplo, lumbalgia crónica por hernias discales que cohabitan con el dolor de la fibromialgia).

En la actualidad no hay ningún tratamiento curativo, ni ningún fármaco aprobado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con indicación reconocida en su ficha técnica para el tratamiento de la fibromialgia, lo que hace necesario valorar el tratamiento farmacológico y no farmacológico disponible basándonos en la evidencia científica disponible y actualizada.

En casos más resistentes valorar programas de rehabilitación multimodal.

Este es un documento informativo con recomendaciones basadas en la evidencia que pueden ser de utilidad práctica para la mayoría de los pacientes, pero que no sustituye el criterio clínico del médico en la consideración individualizada de cada paciente.

En los documentos de consenso puede que se recomienden algunos medicamentos sometidos a visado. En estos casos, la prescripción debe ajustarse completamente a las condiciones expresadas en el visado para que sea financiado con cargo al Sistema Nacional de Salud, de acuerdo a la normativa legal vigente: [Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio](#), por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios; [Real Decreto 618/2007, de 11 de mayo](#), por el que se regula el procedimiento para el establecimiento, mediante visado, de reservas singulares a las condiciones de prescripción y dispensación de los medicamentos; [Resolución, de 30 de noviembre de 2021](#), de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, sobre gestión y control del visado de recetas.

2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El gran reto de la fibromialgia parte de la dificultad en su diagnóstico. Los síntomas que la definen van más allá del dolor y se han citado al principio de este documento. Son variados, inespecíficos y coexisten e interaccionan entre sí de manera compleja.

Las pacientes suelen manifestar muchos problemas para aclarar qué les pasa. Al alto componente de subjetividad hay que sumar el escaso valor de la exploración física (áreas de hipoestesia, dolor a la presión en los «puntos gatillo» en comparación con escasa sensibilidad en zonas «control») y la ausencia de marcadores biológicos específicos, así como la variabilidad interobservador en la interpretación de los síntomas y en la aplicación de los criterios diagnósticos.

Los criterios diagnósticos más usados son los del *American College of Rheumatology*. En la primera versión de 1990, se fiaba gran parte del diagnóstico a la presencia de dolor a la presión de los puntos gatillo, pero su gran variabilidad y su escaso uso en la práctica han hecho que actualmente se prefiera basar el diagnóstico exclusivamente en los síntomas.

Las últimas modificaciones de 2016 en los criterios de Wolfe permiten una mayor precisión en la clasificación de los pacientes, pero a costa de perder especificidad, lo cual la hace más cercana a una herramienta de cribado para el médico de atención primaria que para establecer el diagnóstico.

La fibromialgia puede ser diagnosticada y tratada en atención primaria, sin requerir, en la mayoría de los casos, de un médico de atención hospitalaria.

Criterios para el diagnóstico de fibromialgia (Wolfe 2016)

- **Para el diagnóstico de fibromialgia, el paciente debe cumplir TODOS los criterios siguientes:**
 - Índice de dolor generalizado (IDG) ≥ 7 ; y, puntuación en la escala de gravedad de síntomas (EGS) ≥ 5 ó IDG 4-6 y EGS ≥ 9 .
 - Dolor generalizado: presencia de dolor en al menos 4 de las 5 áreas descritas (tabla 1).
 - Los síntomas deben haber estado presentes a un nivel de intensidad similar al actual al menos en los últimos 3 meses.
 - El diagnóstico de fibromialgia no debe ser considerado de exclusión: es válido independientemente de otros problemas reumatológicos. La presencia de fibromialgia no excluye otras enfermedades clínicamente importantes.

- **Índice de Dolor Generalizado (IDG)**

Áreas donde ha aparecido dolor en la última semana. Un punto por cada área, con un total máximo de 19 puntos.

Tabla 1. Áreas de dolor

Región 1	Superior izquierda	cintura escapular, brazo superior, brazo inferior o mandíbula izquierdas.
Región 2	Superior derecha	cintura escapular, brazo superior, brazo inferior o mandíbula derechas.
Región 3	Inferior izquierda	pierna superior, pierna inferior y nalga izquierdas.
Región 4	Inferior derecha	pierna superior, pierna inferior y nalga derechas.
Región 5	Axial	cuello, espalda superior, espalda inferior, pecho y abdomen.

