



La carga del dolor

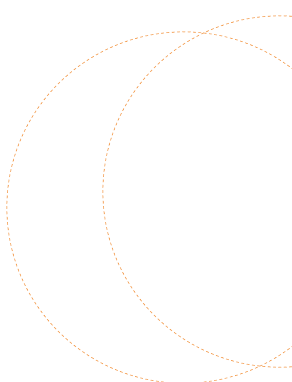
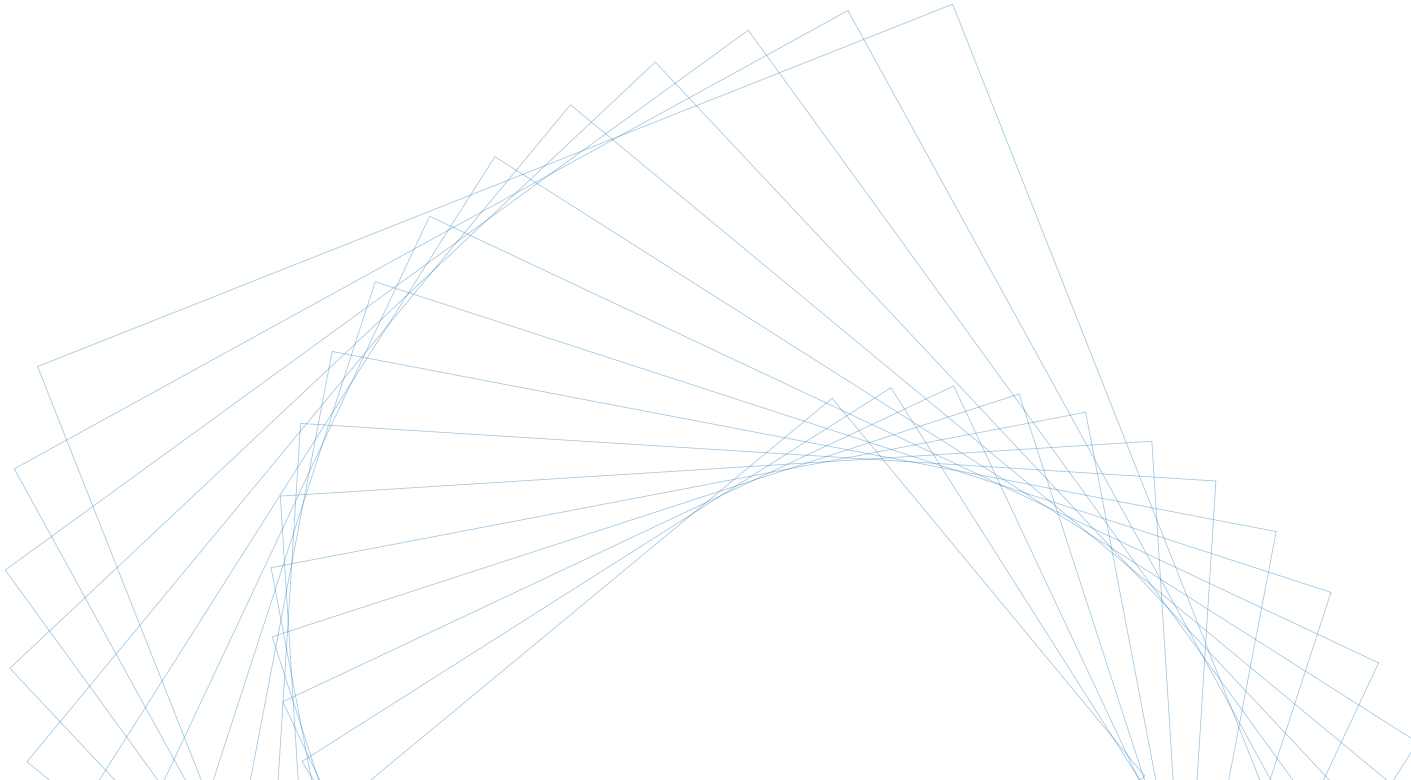
Libro de evidencias de la plataforma
Impacto Social del Dolor (SIP)





Índice

Resumen y objetivo del documento	1-2
Patrocinadores	3-4
Prólogo	5-6
¿Qué es el dolor?	7-16
Tipos de cuadros de dolor y testimonio	17-34
Conclusiones y recomendaciones	35-36
Sobre la plataforma Impacto Social del Dolor	37-40
Recursos	41-46



Resumen

El dolor representa uno de los problemas médicos más extendidos tanto en Europa como en el resto del mundo. Es el principal motivo por el que las personas buscan asistencia sanitaria y la principal causa de discapacidad y disminución de la calidad de vida. En la actualidad, aproximadamente 150 millones de personas padecen dolor crónico en Europa, una cifra similar a la suma de las poblaciones de Alemania y Francia. Una parte significativa de los afectados carece de un tratamiento adecuado del dolor, y los cálculos anteriores apuntan a tasas de hasta el 40%. Comprender los orígenes y las repercusiones de diversos cuadros de dolor sigue siendo una tarea por completar, y continúa habiendo notables deficiencias en los esfuerzos dedicados a la investigación en numerosos países europeos.

Este «Libro de evidencias» se ha elaborado para que las personas sin formación científica (por ejemplo, responsables políticos y organizaciones de financiación) se hagan una idea de lo que es el dolor, comprendan las distintas definiciones utilizadas (como dolor agudo, dolor neuropático o dolor nociceptivo) y los efectos debilitadores que tiene el dolor en los pacientes y las sociedades.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o parecida a un daño tisular real o posible. Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por su sigla en inglés), el dolor es siempre una experiencia personal en la que influyen en mayor o menor medida factores biológicos, psicológicos y sociales.

Actualmente, se considera que el dolor es una experiencia biopsicosocial. El modelo biopsicosocial es una parte crucial de la evaluación y el tratamiento contemporáneos del dolor. Este modelo sostiene que el dolor es una experiencia personal que surge de una interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Esto sustituye al modelo biomédico, según el cual el dolor estaba causado únicamente por factores biológicos y por la causa de la enfermedad.

En el «Libro de evidencias» se presentan una serie de testimonios de pacientes, cada uno de los cuales comparte su experiencia con distintos tipos de dolor y expone sus vivencias. Esperamos que a través de estos ejemplos de tipos de dolor habituales y de testimonios logremos ofrecer una comprensión de la diversidad y de los puntos en común del dolor. Para los no científicos que se acercan al dolor por primera vez, evaluar afecciones como la lumbalgia, el dolor oncológico y el dolor posquirúrgico quizá arroje luz sobre lo que hasta ahora se ha ignorado o malinterpretado. Aunque los trastornos por dolor varían en su patología y en cómo se sufren, un factor que a menudo los unifica es la falta de atención que se les presta en el sistema sanitario y en los marcos políticos. La plataforma Impacto Social del Dolor pretende cambiar esta situación sensibilizando sobre el dolor y modificando las políticas al respecto.

Por lo tanto, la plataforma sobre el Impacto Social del Dolor (SIP) hace un llamamiento a los responsables políticos nacionales para que reconozcan la carga y las repercusiones del dolor en las sociedades y los pacientes, y aumenten su prioridad en los sistemas sanitarios, la financiación y la formulación de políticas; garanticen la aplicación efectiva de la CIE-11, ya que su uso permite un acuerdo internacional sobre el uso de diagnósticos y herramientas normalizados y mejora la recopilación de datos tanto para uso primario como secundario; desarrollen instrumentos para evaluar el impacto del dolor; pongan en marcha políticas que aborden el impacto del dolor en el ámbito laboral y en la productividad e incluyan el dolor en las iniciativas pertinentes existentes, y desarrollen ecosistemas sanitarios digitales interoperables que ofrezcan soluciones digitales accesibles para la evaluación, el seguimiento y la gestión del dolor (aplicaciones, recursos en línea, etc.) y marcos jurídicos y normativos para el intercambio de datos.

Finalidad de este documento

Este "Libro de evidencias" se ha concebido para que las personas sin formación científica (por ejemplo, responsables políticos y organismos de financiación) se hagan una idea de lo que es el dolor, comprendan las distintas definiciones utilizadas (por ejemplo, dolor agudo, dolor neuropático, dolor nociceptivo) y los efectos debilitadores que tiene el dolor en los pacientes y en las sociedades.

En el documento se explican los distintos tipos de dolencias (por ejemplo, cefaleas o lumbalgias), su frecuencia y los enfoques terapéuticos.

También se explican conceptos y dificultades cruciales en el campo del dolor, como la medición y la evaluación del dolor, el estigma, la importancia de reconocer la naturaleza personal multidimensional del dolor que requiere una apreciación de la interacción entre una miríada de factores biológicos o físicos, psicológicos y socioculturales.

En general, con este documento se pretende ilustrar y detallar qué es el dolor, así como poner énfasis en la necesidad de adoptar medidas políticas urgentes y aumentar la financiación para la investigación. En concreto, las recomendaciones destacadas al final de este documento son una llamada a la acción para la Comisión Europea, el Parlamento Europeo, el Consejo Europeo y la sociedad civil a fin de hacer frente a las desastrosas repercusiones sociales del dolor.

La plataforma Impacto Social del Dolor (SIP, por su sigla en inglés) continuará concienciando sobre el devastador efecto que tiene el dolor en quienes lo padecen, las sociedades y los sistemas económicos; intercambiará información y buenas prácticas entre todos los Estados miembros de la Unión Europea; y desarrollará y fomentará estrategias y actividades políticas a escala europea para mejorar el paradigma de la atención al dolor en Europa.

Los patrocinadores



Cerda (S&D), eurodiputada

“

Los trastornos y enfermedades mentales y del estado de ánimo y el dolor suelen coincidir debido a factores moleculares, neurofisiológicos, ambientales y del estilo de vida en común. Por lo tanto, abordar el dolor en las políticas de salud mental y aumentar la financiación de la investigación sobre el tema es clave para establecer un estándar de oro para los programas de autogestión y aumentar el acceso a una atención de gran calidad.