- **Escala de Gravedad de Síntomas (EGS)**

Síntomas acompañantes: cansancio/fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos.

Cada uno de ellos debe ser evaluado indicando su gravedad en la última semana en una escala: 0 (no problema), 1 (problemas leves, ocasionales, intermitentes), 2 (moderados, casi siempre presentes) o 3 (penetrantes, persistentes, limitantes).

Síntomas asociados: presencia en los últimos 6 meses de los siguientes síntomas (1 punto por cada síntoma): cefaleas, dolor o calambres en la parte inferior del abdomen y síntomas depresivos La EGS es la suma de la gravedad de los síntomas cercanos a la fibromialgia (0-9 puntos) y la presencia de síntomas asociados (0-3 puntos). Rango: 0-12 puntos.

La EGS es la suma de la gravedad de los síntomas cercanos a la fibromialgia (0-9 puntos) y la presencia de síntomas asociados (0-3 puntos). Rango: 0-12 puntos.

El **Anexo 1** presenta los criterios diagnósticos preliminares de fibromialgia del *American College of Rheumatology* ([ACR 2010](#)) e incluye cuestionarios para establecer el índice de dolor generalizado y la medición de la gravedad de los síntomas.

3. TRATAMIENTO

3.1 Recomendaciones generales para el tratamiento

- Los objetivos deben ser realistas: mantener una calidad de vida y funcionalidad física adecuadas y conseguir un alto nivel de autocontrol con el adecuado apoyo de los profesionales sanitarios y con el mayor soporte social posible.
- Es esencial mantener una relación clínica médico-paciente empática, de confianza y respeto mutuo.
- Cualquier tratamiento deberá ser propuesto al paciente tras sopesar bien sus beneficios y sus riesgos, en función de la intensidad del dolor, los síntomas asociados, la/s comorbilidad/es y las preferencias del paciente.
- Se deben primar las medidas no farmacológicas.
- El tipo, grado, intensidad y ritmo de actividad física debe ser adaptado al paciente.
- Aunque las evidencias de los tratamientos farmacológicos son de mayor calidad que las de los no farmacológicos, los beneficios parecen ser mayores y cualitativamente más amplios (efectos no solo analgésicos) en los segundos.
- Es importante promover unas expectativas positivas y realistas sobre la efectividad y la seguridad de los medicamentos, y para ello es esencial la exploración previa de las ideas del paciente, el significado de sus síntomas y sus expectativas sobre el tratamiento. Existe una variabilidad enorme en la respuesta terapéutica. Pocas personas se benefician de los fármacos y se libran de sus efectos adversos: lo habitual es que la relación beneficio-riesgo sea desfavorable, en los casos en los que la indicación no haya sido adecuadamente sopesada.
- Los fármacos deben iniciarse a la mínima dosis posible, subiendo gradualmente cuando sea necesario, reevaluando periódicamente la tolerabilidad y la efectividad, cambiando o retirando el tratamiento cuando no se alcancen los objetivos en un tiempo razonable.
- Ya que la combinación de fármacos termina siendo habitual, ha de hacerse hincapié en detectar efectos adversos (muchos de ellos similares a los síntomas de la fibromialgia) y evitar interacciones farmacológicas.

3.2 Tratamiento no farmacológico

3.2.1 Tratamientos recomendables

El más recomendable es la realización de **ejercicio físico**, por su efecto en la reducción del dolor, aunque no hay evidencias de los efectos a largo plazo. Tampoco hay evidencia suficiente de si es mejor el ejercicio aeróbico o el anaeróbico o si es mejor el ejercicio en tierra o en agua. No obstante, las evidencias parecen indicar que puede ser mejor el ejercicio aeróbico y en agua, aunque por complejidad siempre debe individualizarse el tratamiento.