Kypouropoulos (PPE), eurodiputado

“

El dolor no solo tiene un efecto significativo en el individuo, sino que su aparición y el gran número de personas que viven con dolor también pueden tener un impacto significativo en la sociedad. Debemos concienciar sobre las devastadoras repercusiones del dolor; reducir las disparidades entre los Estados miembros intercambiando información y buenas prácticas en toda la Unión Europea; y apoyar estrategias y actividades políticas a escala europea para mejorar la atención en los casos de dolor.



Montserrat (PPE), eurodiputada

“

Los factores biológicos, psicológicos y sociales del dolor no se excluyen mutuamente e interactúan entre sí. Por lo tanto, es fundamental una aplicación integral del modelo biopsicosocial del dolor en la atención clínica (evaluación y tratamiento), la investigación, la educación y la política.



Maxová (S&D), eurodiputada

“

El dolor es la enfermedad no contagiosa más frecuente en Europa y en el mundo. En la actualidad, 1 de cada 5 personas sufre dolor crónico en Europa. Es el motivo más habitual por el que las personas acuden a los servicios sanitarios y es la principal causa de discapacidad y reducción de la calidad de vida. El dolor crónico es más frecuente en las mujeres que en los hombres, y algunos cálculos apuntan a que las mujeres tienen el doble de probabilidades de padecer dolor crónico que los hombres.

Prólogo

El dolor es una de las afecciones médicas más frecuentes en Europa y en todo el mundo. Constituye el motivo más habitual por el que las personas buscan asistencia sanitaria y es la principal causa de incapacidad y de una peor la calidad de vida. Existe un potente gradiente socioeconómico en términos de prevalencia e impacto, en particular para la incapacidad laboral y la baja por enfermedad. La carga de incapacidad por dolor sigue aumentando, y eso supone una amenaza para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y sociales europeos. Sin embargo, la investigación sobre el dolor está muy infr FINANCIADA en comparación con otras áreas de la investigación sanitaria, y esta escasez de inversión se considera un factor clave que contribuye a la carga. La Comisión Europea ha considerado muchos cuadros de dolor como de alta carga e insuficientemente investigados, y precisan una atención sustancial.

Según el Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (estudio sobre la carga global de las enfermedades, las lesiones y los factores de riesgo) de 2020, que incluye una evaluación exhaustiva de la incidencia, la prevalencia y los años vividos con una discapacidad (AVD) por 354 causas en 195 países y territorios desde 1990 hasta 2017, las afecciones relacionadas con el dolor, como los trastornos por cefalea (por ejemplo, la migraña) y los trastornos por dolor osteomuscular (por ejemplo, lumbalgia, artrosis de cadera y rodilla, dolor de cervicales) son dos de los factores que más contribuyen a los años vividos con discapacidad. El dolor de espalda y la migraña son responsables de 57,6 millones y 45,1 millones de años de vida perdidos por discapacidad, respectivamente.

En Europa hay unos 740 millones de personas, la mayoría de las cuales experimenta un episodio de dolor intenso en algún momento de su vida. Para aproximadamente el 20 %, ese dolor persiste durante más de tres meses y es dolor crónico. Por lo tanto, en la actualidad, 150 millones de personas sufren dolor crónico en toda Europa, lo que equivale aproximadamente a la población de Alemania y Francia juntas.

Las estadísticas no muestran el impacto real que el dolor tiene en la persona o en sus seres queridos. El dolor tiene un impacto devastador en quienes lo padecen. Puede apoderarse de la vida de una persona acabando con su capacidad para practicar aficiones, caminar distancias cortas, trabajar o salir con amigos (por ejemplo, salir al cine, porque resulta demasiado doloroso estar sentado durante mucho tiempo). El dolor a menudo despierta a quien lo sufre y perjudica la capacidad para dormir. La sensación constante de cansancio extremo, además del dolor, hace que las personas tengan dificultades para concentrarse y para completar las tareas del día a día. A menudo, el dolor se convierte en el factor dominante en la vida de quien lo padece. Es el causante de una menor sensación de bienestar, de limitaciones en la movilidad y de la marginación social a lo largo de la vida, y se asocia con la depresión, el cáncer y la mortalidad por causas cardiovasculares, así como con una menor esperanza de vida.

Los seres queridos también se ven afectados en diferentes aspectos, como por estrés emocional (por ejemplo, se sienten impotentes cuando ven que un ser querido está sufriendo), por cambios en la dinámica de la relación (por ejemplo, por una menor cantidad de tiempo de calidad porque la persona está limitada en cuanto a lo que puede hacer), por problemas económicos (el coste de las pruebas y los tratamientos para la persona con dolor) y por el aumento de las responsabilidades como cuidador (ayudar a una persona a manejar su dolor puede ser física y emocionalmente exigente), lo que con el tiempo conduce al desgaste y al agotamiento.

En Europa, una gran proporción de personas con dolor crónico no lo controlan adecuadamente, con estimaciones previas que llegan al 40%. Existen lagunas importantes en nuestra comprensión de las causas y consecuencias de muchas dolencias, y en muchos países europeos sigue habiendo una notable falta de investigación. Esta escasez de información dificulta la generalización de los resultados de investigación a todos los Estados miembros de la UE. Adoptar las recomendaciones que se presentan al final de este documento es fundamental para avanzar en el conocimiento del impacto social del dolor.

¿Qué es el dolor?

En esta sección se presentan las definiciones utilizadas habitualmente para explicar su duración y tipo.

El **dolor** es una experiencia sensorial y emocional desagradable y consciente asociada o parecida a una lesión tisular real o posible. Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por su sigla en inglés), el dolor es siempre una experiencia personal en la que influyen en mayor o menor medida factores biológicos, psicológicos y sociales. A través de experiencias vitales, los individuos aprenden el concepto de dolor. Debe respetarse el hecho de que una persona califique una experiencia como dolor. Aunque el dolor suele ejercer una función adaptativa, puede tener efectos adversos sobre la función y el bienestar social y psicológico. La descripción verbal es solo una de las diversas conductas para expresar el dolor; la incapacidad para comunicarse no excluye la posibilidad de que un ser humano o un animal experimente dolor.

La **Nocicepción** es la codificación que hace el sistema nervioso de los sucesos potencialmente dañinos (por ejemplo, tocar una estufa caliente, cortarse accidentalmente). La nocicepción no es sinónimo de dolor. Se puede tener nocicepción pero no sentir dolor, mientras que se puede sentir dolor y no tener nocicepción. Esto refleja la complejidad de la experiencia del dolor. La nocicepción es objetiva (puede medirse con instrumentos), pero el dolor es subjetivo (la valoración la aporta quien lo sufre) y no surge únicamente de la actividad de las neuronas sensoriales. La experiencia del dolor suele incluir estas señales nociceptivas; sin embargo, el cerebro también tiene en cuenta otros factores, como las creencias, las experiencias pasadas y el estado psicológico del individuo, a la hora de considerar una respuesta dolorosa. Esto significa que el dolor en sí no es un proceso biológico, sino una experiencia biológica, psicológica y sociológica de la que puede formar parte.

El **dolor agudo** es un dolor que remite razonablemente rápido. Las definiciones de dolor agudo son diversas. Algunos afirman que el dolor agudo dura menos de 30 días, mientras que otros afirman que el dolor agudo puede hacer referencia a todo dolor que se resuelva antes de 3 meses. El dolor agudo suele considerarse adaptativo: un mecanismo de supervivencia útil que cumple una función protectora y curativa

El **dolor crónico** es el que persiste o reaparece durante más de 3 meses, aunque no siempre hay consenso sobre las definiciones.

El **dolor crónico primario** es un dolor que reaparece durante más de 3 meses, se asocia a un malestar emocional o una discapacidad funcional importantes, y no está justificado por otra afección médica. Aquí, el dolor crónico es el problema clínico dominante y se considera un trastorno por derecho propio. Las causas de muchos trastornos de dolor crónico no están claras, y su aparición se entiende mejor como una interacción entre diversos factores biológicos, psicológicos y sociales que varían de una persona a otra. Algunos ejemplos son el dolor crónico generalizado (como la fibromialgia), el síndrome de dolor regional complejo y el dolor osteomuscular crónico (por ejemplo, lumbalgia crónica inespecífica).

El **dolor crónico secundario** es un síntoma derivado de una enfermedad subyacente específicamente clasificada. Algunos ejemplos de trastornos de dolor crónico secundario son el dolor crónico oncológico, el dolor crónico secundario osteomuscular (por ejemplo, artrosis, artritis reumatoide) y el dolor crónico secundario visceral (por ejemplo, colitis ulcerosa, endometriosis).

El **dolor nociplástico** es el que surge de una nocicepción alterada a pesar de que no hay evidencia clara de daño tisular real o potencial que cause la activación de los nociceptores periféricos ni pruebas de enfermedad o lesión del sistema somatosensitivo que cause el dolor. Este dolor también se denomina «dolor funcional». Algunos ejemplos son la fibromialgia o dolor crónico generalizado, la lumbalgia crónica inespecífica, el síndrome del colon irritable y el síndrome de dolor vesical.

El **dolor neuropático crónico (DNC)** se refiere al dolor debido a una enfermedad/lesión/daño en el sistema nervioso somatosensorial. Cuando dura tres meses o más, se denomina dolor neuropático crónico. Algunos ejemplos son la ciática, la neuropatía diabética, las lesiones medulares, el dolor tras el herpes zóster (neuralgia postherpética) y la neuropatía inducida por la quimioterapia.

El modelo biopsicosocial del dolor

El dolor se considera ahora una experiencia biopsicosocial. El modelo biopsicosocial es una parte crucial de la evaluación y el tratamiento actuales del dolor. Este modelo sostiene que el dolor es una experiencia personal que surge de una interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Esto sustituye al modelo biomédico, según el cual el dolor estaba causado únicamente por factores biológicos y por la causa de la enfermedad.

Los factores **biológicos** (o físicos) son la genética, la magnitud de la lesión o enfermedad, la salud/lesión tisular, los efectos de la medicación, las características del sistema nervioso (umbral del dolor, tolerancia al dolor, predisposición a la sensibilización periférica y central) y el sueño.

Los factores **psicológicos** son el bajo estado de ánimo, la depresión, la ansiedad, la ira, la injusticia percibida, las estrategias de afrontamiento (por ejemplo, evitación, resistencia), el miedo, la autoeficacia, la catastrofización, las creencias cognitivas, el estrés emocional, las actitudes negativas y la aceptación.

Entre los factores **sociales** encontramos las expectativas sociales, la satisfacción laboral, el sistema de apoyo social (apoyo económico, apoyo instrumental, apoyo emocional), el nivel de vida, el empleo, las experiencias pasadas de dolor, el seguro médico, el abuso de sustancias, el idioma y las barreras culturales.

Estos factores no se excluyen mutuamente e interactúan entre sí. La plataforma Impacto Social del Dolor (SIP) recomienda la aplicación integral del modelo biopsicosocial del dolor en la atención clínica (evaluación y tratamiento), la investigación, la educación y la política.

En la 11.ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) se ha promovido la naturaleza biopsicosocial del dolor y se aplica a todas las afecciones relacionadas con el dolor. En particular, mediante la inclusión del diagnóstico de dolor crónico primario, que se define como el dolor en uno o más aparatos y sistemas del cuerpo, y en cualquier lugar del cuerpo, o en una combinación de lugares del cuerpo que: a) persiste o reaparece durante más de 3 meses, b) se asocia a un malestar emocional significativo (por ejemplo, ira, ansiedad o estado de ánimo depresivo) o a una discapacidad funcional importante (que afecta a las actividades de la vida diaria, las aficiones y la participación en roles sociales), y c) incluye síntomas que no se explican mejor por otro diagnóstico.

Al reconocer el papel de la angustia emocional y la función en la definición del dolor primario crónico, en la CIE-11 se reconoce que son numerosos los factores que afectan al dolor y, por tanto, aboga por un modelo biopsicosocial completo de evaluación y tratamiento.

El impacto social del dolor

El dolor no solo tiene un impacto considerable en el individuo, sino que su importante frecuencia y el gran número de personas que viven con dolor también hacen que el impacto del dolor se perciba a nivel social.

Medir los elementos del impacto social del dolor en Europa resulta difícil, en parte debido a la falta de datos; sin embargo, mediante investigación se ha intentado estimar la carga del dolor desde muchas perspectivas, como la laboral, la económica, la discapacidad y la calidad de vida individual.

El dolor puede interferir en la calidad de vida y en el funcionamiento general de una persona. Las personas con dolor pueden experimentar alteraciones de la atención, el control, la memoria de trabajo, la flexibilidad mental, la resolución de problemas y la velocidad de procesamiento de la información.

Se calcula que la carga económica global del dolor en Europa puede situarse entre el 1,5% y el 3% del PIB, y que esa carga, directa e indirecta, recae sobre la sociedad en general (es decir, los empresarios, los contribuyentes, los pacientes y sus familias) y supone un gasto sanitario importante.

El dolor no solo puede limitar la capacidad de una persona para trabajar, lo que repercute negativamente en la productividad laboral y en el absentismo, sino que también puede aumentar los costes relativos de la asistencia, lo que repercute directamente en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Más de 40 millones de trabajadores de la UE padecen trastornos por dolor osteomuscular causado por su trabajo. Esto, a su vez, representa casi el 50 % de las bajas laborales de tres días o más en la UE y en el 60 % de las incapacidades laborales permanentes. Se calcula que los costes directos e indirectos ascienden a 240 000 millones de euros al año.

Por lo tanto, es preciso aumentar la inversión para investigar el impacto social del dolor, para comprender completamente la amplia gama de aspectos de la vida de los pacientes con dolor, así como para mejorar su calidad de vida y el acceso a la gestión y el tratamiento del dolor.



El estigma se suma a la carga del dolor crónico vivido

El estigma es un reto constante en la vida de quienes viven con dolor. Su elevada prevalencia muestra la incompreensión de la complejidad del dolor, que sigue anclada en un modelo biomédico anticuado. Estigmatizar a los enfermos devalúa su lucha personal contra el dolor y las repercusiones que tiene en su conducta. En esencia, se les roba la dignidad humana básica simplemente porque sus experiencias se desvían de las normas sociales. A menudo, se encontrarán con la incredulidad de sus parejas, familiares y amigos, quienes quizás no comprendan del todo o no reconozcan el alcance de su dolor. Predomina la sensación de que los profesionales sanitarios pueden dudar de la legitimidad de su dolor, que lo consideren exagerado o incluso imaginario. Este escepticismo puede llevar a culparse a sí mismo y a dudar, lo cual puede traducirse en una baja autoestima, además de enfrentarse a la ignominia de que no se tengan en cuenta las experiencias que explican durante las interacciones con los profesionales sanitarios. Además, las personas con dolor a menudo son estigmatizadas en su lugar de trabajo y reciben la hostilidad de compañeros que pueden no comprender la repercusión de su enfermedad. Sensibilizar sobre lo que es el dolor, en particular sobre la naturaleza biopsicosocial y personal de todo dolor, es crucial para hacer frente al estigma.

El círculo vicioso del dolor y los trastornos mentales

Con frecuencia, el dolor y los trastornos mentales o del estado de ánimo coinciden en el tiempo, lo que puede deberse a factores moleculares, neurofisiológicos, ambientales y del estilo de vida comunes. Por ejemplo, los trastornos del estado de ánimo, como la depresión y la ansiedad, y el dolor tienen una tasa de comorbilidad estimada de hasta el 80 %. En los individuos con trastorno bipolar, la prevalencia del dolor se aproxima al 30 % (principalmente dolor osteomuscular crónico y migraña). Este riesgo es de más del doble que el de las personas que no padecen trastornos mentales.

Además, las personas sin trastornos mentales corren un riesgo considerable de desarrollarlos si siguen sufriendo dolor moderado o intenso al cabo de 12 meses. Las personas que sufren simultáneamente dolor y trastornos mentales, como depresión mayor, trastorno bipolar y esquizofrenia, tienen una salud física considerablemente desfavorable y un mayor riesgo de desarrollar cáncer y enfermedades cardiovasculares, todo lo cual contribuye a reducir su esperanza de vida.

Lamentablemente, el dolor no se evalúa ni se aborda de forma rutinaria en las personas con trastornos mentales, y la comunicación y la evaluación del dolor pueden quedar ocultas por la naturaleza del trastorno (por ejemplo, trastornos mentales graves como la psicosis). Por otro lado, los trastornos mentales como la depresión a menudo están infradiagnosticados y, por tanto, no suelen tratarse adecuadamente en las personas con dolor crónico.

La importancia de la CIE-11 para la comunidad del dolor

La CIE-11, o 11.ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, es un sistema mundial utilizado por médicos, profesionales sanitarios e investigadores para clasificar y codificar diversas enfermedades, afecciones y problemas relacionados con la salud. Se trata de una larga lista organizada de diferentes problemas de salud y sus códigos que ayuda a los profesionales del campo de la medicina a comunicarse sobre enfermedades y afecciones de forma coherente en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo responsable de la creación y del mantenimiento de dicho sistema de clasificación. La CIE-11 supuso un gran avance para el dolor, ya que introdujo códigos específicos que permiten clasificar y reconocer el dolor como una enfermedad, no solo como un síntoma. La CIE-11 es una herramienta útil para categorizar adecuadamente las enfermedades relacionadas con el dolor, lo cual no solo contribuye a mejorar el tratamiento de las personas con dolor crónico, sino que también ayuda a los profesionales sanitarios que prestan esa atención.

En la CIE-10 (la predecesora de la CIE-11), varias dolencias crónicas, como la lumbalgia crónica, se registraron de forma inexacta, lo que se tradujo en la falta de normalización en el registro y la notificación de los diagnósticos del dolor. Por lo tanto, la implantación de la CIE-11 contribuye a la administración de tratamientos adecuados y favorece la buena calidad de vida de las personas con dolor. Con la CIE-11 y su significativo aumento de las formas de categorizar los trastornos del dolor, ahora podemos respaldar mejor el proceso de elaboración de políticas, así como la gestión clínica, el seguimiento, la investigación y la formación relativa a diversos trastornos del dolor.



¿Cómo se evalúa y mide el dolor?

Evaluar o diagnosticar el dolor es fundamental para determinar el éxito y el pronóstico de la recuperación. El dolor es algo complejo y a menudo difícil de medir con precisión; por lo que, se recomienda que los profesionales sanitarios utilicen varias medidas para evaluar el dolor de una persona.

Es el paciente quien informa sobre el dolor que siente. No se puede medir objetivamente, como miden los profesionales de la salud la tensión arterial o los niveles de azúcar en sangre. La única forma de evaluar el dolor de una persona es que lo explique. Por lo tanto, son muy importantes las herramientas o instrumentos para medir los resultados percibidos por el paciente (PROM) utilizados en la asistencia sanitaria para recopilar información directamente de las personas acerca de sus problemas de salud, síntomas, estado funcional y calidad de vida. Las PROM están diseñadas para recabar la perspectiva del paciente sobre su propia salud, y aporta información valiosa sobre el impacto de una enfermedad o tratamiento desde el punto de vista del paciente. Las PROM suelen consistir en cuestionarios o encuestas que los pacientes rellenan para expresar sus experiencias, preferencias e inquietudes relacionadas con su salud. Las PROM relacionadas con el dolor pueden incluir preguntas no solo sobre la intensidad del dolor, sino también sobre su impacto en la calidad de vida, las actividades del día a día, el bienestar emocional y la eficacia de diferentes tratamientos. Con las PROM, los profesionales sanitarios pueden comprender mejor la experiencia del paciente, participar en la toma de decisiones compartida para adaptar los planes de tratamiento a las necesidades individuales y controlar los cambios en los síntomas y el bienestar general en el tiempo.