Cuando existe síndrome de fatiga crónica asociado, las recomendaciones de ejercicio físico serán diferentes, basándose fundamentalmente en el *PACE (Progressively Accelerating Cardiopulmonary Exertion* - intervalos cortos de ejercicio intenso, seguidos de un descanso para evitar la extenuación del paciente).

Para consultar y recomendar ejercicios concretos en pacientes con fibromialgia se puede consultar la [Guía práctica para el uso del ejercicio en patologías musculoesqueléticas: Fibromialgia](#).

También se recomiendan, con menor grado de evidencia: el *mindfulness* y la hidroterapia, que reducen el dolor y mejoran la calidad de vida; la acupuntura, que reduce el dolor y el cansancio y el yoga o *tai chi*, que mejoran los trastornos del sueño y el cansancio.

La terapia cognitiva conductual también puede recomendarse, con una mejora modesta del dolor a largo plazo, del ánimo y de la discapacidad.

3.2.2 Tratamientos no recomendables

No se recomiendan la quiropraxia, la osteopatía, ni la homeopatía por no disponer de respaldo de evidencia que confirme su eficacia y seguridad.

No se recomiendan la hipnoterapia, los masajes, la relajación, el Reiki, el *biofeedback*, el oxígeno hiperbárico y la ozonoterapia, por falta de evidencia.

No hay evidencia suficiente para recomendar la estimulación eléctrica transcraneal, la estimulación magnética transcraneal, la utilización de estimulación eléctrica transcutánea o la terapia electromagnética pulsátil.

La punción seca tampoco debe recomendarse por falta de evidencia de eficacia y posible aparición de efectos adversos frecuentes.

3.3 Tratamiento farmacológico

3.3.1 Fármacos recomendables

Se recomienda empezar con amitriptilina (u otros antidepresivos tricíclicos) o ciclobenzaprina a dosis bajas e incrementarlas gradualmente. Sustituir por pregabalina o gabapentina en casos de intolerancia o falta de respuesta a amitriptilina a dosis bajas y en trastornos graves del sueño.

En pacientes con fatiga severa o depresión, podría utilizarse un inhibidor de la recaptación de serotonina-noradrenalina (duloxetina) o milnacipran (no disponible en España, aprobado en EE.UU. por la *FDA*; no aprobado en Europa por actividad marginal) en lugar de amitriptilina.

En casos de dolor intenso pueden usarse duloxetina, pregabalina ó gabapentina y tramadol (a dosis bajas).

Los fármacos aprobados por la *FDA* para el tratamiento de la fibromialgia son duloxetina, pregabalina y milnacipram.

3.3.2 Fármacos no recomendables

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para el tratamiento del dolor, por falta de evidencia de eficacia y asociarse a efectos adversos a nivel gastrointestinal, renal y cardiovascular.

Los opioides mayores, corticoides y antipsicóticos deberían evitarse por el riesgo de efectos adversos y falta de evidencia de eficacia.

No hay evidencias de que el paracetamol sea eficaz en la fibromialgia. No se recomiendan los anticonvulsivantes, como lamotrigina o lacosamida, por su falta de eficacia para reducir el dolor.

La hormona del crecimiento por falta de evidencia en el tratamiento del dolor y alto riesgo de efectos adversos como apnea del sueño y síndrome del túnel carpiano.

El uso crónico de benzodiazepinas por el riesgo de adicción y otros efectos adversos y por no existir evidencia sobre eficacia y seguridad en la fibromialgia.

La capsaicina y la adenosilmetionina, por falta de efectividad.

La nabilona, aunque mejora la calidad del sueño y alivia el dolor, no se recomienda por producir una mayor frecuencia de efectos adversos que la amitriptilina. Existen discrepancias en el uso de cannabinoides por lo que son necesarios más estudios de esta vía moduladora del dolor.

En el caso de medicamentos antiepilépticos como la carbamazepina, clonazepam, fenitoína o valproato, la evidencia de su efectividad es inexistente o insuficiente para hacer una recomendación.

El oxibato sódico por su poca eficacia y sus problemas de seguridad.

3.4 Situación actual

De todas las alternativas de tratamiento disponibles, de acuerdo a las evidencias científicas, se consideran como más recomendables: pregabalina, gabapentina o antidepresivos, junto con ejercicio físico, terapia cognitivo-conductual, hidroterapia y terapias multimodales.