Actualmente no se dispone de medidas objetivas validadas para el dolor, y nuestra comprensión general de las causas del dolor en muchas personas es escasa. Es apremiante investigar para identificar medidas biológicas (biomarcadores) que permitan comprender mejor el desarrollo y la progresión de diversas enfermedades con dolor. En concreto, ¿por qué algunas personas desarrollan dolor crónico?, ¿podemos hallar formas de prevenirlo? La combinación de biomarcadores objetivos y medidas comunicadas por los pacientes será la forma más prometedora de disponer de mejores tratamientos personalizados para las personas con dolor.



Tratamientos del dolor

Hay muchos tratamientos disponibles para mitigar el dolor, y su objetivo es mejorar, mantener o modificar el dolor, la angustia o los aspectos funcionales relacionados. Las pruebas que respaldan los distintos tratamientos son muy variadas. Aunque algunos tratamientos para algunas dolencias específicas tienen pruebas de gran calidad y cierta eficacia, existe una gran incertidumbre respecto a los efectos de determinados tratamientos. Es de suma importancia garantizar que todos los tratamientos para el dolor se evalúen de forma sólida a fin de comprender los beneficios y perjuicios de cada uno. Los tratamientos deben agruparse en las siguientes categorías: medicina complementaria y alternativa; electroterapia; fisioterapia; tratamiento intervencionista del dolor; terapia manual; terapias dirigidas a la participación; educación del paciente; farmacoterapia; terapia psicológica; tratamiento quirúrgico; y termoterapia. Nota: los tratamientos que figuran a continuación están ordenados alfabéticamente, no por orden de importancia ni eficacia.

Medicina complementaria y alternativa: Tratamiento que complementa la medicina convencional contribuyendo a un conjunto común, satisfaciendo una demanda no cubierta por la ortodoxia o diversificando los marcos conceptuales de la medicina. Algunos ejemplos son la acupuntura, las hierbas medicinales, los probióticos y los suplementos dietéticos.

Electroterapia: Diversos tipos de estimulación eléctrica y radiación electromagnética. Algunos ejemplos son la neuroestimulación eléctrica transcutánea (TENS), la terapia con ondas de choque y la terapia con láser.

Fisioterapia: El tratamiento con fisioterapia abarca un conjunto diverso de tratamientos prescritos o planificados por un profesional sanitario cualificado que incluyen actividades, posturas o movimientos específicos (o todos ellos). Algunos ejemplos son los programas de acondicionamiento físico general impartidos en grupo, el ejercicio aeróbico en forma de programas de marcha, estiramientos y fortalecimiento de músculos o de grupos de músculos específicos, y la actividad gradual.

Tratamiento intervencionista del dolor: Aplicación de técnicas intervencionistas centradas en los posibles generadores de dolor para intentar eliminarlos. Algunos ejemplos son las inyecciones: p. ej., periféricas, de tejidos blandos, intraarticulares, neuroaxiales; analgesia controlada por el paciente por vía intravenosa, sublingual, oral o epidural; analgesia intratecal; analgesia por bloqueo de nervios periféricos principales; analgesia de plexos; bloqueo de nervios paravertebrales; bloqueo de planos; estimulación eléctrica (p. ej., neuroestimulación eléctrica percutánea); electroacupuntura; técnicas ablativas; químicas, eléctricas o térmicas; neuromodulación; estimulación de la médula espinal; estimulación de los ganglios de la raíz posterior; estimulación magnética transcraneal profunda del cerebro, de la corteza motora; epiduroscopia.

Terapia manual: Movimientos hábiles de las manos y movimientos pasivos hábiles de las articulaciones y los tejidos blandos. Algunos ejemplos son el masaje, la manipulación y la movilización.

Terapias dirigidas a la participación: Promover la participación en actividades cotidianas relacionadas con el trabajo, el autocuidado, la productividad y el ocio.

Educación del paciente: Todo consejo, formación o información dada por un profesional sanitario para mejorar la comprensión del paciente sobre su dolor o el tratamiento adecuado. Incluye consejos sobre mantenerse físicamente activo, la reincorporación gradual a las actividades, el ritmo, la gestión de la carga (como la educación sobre los productos de ayuda adecuados), un estilo de vida saludable, consejos sobre cómo manejar uno mismo el dolor y cómo afrontarlo, el pronóstico, educación sobre el manejo del dolor, educación sobre la ciencia del dolor. El asesoramiento puede prestarse de cualquier modo (verbal, escrito, mediante tecnología o una combinación de los tres).

Farmacoterapia: Cualquier analgésico administrado por cualquier vía y dosis, incluidos los tratamientos complementarios.

Se trata de antiinflamatorios no esteroideos, el paracetamol, los antidepresivos, los anticonvulsivos, los opioides, los corticosteroides y los relajantes musculares. Algunos pueden tomarse por vía oral, otros por inyección y otros por aplicación cutánea.

Psicoterapia o terapia psicológica: Tratamiento psicológico o psicoterapéutico que ofrece un contenido psicológico reconocible para modificar pensamientos, emociones, comportamientos y procesos corporales. Algunos ejemplos son la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia conductual (TC) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT).

Cirugía: Uso de técnicas operativas manuales e instrumentales en una persona para tratar o corregir anomalías anatómicas que se supone que afectan al dolor. Algunos ejemplos son la artroscopia articular [laparoscopia] (desbridamiento ± sinovectomía ± condroplastia), la artroplastia articular, la sustitución articular, la cirugía percutánea frente a la cirugía abierta, la rizotomía, la tenotomía, la radiocirugía, la cordotomía, las ablaciones guiadas por RM, ecografía o láser, las técnicas quirúrgicas estereotácticas y otras técnicas quirúrgicas del SNC para el tratamiento del dolor.

Termoterapia: Aplicación de calor o frío en articulaciones o músculos para mejorar los síntomas de la artrosis; para ello se pueden usar compresas, toallas, cera, etc. El calor puede mejorar la circulación y relajar los músculos, mientras que el frío puede anestesiar y notar menos el dolor, reducir la hinchazón, contraer los vasos sanguíneos y bloquear los impulsos nerviosos que viajan hasta la articulación.

Autocuidado y automanejo del dolor

Las personas que padecen dolor pasan la mayor parte de su vida fuera del sistema sanitario y es en este contexto en el que gestionan cada día las consecuencias del dolor en sus vidas. El autocuidado o automanejo del dolor de forma eficaz es un recorrido educativo que requiere ayuda y dominar muchos aspectos, entre ellos: hacer frente a los brotes/exacerbaciones de los síntomas, saber cuándo consultar a un profesional sanitario, tomar decisiones sobre pruebas y tratamientos, crear o mantener estrategias de afrontamiento positivas que incluyan la gestión del estrés y el sueño, la actividad física y el compromiso social. Un factor clave para el éxito del automanejo es fomentar la confianza o autoeficacia de las personas para manejar el dolor y su impacto en sus vidas. En la actualidad, carecemos de una definición clara de lo que es un buen automanejo y autocuidado. Los profesionales sanitarios tienen que prepararse mejor para ayudar a las personas con dolor a lograr un automanejo con confianza. Se trata de una buena capacidad de escucha y comunicación, así como facilitar información sobre el automanejo a las personas en las primeras fases del proceso del dolor para ayudar a prevenir el dolor crónico o evitar sus efectos negativos. Un reto crucial que requiere atención urgente es garantizar que las personas que sufren dolor —independientemente de dónde resida o de sus ingresos— puedan acceder fácilmente a programas u opciones de automanejo asequibles.

Tipos de enfermedades con dolor

Existen muchos tipos de afecciones con dolor. A continuación encontrará una lista de varios tipos de dolor, junto con información sobre qué es el dolor, cómo puede diagnosticarse y otra información útil. Las afecciones enumeradas tienen una carga muy elevada.

Cabe señalar que esta lista no es exhaustiva y no abarca todas las afecciones con dolor agudas y crónicas.

También cabe señalar que, aunque todas las afecciones tienen su clasificación individual, es frecuente que las personas presenten más de una afección y probablemente cumplan los criterios diagnósticos de varias. En tal, la evaluación y el tratamiento pueden resultar difíciles debido a la consideración de qué afección es la causa primaria, o si todas las afecciones comparten una patología subyacente. Hay que tener en cuenta este complejo entramado de enfermedades concomitantes.

Cuando ha sido posible, hemos presentado datos que reflejan la incidencia y la prevalencia de las afecciones relacionadas con el dolor en Europa. Puede consultar la lista completa de enfermedades con dolor agudo o crónico en el sitio web oficial de la CIE-11.

Dolor osteomuscular

En qué consiste: El dolor que se presenta en zonas formadas por huesos, músculos, articulaciones o tejidos blandos relacionados se considera dolor osteomuscular. Las afecciones más frecuentes con dolor osteomuscular son la lumbalgia, el dolor de cervicales, el dolor de cadera y de rodilla secundario a la artrosis, el dolor de hombro y el dolor en varias partes del cuerpo.

Prevalencia: Se calcula que afecta a 1710 millones de personas en todo el mundo y es la principal causa de discapacidad en Europa y en el resto del mundo. También es la enfermedad que más contribuye a los años vividos con discapacidad (AVD), por encima de la salud mental, la diabetes y el cáncer (aproximadamente 149 millones de AVD, lo que representa el 17% de todos los AVD). La artrosis, el tipo más común de artritis, afecta a más de 40 millones de personas en toda Europa. El riesgo durante toda la vida es del 45% para la artrosis de rodilla y del 25% para la de cadera. La artrosis es la causa de discapacidad de más rápido crecimiento en todo el mundo. La lumbalgia es la afección con dolor osteomuscular más frecuente e incapacitante. En Europa, la mayor tasa de prevalencia estandarizada por edad por cada 100 000 personas para el dolor lumbar se da en Europa Central (12 800; 11 500-14 400), seguida de Europa del Este (11 200; 10 100-12 500) y Europa Occidental (9540; 8510-10 700). Se prevé que en 2050 más de 800 millones de personas sufrirán lumbalgia en todo el mundo.