Una revisión sistemática y metanálisis reciente muestra que la mayoría de las alternativas de tratamiento de la fibromialgia no disponen de evidencia de buena calidad. Algunas terapias pueden reducir el dolor y mejorar la calidad de vida a corto o medio plazo, pero el efecto puede no ser significativo para los pacientes. Las terapias psicológicas pueden ayudar al afrontamiento y adaptación de la realidad que vive el paciente más que ser una terapéutica destinada exclusivamente a aliviar el dolor, pudiendo ayudar a la adaptación situacional de cada enfermo (repercusiones relacionales, sociales, familiares o laborales que puede generar la enfermedad).

El clínico debería tener en cuenta que la evidencia disponible para la mayoría de las terapias se limita a ensayos clínicos con pequeña muestra y baja calidad metodológica. Existe evidencia de efectividad para la terapia cognitiva comportamental en el dolor y de los antidepresivos sobre la calidad de vida a corto plazo; y, de antidepresivos y depresores del sistema nervioso central sobre dolor y calidad de vida a medio plazo. Sin embargo, no se dispone de evidencia a largo plazo y al seleccionar un tratamiento también habría que considerar otros aspectos, como los posibles efectos adversos.

4. SEGUIMIENTO Y DERIVACIÓN

Una vez diagnosticada la enfermedad por el médico de atención primaria o de atención hospitalaria, fundamentalmente un reumatólogo, el seguimiento debe corresponder al equipo de atención primaria, no sólo al médico de familia, sino también al personal de enfermería y a los trabajadores sociales. Las asociaciones de pacientes de fibromialgia también pueden tener un importante papel.

Pueden darse algunas circunstancias que justificarían una interconsulta con atención hospitalaria, como son las siguientes:

- **Con unidades de Reumatología y/o Medicina interna:**
 - Sospecha de problema inflamatorio o autoinmune asociado (artritis, conectivopatías o miopatías).
 - En situaciones puntuales durante el proceso de diagnóstico y seguimiento: dudas diagnósticas, ajustes de medicación, comorbilidad reumatológica.
- **Con unidades de Salud mental:**
 - Enfermedad depresiva grave previa a la enfermedad o agravada por esta.
 - Inadaptación a la enfermedad con repercusión grave en la calidad de vida, o repercusión moderada susceptible de mejorar con terapia cognitivo conductual grupal.
- **Con unidades de Medicina física y rehabilitación:**
 - Patología concomitante que impida el desarrollo de ejercicio físico y de actividades cotidianas, susceptible de mejorar con fisioterapia.
- **Con unidades de Aparato digestivo, Ginecología, Medicina interna, Unidades de Dolor u otras:**
 - Presencia de comorbilidad que no se pueda resolver en atención primaria.

En caso de derivación, no se debe perder el vínculo con el paciente y se debe continuar realizando el seguimiento del mismo.

Los criterios de derivación que establece el Gestor de Informes del Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas que podrían ser de utilidad se limitan a lo siguiente:

- En dolor axial (cervicalgias, dorsalgias y lumbalgias) se establece, entre los criterios de derivación a Reumatología, derivar en caso de duda diagnóstica incluyendo sospecha de fibromialgia que precise confirmación.
- En reumatismos de partes blandas no se menciona ningún criterio específico de derivación relativo a pacientes con fibromialgia.
- En derivaciones a Unidad del Dolor, uno de los criterios de exclusión es la fibromialgia, posiblemente por no colapsar dichas Unidades con pacientes con fibromialgia. No obstante, algunas Unidades del Dolor proporcionan tratamiento para fibromialgia con acupuntura y TENS (neuroestimulación eléctrica transcutánea). Se debe aclarar que a fecha de la redacción de este documento no está aún implantado el modelo de derivación directa desde AP a Unidades de Dolor prevista por el Plan Andaluz de Dolor para próximas fechas, que tendría los criterios de derivación descritos en el Anexo 2.