Opciones de tratamiento: El tratamiento puede consistir en la educación del paciente (por ejemplo, sobre factores de riesgo, automanejo), farmacoterapia (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos), fisioterapia, terapias psicológicas, tratamiento intervencionista del dolor (por ejemplo, inyecciones), cirugía, terapia manual (por ejemplo, masajes), medicina complementaria y alternativa, termoterapia (por ejemplo, calor) y ergoterapia y terapia social.

Posibles enfermedades concomitantes: El dolor osteomuscular y la discapacidad que conlleva se asocian a menudo con dolor en varias partes del cuerpo, la obesidad, los trastornos de salud mental (por ejemplo, la depresión) y los trastornos del sueño (por ejemplo, insomnio).

“ Testimonio de una persona que ha experimentado el dolor ”

- **Nombre:** Anónimo
- **Edad:** 76
- **Nacionalidad:** Rumana
- **Nombre de la enfermedad/dolor:** Artrosis grave
- **¿Cuánto tiempo lleva padeciendo dolor y cómo empezó?** 15 años. Sentía un dolor insoportable alrededor de la rotula de ambas piernas y sin analgésicos no podía subir ni bajar las escaleras. A veces, el dolor se manifestaba incluso estando tumbada.
- **¿Cómo describiría las sensaciones de dolor que experimenta (por ejemplo, ardor, punzadas, entumecimiento, molestias, pinchazos, escozor, etc.)?** Punzadas, dolor al caminar y/o al bajar las escaleras y, estando tumbada, pinchazos seguidos de entumecimiento.
- **¿Cómo afecta el dolor a su día a día?** Mi calidad de vida disminuyó considerablemente. De ser una mujer extremadamente enérgica, tuve que bajar el ritmo hasta el punto de tener que caminar con bastón. Hace que me sienta triste y que tenga mucha ansiedad.
- **¿Cómo controla y/o trata su dolor?** Con analgésicos y desde hace cuatro años, con inyecciones en ambas rodillas. Rechacé la operación de sustitución de las rodillas por miedo.
- **¿Cuál es el mayor reto al que se enfrenta al vivir con esta enfermedad?** La movilidad y no sentir estrés.
- **¿Cómo afecta el dolor a su estado de ánimo y a su salud mental?** Sí, afecta. Siento ansiedad y tristeza y no logro disfrutar de la vida diaria como antes.

Dolor neuropático y ejemplos

En qué consiste: El dolor neuropático está causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensitivo. Los síntomas más comunes son dolores punzantes, quemantes o punzantes localizados o difusos. El dolor neuropático puede ser de naturaleza central (por ejemplo, después de un ictus o esclerosis múltiple) o periférica (por ejemplo, neuralgia del trigémino, neuropatía diabética periférica, dolor de espalda, posquirúrgico, posherpético).

Prevalencia: El dolor neuropático afecta aproximadamente al 7-10% de la población. En el caso del herpes zóster (culebrilla), el riesgo estimado actual durante toda la vida en Europa es del 23-30%, con un riesgo declarado de recurrencia durante toda la vida de <5%. En cuanto a la neuralgia postherpética (dolor neuropático residual tras el herpes zóster), la desarrollan entre el 10 y el 30% de los pacientes; esta cifra aumenta hasta el 60-70% cuando los pacientes tienen 60 años. En cuanto a la ciática (dolor irradiado en la pierna causado por la inflamación o compresión de las raíces nerviosas lumbosacras (L4-S1) que forman el nervio ciático), la prevalencia varía según los estudios. En un estudio de atención primaria realizado en el Reino Unido (609 pacientes), aproximadamente el 60% de los pacientes con dolor de espalda y piernas fueron diagnosticados clínicamente de ciática. El dolor del miembro fantasma (sensaciones dolorosas en algún miembro ausente) se produce en el 50-80% de los amputados. En cuanto a la polineuropatía diabética dolorosa, la prevalencia no está bien establecida; pero según los datos disponibles, la prevalencia del dolor es del 10 al 20% en los pacientes con diabetes y del 40 al 50% en los que padecen neuropatía diabética. En un estudio realizado en Italia (816 pacientes), el 36% presentaba una polineuropatía diabética asociada al sexo masculino, la edad y la gravedad de la diabetes.

Opciones de tratamiento: Las opciones de tratamiento incluyen enfoques farmacológicos y no farmacológicos, como la educación del paciente, la educación de apoyo, la farmacoterapia, fisioterapia, las terapias psicológicas, el tratamiento intervencionista del dolor, la cirugía, la terapia manual, los productos de ayuda y la ergoterapia y la terapia social. Los opioides deben reservarse para los pacientes que no respondan a alternativas terapéuticas con menor riesgo de efectos adversos. La vacuna contra el herpes zóster puede administrarse para prevenir la incidencia de la neuralgia postherpética (dolor nervioso que persiste después de superar un brote de herpes zóster).

Prevención: Se puede administrar la vacuna contra el herpes zóster para prevenir la incidencia de la neuralgia postherpética (es un dolor de origen neural (neuralgia) que persiste después de haberse curado de un brote de herpes zóster).

Posibles enfermedades concomitantes: Entre las posibles enfermedades concomitantes del dolor neuropático se incluyen la depresión, los trastornos del sueño y el estado de ánimo depresivo o la ansiedad. Estas enfermedades concomitantes dificultan que el paciente pueda disfrutar, ya que repercuten negativamente en su funcionalidad y en la calidad de vida.

“ Testimonio de una persona que ha experimentado el dolor ”

- **Nombre:** Ruth Fitzmaurice
- **Edad:** 52
- **Nacionalidad:** Irlandesa

- **Nombre de la enfermedad/dolor:** Varias afecciones dolorosas: Dolor neuropático, espina bífida, escoliosis, síndrome del intestino irritable (SII), endometriosis y dolor bucofacial.

- **¿Cuánto tiempo lleva padeciendo dolor y cómo empezó??** 38 años. Nací con espina bífida y me operaron al día siguiente de nacer. Los dolores empezaron a los 14 años, cuando empecé a estudiar. Por desgracia, el dolor ha progresado desde entonces y ahora vivo con dolor a tiempo completo.

- **¿Cómo describiría las sensaciones de dolor que experimenta (por ejemplo, ardor, punzadas, entumecimiento, molestias, pinchazos, escozor, etc.)?** El dolor normal del día a día lo he descrito como ardor y molestias. Cuando tengo un brote suele ser punzante y similar a sentir pinchazos.

- **¿Cómo afecta el dolor a su día a día?** A medida que he ido envejeciendo, el dolor ha ido afectando cada vez más a mi vida. Ahora, a los 52 años, ya no puedo trabajar y mis actividades vienen dictadas por los niveles de dolor. Intento pasear por la playa todos los días, voy a la piscina a hacer fisioterapia normalmente dos o tres veces por semana, esas dos actividades son constantes en mi vida, todo lo demás depende del nivel de dolor que tenga.

- **¿Cómo controla y/o trata su dolor?** Yo controlo mi dolor con una combinación de positivismo y mindfulness y con la menor medicación posible. Durante años he tomado todos los medicamentos, como los basados en opioides, complementados con antiinflamatorios. Mi elección personal fue dejar de tomar la medicación y ese fue el punto en el que tuve que dejar de trabajar, desgraciadamente se convirtió en una cuestión de calidad de vida. Ahora tomo dos pastillas cada día, son una combinación de antiinflamatorio y analgésico, e intento salir del paso con esas dos pastillas y nada más. La positividad y el mindfulness desempeñan un papel muy importante en mi vida y, sin ellas, volvería a caer en la espiral de la medicación.

- **¿Cuál es el mayor reto al que se enfrenta al vivir con esta enfermedad?** Miedo al futuro. Miedo a lo desconocido. Miedo a empeorar.

- **¿Cómo afecta el dolor a su estado de ánimo y a su salud mental?** Hago todo lo que está en mi mano para que el dolor no afecte a mi estado de ánimo ni a mi salud mental. Hago todo lo posible por darle un giro positivo al dolor, ya sea en el día a día o en un brote.

Dolor oncológico

En qué consiste: El dolor oncológico es el causado por el tumor primario o las metástasis. Las causas del dolor oncológico son el propio tumor o la inflamación o erosión de huesos, vísceras o nervios por sus metástasis. También puede incluir el dolor relacionado con el daño tisular o nervioso inducido por los tratamientos oncológicos. Debe hacerse un seguimiento riguroso del dolor en los supervivientes de cáncer, ya que los cambios en el dolor pueden indicar recurrencia de la neoplasia inicial. Gran parte de este tipo de dolor puede estar causado por tratamientos oncológicos como la cirugía, que puede provocar dolor neuropático crónico, neuropatía periférica inducida por la quimioterapia, neuropatía periférica inducida por la radioterapia. A medida que aumenta la proporción de pacientes que afortunadamente sobreviven al cáncer, el impacto del tratamiento oncológico se hace más visible.

Prevalencia: El dolor es uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes con cáncer en el momento del diagnóstico. Aproximadamente el 30-40% de los supervivientes de cáncer sufren dolor crónico. Cada año mueren por cáncer 1,7 millones de pacientes europeos, de los cuales al menos el 66% experimentará dolor antes de morir y el 55% sufrirá dolor de intensidad moderada a grave.

Opciones de tratamiento: Las opciones de tratamiento incluyen farmacoterapia (por ejemplo, analgesia simple, antiinflamatorios no esteroideos, opioides, antidepresivos, corticosteroides, anticuerpos monoclonales, radioterapia, quimioterapia), educación, cirugía, fisioterapia, terapias psicológicas (incluido el apoyo espiritual), tratamiento intervencionista del dolor (por ejemplo, bloqueos nerviosos), ergoterapia y terapia social. A veces puede resultar difícil distinguir entre tratamientos específicos para el cáncer y tratamientos específicos para el dolor. Por ejemplo, la radioterapia puede ser curativa o un tratamiento contra el dolor.

Posibles enfermedades concomitantes: La evaluación clínica debe distinguir entre el dolor oncológico, el dolor del tratamiento oncológico y el dolor de las enfermedades concomitantes. Las enfermedades concomitantes que afectan al dolor pueden ser: enfermedades crónicas, cirugía, traumatismos, estado de ánimo, cogniciones, trastornos por consumo de sustancias y medicación.

“ Testimonio de una persona que ha experimentado el dolor ”

- **Nombre:** Ernesto Carreiro
- **Edad:** 72
- **Nacionalidad:** Portugal

- **Nombre de la enfermedad/dolor:** Dolor oncológico

- **¿Cuánto tiempo lleva padeciendo dolor y cómo empezó??** 10 años. Empezó antes del diagnóstico.

- **¿Cómo describiría las sensaciones de dolor que experimenta (por ejemplo, ardor, punzadas, entumecimiento, molestias, pinchazos, escozor, etc.)?** Escozor y punzadas.

- **¿Cómo afecta el dolor a su día a día?** Debilidad, como menos aunque tengo apetito, pérdida de peso, duermo mal.

- **¿Cómo controla y/o trata su dolor?** Medicamentos orales

- **¿Cuál es el mayor reto al que se enfrenta al vivir con esta enfermedad?** Falta de voluntad para las actividades del día a día, pérdida de fuerzas para hacer mis actividades cotidianas.

- **¿Cómo afecta el dolor a su estado de ánimo y a su salud mental?** Afecta; frustración por no poder realizar mis actividades del día a día.

Cefalea y dolor bucofacial

En qué consiste: La cefalea o el dolor bucofacial se definen como cefaleas o dolor bucal o facial. Los síntomas crónicos son aquellos que se producen durante más de dos horas al día al menos el 50% de los días durante los últimos 3 meses. Los síntomas varían desde un dolor leve y una disfunción mandibular que pueden resolverse con el tiempo, hasta afecciones crónicas de dolor intratable y limitaciones en la función mandibular que son gravemente debilitantes.

Prevalencia: La cefalea crónica (15 o más días al mes durante al menos 3 meses) es una de las principales causas de dolor y discapacidad. La migraña crónica afecta a alrededor del 1-4% de la población y la cefalea tensional crónica a alrededor del 2,2%. Aproximadamente el 25-50% de los afectados también padecen cefalea por un uso excesivo de la medicación, que tiene una prevalencia poblacional del 1%. El dolor de la articulación temporomandibular afecta aproximadamente al 31% de los adultos y al 11% de los niños y adolescentes.

Opciones de tratamiento: Las opciones de tratamiento son: educación del paciente, educación de apoyo, farmacoterapia, tratamiento intervencionista (por ejemplo, inyecciones), ejercicio, terapia psicológica (por ejemplo, relajación, bioautorregulación), termoterapia, electroterapia y terapia social y ergoterapia. La intervención quirúrgica también puede estar indicada cuando la terapia no quirúrgica resulta ineficaz.

Posibles enfermedades concomitantes: Los afectados presentaban con mayor frecuencia cefaleas, alergias, depresión, cansancio extremo, artritis degenerativa, fibromialgia, trastornos autoinmunitarios, apnea del sueño y molestias gastrointestinales.

“ Testimonio de una persona que ha experimentado el dolor ”

- **Nombre:** Anónimo
- **Edad:** 62
- **Nacionalidad:** Belga
- **Nombre de la enfermedad/dolor:** Dolor bucofacial.
- **¿Cuánto tiempo lleva padeciendo dolor y cómo empezó??** 3 años. Empezó con un quiste contra el hueso nasal en la región de los incisivos 21-22 superiores. Cuando se extirpó el quiste había daños óseos. Llevo 3 años viviendo con dolor.
- **¿Cómo describiría las sensaciones de dolor que experimenta (por ejemplo, ardor, punzadas, entumecimiento, molestias, pinchazos, escozor, etc.)?** Dolor ardiente.
- **¿Cómo afecta el dolor a su día a día?** Dolor ardiente constante, pero especialmente después de comer, beber, etc.
- **¿Cómo controla y/o trata su dolor?** Cepillándome los dientes y haciendo enjuagues bucales después con productos especiales y, a veces, tomando antiinflamatorios.
- **¿Cuál es el mayor reto al que se enfrenta al vivir con esta enfermedad?** Falta de voluntad para las actividades del día a día, pérdida de fuerzas para hacer mis actividades cotidianas. Comer se ha convertido en un infierno, ya no puedo saborear la comida.
- **¿Cómo afecta el dolor a su estado de ánimo y a su salud mental?** N/D

Dolor posquirúrgico

En qué consiste: Dolor posterior a una intervención quirúrgica. El dolor posquirúrgico crónico se define como el dolor crónico que se desarrolla o aumenta de intensidad tras una intervención quirúrgica o una lesión tisular, y persiste más allá del proceso de curación esperado. La fisiopatología del dolor postoperatorio es única, y las consecuencias son específicas de cada persona. El dolor suele estar localizado en la zona de la intervención quirúrgica o difuso en patrones dermatómicos y deben excluirse otras causas, como afecciones preexistentes o infecciones.

Prevalencia: Del mayor ensayo prospectivo europeo sobre este tema se desprende que alrededor del 10% de los pacientes desarrollan este tipo de dolor tras la intervención quirúrgica (con muchas diferencias entre cirugías). En otro estudio se observó que tres meses o más después de la intervención, el 40,4% afirmaba tener dolor. El 18,3% de las personas afirmaron sentir dolor moderado o intenso. Existen grandes discrepancias en la notificación del dolor crónico postquirúrgico, por lo que se presupone que estas cifras pueden variar.

Opciones de tratamiento: Las opciones de tratamiento son la educación del paciente, la educación de apoyo, la farmacoterapia, la electroterapia, el ejercicio y las psicoterapias.

Posibles enfermedades concomitantes: Los pacientes con dolor crónico preoperatorio, especialmente en la zona quirúrgica, tienen un mayor riesgo de desarrollar dolor crónico postquirúrgico. También deben tenerse en cuenta los factores de riesgo psicológicos, como la angustia psicológica, la ansiedad, la catastrofización, la disminución de la capacidad para afrontar el dolor, la depresión y la hipervigilancia.

“ Testimonio de una persona que ha experimentado el dolor ”

- **Nombre:** Koert Hommel
- **Edad:** 49
- **Nacionalidad:** Holandesa

- **Nombre de la enfermedad/dolor:** Dolor de espalda; síndrome de la espalda fallida; y dolor neuropático.

- **¿Cuánto tiempo lleva padeciendo dolor y cómo empezó??** 10 años. Cuando estudiaba en la Universidad BUAS, en 1993, tuve lumbalgia por primera vez. En realidad, la «espalda» no era el principal problema, sino el dolor irradiado en la pierna izquierda. En 2013 este dolor volvió y desde entonces nunca se ha ido.

- **¿Cómo describiría las sensaciones de dolor que experimenta (por ejemplo, ardor, punzadas, entumecimiento, molestias, pinchazos, escozor, etc.)?** El dolor que siento es punzante, a veces ardiente, a veces como un escozor. Varía, pero nunca se me va del cuerpo.

- **¿Cómo afecta el dolor a su día a día?** El dolor repercute en todas las facetas de la vida. Por supuesto, este impacto varía, pero afecta a mi trabajo (voluntario), aficiones, relaciones, familia, deportes..., todo cambia.

- **¿Cómo controla y/o trata su dolor?** Tras una larga, penosa y agotadora búsqueda de tratamiento, descubrí el «enfoque multidisciplinar del dolor crónico». Ese conocimiento provocó un cambio en mi forma de pensar. Ahora hago mucho trabajo voluntario y toco el piano.

- **¿Cuál es el mayor reto al que se enfrenta al vivir con esta enfermedad?** No poder tener un trabajo remunerado, mantener los límites (sobre todo para mí mismo), gestionar el impacto del dolor en los demás, mi propia impaciencia con el dolor.

- **¿Cómo afecta el dolor a su estado de ánimo y a su salud mental?** Por supuesto, afecta. Sufrir dolor todos los días es el mejor deporte. Físicamente, pero sin duda también mentalmente. El capricho te deja mentalmente inestable.

Dolor visceral

En qué consiste: Dolor en los órganos internos torácicos, pélvicos o abdominales. La localización del dolor puede coincidir con patrones de derivación típicos de órganos internos.

Prevalencia: El dolor visceral crónico representa una parte importante de todas las formas de dolor crónico, según se demuestra en diferentes estudios epidemiológicos. Hasta un 25% de la población afirma haber sufrido dolor visceral en algún momento, lo que conlleva importantes costes sanitarios.

Opciones de tratamiento: Las opciones de tratamiento son: la educación del paciente (por ejemplo, en relación con la dieta y el estilo de vida), educación de apoyo, farmacoterapia, ejercicio (por ejemplo, estiramientos), terapias manuales (por ejemplo, masajes), enfoques intervencionistas (por ejemplo, neuromodulación y bloqueos nerviosos), psicoterapias (por ejemplo, terapia cognitivo-conductual) y cirugía.

Posibles enfermedades concomitantes: La fibromialgia suele observarse simultáneamente con varios trastornos de dolor visceral. También es probable que el paciente presente múltiples síndromes de dolor visceral o dolor visceral crónico y otros síndromes de dolor crónico no relacionados con las vísceras.