5. BIBLIOGRAFIA

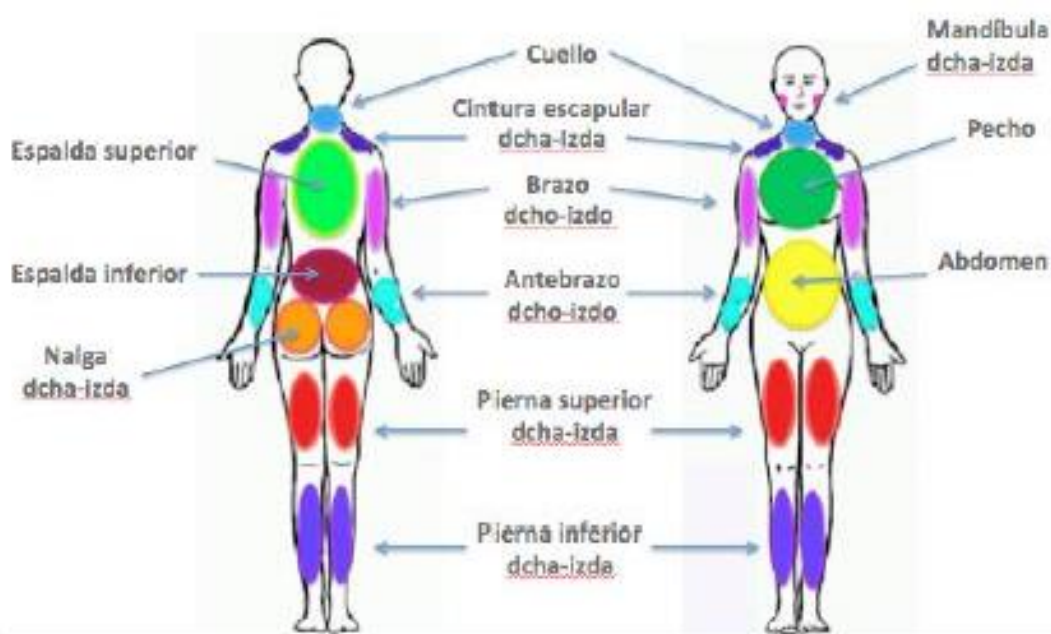
1. Goldenberg DL. Initial treatment of fibromyalgia in adults. [UpToDate. 2021.](#)
2. Oliveira R et al. Association of therapies with reduced pain and improved quality of life in patients with fibromyalgia. A systematic review and meta-analysis. [JAMA Intern Med. 2021;181\(1\):104-112.](#)
3. Recomendaciones SER sobre fibromialgia. [Sociedad Española de Reumatología \(SER\). 2020.](#)
4. Bair MJ et al. Fibromyalgia. [Ann Intern Med. In the Clinic. 2020.](#)
5. Fibromyalgia: an update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment. [Nat Rev Rheumatol. 2020;16\(11\):645-660.](#)
6. Garzón Hernández J, et al. Fibromialgia. A propósito de un caso. [AMF 2018;14\(3\):145-152.](#)
7. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. [Ann Rheum Dis. 2017;76\(2\):318-328.](#)
8. Wolfe F et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. [Semin Arthritis Rheum 2016; 46\(2016\)319-329.](#)
9. Wolfe F et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. [Arthritis Care Res. 2010; 62\(5\):600-10.](#)

6. ANEXOS

Anexo 1.- Criterios Diagnósticos de Fibromialgia (ACR 2010).

1. . IDG/WPI ≥ 7 y SS ≥ 5 ó
IDG/WPI 3-6 y SS ≥ 9
2. Síntomas mantenidos con similar nivel los últimos 3 meses.
3. No haya otra causa que explique el dolor.

Índice de Dolor Generalizado, IDG/Widespread Pain Index , WPI IDG = 0-19



Señale el número de áreas en las que ha tenido dolor en la última semana.