“ Testimonio de una persona que ha experimentado el dolor ”

- **Nombre:** Anónimo
- **Edad:** 40
- **Nacionalidad:** Irlandesa
- **Nombre de la enfermedad/dolor:** Endometriosis
- **¿Cuánto tiempo lleva padeciendo dolor y cómo empezó??** 19 años. Comenzó gradualmente, los síntomas se intensificaron durante varios meses hasta que necesité atención hospitalaria de urgencia por sospecha de apendicitis que resultó ser una torsión ovárica debida a endometriosis y síndrome de ovario poliquístico.
- **¿Cómo describiría las sensaciones de dolor que experimenta (por ejemplo, ardor, punzadas, entumecimiento, molestias, pinchazos, escozor, etc.)?** Dolor ardiente, agudo e intenso.
- **¿Cómo afecta el dolor a su día a día?** La mayoría de los días puedo arreglármelas, hay 3 días al mes en los que no puedo hacer nada, ni salir de casa.
- **¿Cómo controla y/o trata su dolor?** Almohadillas térmicas, analgésicos, reflexología, cinesiología, terapia craneosacral.
- **¿Cuál es el mayor reto al que se enfrenta al vivir con esta enfermedad?** No puedo planificar mi vida en absoluto, me preocupa constantemente qué planes puedo hacer de forma realista en caso de exacerbación de la endometriosis y tenga que recluirme en casa.
- **¿Cómo afecta el dolor a su estado de ánimo y a su salud mental?** A veces, es muy desmoralizador estar tan limitada y es deprimente perderse acontecimientos y actividades de la vida cuando hay una exacerbación de la endometriosis.

Trastornos funcionales por dolor

En qué consiste: Los trastornos funcionales por dolor (o trastornos somatomorfos funcionales inespecíficos) pueden hacer referencia a molestias que no pueden clasificarse como pertenecientes a una enfermedad específica que afecta a un órgano, o a un sistema de órganos, que persiste durante al menos 6 meses. Algunos ejemplos comunes son el síndrome del intestino irritable (SII; un trastorno gastrointestinal funcional caracterizado por dolor abdominal recurrente asociado a cambios en la frecuencia y forma de las deposiciones, sin causa patológica u orgánica subyacente conocida) y los trastornos temporomandibulares (TTM, un grupo de afecciones clínicas que afectan a los músculos masticadores, a la articulación temporomandibular o a ambos).

Prevalencia: El SII afecta hasta al 18% de los adultos en los países occidentales, predominantemente mujeres, sobre todo entre quienes acuden a los servicios sanitarios. Se calcula que la prevalencia global de los TTM es del 31% en adultos y ancianos y del 11% en niños y adolescentes; el TTM más frecuente es el desplazamiento discal con reducción (aproximadamente el 41% de las personas con TTM), en comparación con el desplazamiento discal sin reducción.

Opciones de tratamiento: Las opciones de tratamiento son: la educación del paciente (en relación con los factores de riesgo), la educación de apoyo, la farmacoterapia, las psicoterapias (por ejemplo, control del estrés, relajación, terapia cognitivo-conductual), la fisioterapia, la electroterapia, la termoterapia, la terapia manual y la ergoterapia y la terapia social.

Posibles enfermedades concomitantes: Algunas afecciones asociadas al SII son los trastornos gastrointestinales, como la dispepsia funcional, la enfermedad por reflujo gastroesofágico, el estreñimiento funcional junto con la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica y el dolor pélvico crónico. Algunos ejemplos de enfermedades concomitantes relacionadas con los TTM son, entre otros: fibromialgia, hipermovilidad articular sistémica, artritis idiopática juvenil, acúfenos, trastorno por estrés postraumático, artrosis sistémica, neuralgia del trigémino, dolor facial atípico y migrañas.

“ Testimonio de una persona que ha experimentado el dolor ”

- **Nombre:** Kaat Cleenewerck
- **Edad:** 57
- **Nacionalidad:** Belga
- **Nombre de la enfermedad/dolor:** Varias afecciones dolorosas: Síndrome del intestino irritable (SII), lumbalgia y ciática.
- **¿Cuánto tiempo lleva padeciendo dolor y cómo empezó??** Lumbalgia y SII: 25 años; dolor neuropático: 12 años; y dolor ciático: 2 años.
- **¿Cómo describiría las sensaciones de dolor que experimenta (por ejemplo, ardor, punzadas, entumecimiento, molestias, pinchazos, escozor, etc.)?** Una combinación de dolor, punzadas, entumecimiento.
- **¿Cómo afecta el dolor a su día a día?** Es una discapacidad invisible, incapacita para las actividades cotidianas normales y las cosas que se hacen por placer. El dolor crónico es muy agotador. A media tarde, estoy extremadamente exhausta y ya no puedo hacer ninguna actividad física.
- **¿Cómo controla y/o trata su dolor?** Todo lo que a mí y a los cuidadores se nos ocurre: mantenerme activa a pesar del fuerte dolor, lo que significa pasear a diario o hacer recados, trabajos domésticos suaves; estiramientos diarios y yoga suave, fisioterapia, punción seca, acupuntura, masajes (cuando puedo permitírmelos), tratamientos en la clínica del dolor: infiltraciones, radiofrecuencia (denervación nerviosa); medicación: analgésicos (medio) fuertes; más recientemente: cannabis medicinal (que es increíblemente útil).
- **¿Cuál es el mayor reto al que se enfrenta al vivir con esta enfermedad?** He vivido sola la mayor parte de mi vida adulta, por lo que he tenido que soportar sola el dolor crónico en el día a día, ya que no cuento con el apoyo de mi familia y apenas de mis amigos. Dificultades económicas, ya que los llamados «remedios alternativos» son bastante caros. Esto también conlleva un estrés adicional. Únicamente apoyo profesional (por suerte, muy bueno). Incluso con ellos, a menudo siento que «subestiman» el nivel de dolor con el que estoy lidiando.
- **¿Cómo afecta el dolor a su estado de ánimo y a su salud mental?** ¡Extremadamente! Al ser una persona bastante vulnerable desde el punto de vista psiquiátrico (desde la adolescencia), tener dolor crónico afecta enormemente a mi salud mental. La soledad pesa mucho y puede ser terrible por momentos. Vivir con dolor crónico puede desencadenar mi depresión crónica y hacerla muy presente durante un periodo determinado. En el pasado, el dolor (entre otros muchos problemas) contribuyó a una adicción al alcohol, que —¡por suerte!— he podido superar. Eso ha tenido una gran repercusión en la mejora de mi salud mental.

Dolor crónico generalizado

En qué consiste: El dolor crónico generalizado (DCG) es un dolor que se presenta de forma difusa en al menos 4 de las 5 regiones corporales y en al menos 3 cuadrantes corporales (superior-inferior-izquierdo-derecho del cuerpo) y del esqueleto axial (cuello, espalda, tórax y abdomen). Se suele clasificar como dolor osteomuscular. Los síntomas son, entre otros, dolor persistente durante al menos tres meses junto con signos de discapacidad funcional o angustia emocional. Un ejemplo común es la fibromialgia, una enfermedad caracterizada por dolor crónico generalizado, problemas de sueño (incluido el sueño no reparador), agotamiento físico y dificultades cognitivas.

Prevalencia: La prevalencia de personas que declaran síntomas de fibromialgia oscila entre el 2 y el 4% en la población general, pero el número de personas a las que se les diagnostica la enfermedad es significativamente inferior. Esto se debe a que la etiqueta de diagnóstico relacionada con el dolor crónico generalizado es muy controvertida, y aún no se ha llegado a un consenso sobre los criterios y las etiquetas del diagnóstico.

Opciones de tratamiento: Los tratamientos son: educación del paciente, educación de apoyo, farmacoterapia, fisioterapia, terapias psicológicas, terapias manuales, termoterapia, electroterapia, ergoterapia y terapia social.

Posibles enfermedades concomitantes: Es difícil concluir las causas de esta afección, pero algunos factores contribuyentes pueden ser la obesidad, la diabetes, la depresión, la ansiedad, la migraña, el síndrome del intestino irritable, el síndrome de fatiga crónica, el lupus eritematoso sistémico y la artritis reumatoide.

“ Testimonio de una persona que ha experimentado el dolor ”

- **Nombre:** Tristan Vandepuuten
- **Edad:** 27
- **Nacionalidad:** Belga

- **Nombre de la enfermedad/dolor:** Fibromialgia y distonía

- **¿Cuánto tiempo lleva padeciendo dolor y cómo empezó??** 11 años. Empezó con la gripe en un momento de estrés. Sigo viviendo con dolor. Día tras día. Al cabo de 3 años y muchos médicos me diagnosticaron distonía, dolor crónico.

- **¿Cómo describiría las sensaciones de dolor que experimenta (por ejemplo, ardor, punzadas, entumecimiento, molestias, pinchazos, escozor, etc.)?** Como si me pusieran del revés, constantemente.

- **¿Cómo afecta el dolor a su día a día?** Apenas puedo sobrevivir, tengo una enfermedad progresiva.

- **¿Cómo controla y/o trata su dolor?** No lo llevo muy bien. Tocar música y la guitarra me alivian un poco. Terapia Bobath, relajación, terapia respiratoria, baños calientes, pasear, escuchar audiolibros, cabina de infrarrojos y medicamentos como anestésicos locales, opioides y antidepresivos.

- **¿Cuál es el mayor reto al que se enfrenta al vivir con esta enfermedad?** Hacer cosas sencillas.

- **¿Cómo afecta el dolor a su estado de ánimo y a su salud mental?** Afecta el aislamiento, no tener una vida normal y sentir que no hay futuro porque no hay mucha ayuda por falta de investigación.

Síndromes de dolor regional complejo, tipos I y II

En qué consiste: El síndrome de dolor regional complejo (SDRC) es una enfermedad dolorosa que afecta a una extremidad, asociada a anomalías sensoriales, motoras, autonómicas, cutáneas y óseas. Los síntomas se manifiestan de forma diferente en cada persona. Las anomalías óseas incluyen osteoporosis localizada en partes de la extremidad afectada, que suele resolverse espontáneamente. Las anomalías cutáneas incluyen cambios reversibles en la textura o el aspecto de la piel, por ejemplo, la piel puede tener un aspecto fino o brillante. En casi todos los casos, el SDRC se desencadena por un traumatismo en una extremidad. El SDRC puede aparecer incluso tras lesiones muy leves. En el 7% de los casos, no hay lesión y el SDRC aparece espontáneamente.