Cintura escapular izda	Nalga dcha	Pecho (tórax)
Cintura escapular dcha	Pierna superior izda	Abdomen
Brazo superior izdo	Pierna superior dcha	Cuello
Brazo superior dcho	Pierna inferior izda	Espalda superior
Brazo inferior izdo	Pierna inferior dcha	Espalda inferior
Brazo inferior dcho	Mandíbula izda	
Nalga izda	Mandíbula dcha	

Índice Severidad de Síntomas /Symptom Severity Score

SS-1= 0-9

Indique el nivel de severidad de los siguientes síntomas durante la última semana.

0	Ningún problema
1	De leve a moderado, generalmente intermitente
2	De moderado a considerable, frecuente y de intensidad moderada
3	Severo, persistente, generalizado, con interferencia en las actividades diarias

Fatiga	0	1	2	3
Sueño no reparador	0	1	2	3
Trastornos cognitivos	0	1	2	3

Índice Severidad de Síntomas /Symptom Severity Score

SS-2 = 0-3

Señale cuáles de los siguientes síntomas **padece habitualmente**:

Sin síntomas = 0; Entre 1 y 10 síntomas, puntúa 1; De 11 a 24 síntomas, puntúa 2; 25 o más, puntúa 3

Dolor muscular	Dolor en la parte alta del abdomen	Convulsiones
Picores	Fatiga/cansancio extremo	Ojo seco
Visión borrosa	S. Intestino irritable	Sequedad bucal
Urticaria	Problemas para pensar o de memoria	Pérdida de apetito
Vómitos	Dolor/ calambres en el abdomen	Erupciones, sarpullido
Dolor de cabeza	Respiración entrecortada	Sensibilidad al sol
Dolor torácico	Pitidos al respirar, sibilancias	Trastornos auditivos
Ansiedad	Fenómeno de Raynaud	Entumecimiento, hormigueo
Mareos	Debilidad muscular	Caída de cabello
Insomnio	Zumbidos en los oídos	Micción frecuente
Depresión	Moratonos frecuentes (hematomas)	Micción dolorosa
Estreñimiento	Acidez de estómago	Espasmos vesicales
Diarrea	Aftas orales (úlceras)	Fiebre
Náuseas	Pérdida o cambios en el gusto	

IDG/WPI = _____

SS1 = _____ SS2 = _____ SS = _____

Anexo 2.- Modelo de derivación directa desde Atención Primaria a Unidades de Dolor prevista por el Plan Andaluz de Dolor para próximas fechas.

- Pacientes con cualquier patología en los que, a pesar de haber hecho una escalada analgésica correcta con la utilización de opioides y coadyuvantes incluidos (según escalera analgésica de la OMS), no se ha conseguido un control efectivo del dolor en un tiempo razonable o desarrollan efectos adversos importantes que limitan su uso.
- Cuando la administración oral, transdérmica o subcutánea de medicación a dosis adecuadas no consigue controlar el dolor y/o genera efectos intolerables.
- Paciente con intolerancia a los opioides o con mala adherencia al tratamiento analgésico.
- Cuando existe un tratamiento intervencionista reconocido como efectivo y con menor riesgo/beneficio que el tratamiento farmacológico convencional.
- Patologías que pueden tener una resolución o mejoría rápida con técnicas analgésicas solo disponibles en Unidades de Dolor.
- Pacientes con antecedentes y/o alto riesgo de conducta aberrante a opioides.
- Dolor de mal pronóstico: los factores relacionados con el mal pronóstico los siguientes:
 - Edad joven.
 - Cáncer de pulmón o gastrointestinal.
 - Dolor neuropático o irruptor.
 - Ansiedad o los trastornos del sueño.
- Recomendaciones particulares para ciertas patologías:
 - Dolor neuropático secundario al cáncer (plexopatías, neoplasias de recto, cabeza y cuello, páncreas...).
 - Fracturas vertebrales.
 - Radiculopatías sin resolución en 3 meses.
 - Neuralgia postherpética, meralgia, trigémino, ...
 - Síndromes de dolor regional complejo. Miembro fantasma.
 - Dolor miofascial de músculo profundo
- Se recomienda que los pacientes derivados a las Unidades de Dolor tengan una expectativa de vida mayor de un mes y tengan el consentimiento informado del paciente o de la familia representante si aquél no es capaz.