El SDRC afecta tanto a hombres como a mujeres, pero las mujeres se ven afectadas con más frecuencia. Puede afectar a personas de cualquier grupo de edad, incluidos los niños; afecta con mayor frecuencia a mujeres u hombres mayores de 40 años. Pueden observarse dos tipos de esta afección, que inicialmente tienen el mismo aspecto a) Alrededor del 80% de los pacientes tienen un buen pronóstico. Su afección mejorará. A este tipo de SDRC puede contribuir la inflamación de la extremidad afectada. b) En aproximadamente el 20% de los pacientes el dolor persistirá. Esto significa que el dolor no mejora mucho, hagamos lo que hagamos. Pruebas recientes apuntan a que en estos pacientes una reacción autoinmunitaria puede ser el origen de la enfermedad.

Para mayor claridad, en la bibliografía el SDRC de «tipo 1» o de «tipo 2» se refiere al SDRC sin lesión en un nervio principal (tipo 1) o con lesión en dicho nervio (tipo 2, este es poco frecuente). Investigaciones recientes han demostrado que esta clasificación no aporta mucho a la comprensión científica ni a la práctica clínica, y el tratamiento de estos dos «tipos» es bastante similar. Es diferente de los dos tipos a) y b) comentados anteriormente.

Prevalencia: En la población general, entre 20 y 26 personas de cada 100 000 desarrollarán SDRC al año. La prevalencia del SDRC es difícil de determinar; sin embargo, se presenta de forma aguda en aproximadamente el 7% de los pacientes con alguna fractura de extremidades, cirugía de extremidades u otros acontecimientos como esguinces y cirugía electiva.

Posibles enfermedades concomitantes: Los factores emocionales relacionados con el SDRC pueden tener un mayor impacto en la intensidad del dolor que en las afecciones dolorosas no relacionadas con el SDRC, por lo que es importante tener en cuenta la presencia de otras enfermedades psicológicas.

Opciones de tratamiento: Las opciones de tratamiento son: educación del paciente, educación de apoyo, farmacoterapia, fisioterapia, psicoterapia (por ejemplo, imágenes motoras graduadas, entrenamiento en caja de espejos), manejo intervencionista, terapias para mejorar el flujo sanguíneo como la termoterapia y la electroterapia, ergoterapia y terapia social. El ejercicio gradual en particular, ayuda a i) reducir la intensidad del SDRC, ii) acortar la duración de este tipo de SDRC, iii) minimizar los problemas de secuelas y iv) cuando se aplica muy pronto después del traumatismo, puede prevenir la aparición de este tipo de SDRC. Puede ser necesario fomentar la atención consciente a la extremidad animando a mirar, pensar, tocar y volver a conectar con la extremidad antes de realizar cualquier movimiento. Los espejos pueden utilizarse para resaltar y corregir el control del movimiento.

“ Testimonio de una persona que ha experimentado el dolor ”

- **Nombre:** Juergen Werner
- **Edad:** 56
- **Nacionalidad:** Alemana
- **Nombre de la enfermedad/dolor:** Síndrome de dolor regional crónico de tipo II.
- **¿Cuánto tiempo lleva padeciendo dolor y cómo empezó??** Desde 2021. Empezó después de una operación de túnel carpiano.
- **¿Cómo describiría las sensaciones de dolor que experimenta (por ejemplo, ardor, punzadas, entumecimiento, molestias, pinchazos, escozor, etc.)?** Tengo una vibración constante en la muñeca y un ardor punzante en el antebrazo las 24 horas del día.
- **¿Cómo afecta el dolor a su día a día?** Me limita cada día porque no cesa ni un segundo; también es difícil meditar o algo similar porque siempre está presente.
- **¿Cómo controla y/o trata su dolor?** Es difícil distraerse. Aprendes a ser actor y a disimularlo todo. Sin embargo, a la larga te destruye.
- **¿Cuál es el mayor reto al que se enfrenta al vivir con esta enfermedad?** Es difícil hacer frente a la vida del día. Concentrarse durante más de 30 minutos es casi imposible. La gente también se retira de los grandes acontecimientos.
- **¿Cómo afecta el dolor a su estado de ánimo y a su salud mental?** Es difícil concentrarse durante largos periodos de tiempo y, como ser humano, pierdes la alegría y olvidas cómo reír. Ya no soy la misma persona que era antes de esta enfermedad. Pierdes la esperanza porque en todas partes te tratan como a un enfermo y al final todo el mundo te dice que la enfermedad no está bien estudiada.

Conclusiones y recomendaciones

A través de estos ejemplos de tipos de dolor habituales y de los testimonios, esperamos ofrecer una comprensión de la diversidad y los puntos en común del dolor. Para los no científicos que se acercan al dolor por primera vez, evaluar afecciones como la lumbalgia, el dolor oncológico y el dolor posquirúrgico quizá arroje luz sobre lo que hasta ahora se ha ignorado o malinterpretado. Aunque los trastornos por dolor varían en su patología y en cómo se sufren, un factor que a menudo los unifica es la falta de atención que se les presta en el sistema sanitario y en los marcos políticos. La plataforma Impacto Social del Dolor pretende cambiar esta situación sensibilizando sobre el dolor y modificando las políticas al respecto.

La plataforma Impacto Social del Dolor (SIP) hace un llamamiento a los responsables políticos nacionales y de la UE para que:

1

Reconozcan la carga y las repercusiones del dolor en las sociedades y los pacientes, y aumenten su prioridad en los sistemas sanitarios, la financiación y la formulación de políticas.

2

Garanticen la aplicación efectiva de la CIE-11, ya que su uso permite un acuerdo internacional sobre el uso de diagnósticos y herramientas normalizados y mejora la recopilación de datos tanto para uso primario como secundario.

3

Garanticen la creación de registros de pacientes y su uso frecuente, ya que mejorará la comprensión del dolor y su manejo y tratamiento.

4

El dolor como indicador de calidad: Desarrollen instrumentos para evaluar el impacto del dolor.

5

Investigación sobre el dolor: Aumenten la inversión en investigación para comprender mejor las causas (fisiopatología) de los distintos tipos de dolor, desarrollar nuevos tratamientos para el dolor, comprender y abordar la comorbilidad entre el dolor y las enfermedades mentales, aumentar el desarrollo y el uso de medidas de los resultados comunicados por los pacientes para todas las afecciones con dolor, establecer una norma de referencia para los programas de autogestión y aumentar el acceso a una atención de alta calidad.

6

Dolor y empleo: Inicien políticas que aborden el impacto del dolor en el empleo y la productividad laboral e incluyan el dolor en las iniciativas pertinentes existentes.

7

Educación sobre el dolor: Den prioridad a la formación sobre el dolor de los profesionales sanitarios, los pacientes, los responsables políticos y el público en general.

8

Tecnología de la información para el dolor: Desarrollen ecosistemas sanitarios digitales interoperables que integren soluciones digitales accesibles para la evaluación, el seguimiento y el manejo del dolor (aplicaciones, recursos en línea, etc.) y marcos jurídicos y normativos para el intercambio de datos.

Acerca de la plataforma Impacto Social del Dolor (SIP)

La plataforma Impacto Social del Dolor (SIP) es una asociación de múltiples partes interesadas liderada por la Federación Europea del Dolor EFIC y Pain Alliance Europe (PAE), cuyo objetivo es concienciar sobre el dolor y cambiar las políticas al respecto.

La plataforma ofrece oportunidades de debate a profesionales sanitarios, grupos de defensa del dolor, políticos, proveedores de seguros sanitarios, representantes de autoridades sanitarias, reguladores y responsables de presupuestos.

El marco científico de la plataforma SIP está bajo la responsabilidad de la EFIC y la dirección estratégica del proyecto la definen ambos socios. Las empresas farmacéuticas Grünenthal GmbH y GSK son los principales promotores de la plataforma Impacto Social del Dolor (SIP).

Para más información, póngase en contacto con

Ángela Cano Palomares, directora de proyectos, Impacto Social del Dolor (SIP)

Europa, en la Federación Europea del Dolor EFIC - angela.palomares@efic.org.

Deirdre Ryan, presidenta de Pain Alliance Europe - president@pae-eu.eu.

Nota aclaratoria

Impacto Social del Dolor (SIP) no respalda ninguna de las opciones de tratamiento mencionadas en el presente documento. La información no pretende sustituir la relación personal con un profesional sanitario cualificado ni pretende ser un consejo médico. El libro Evidencias sobre la carga del dolor ofrece información general y debates sobre el dolor. La información y otros contenidos aquí proporcionados, o en cualquier material vinculado, no pretenden ser un consejo médico ni deben interpretarse como tal, ni la información es un sustituto de la experiencia ni del tratamiento médico profesional.

Los testimonios de pacientes que aparecen en el presente documento se han recopilado por correo electrónico a través de los contactos de los miembros de Pain Alliance Europe. Son experiencias individuales reales de quienes han decidido contribuir al libro Evidencias sobre la carga del dolor. Los testimonios no son necesariamente representativos de todos los que experimentan dolor, y se pueden dar muchos más casos, aunque no estén recogidos en el presente documento. Los testimonios expuestos son literales, salvo corrección de errores gramaticales o tipográficos. Algunos se han acortado. Solo cuando un testimonio es largo, o si todo el testimonio no parece relevante para el público.

Autores:

(Por orden alfabético)

Angela Cano Palomares; European Pain Federation EFIC; Societal Impact of Pain (SIP) Platform, Brussels, Belgium.

Deirdre Ryan; Pain Alliance Europe PAE, Brussels, Belgium.

Joanne O'Brien Kelly; European Pain Federation EFIC, Brussels, Belgium; Department of Pain Management, Beaumont Hospital, Dublin, Ireland; RCSI, Dublin Ireland.

Ketan Kumar Bhatt; European Pain Federation EFIC; Societal Impact of Pain (SIP) Platform, Brussels, Belgium.

Luis García-Larrea; European Pain Federation EFIC, Brussels, Belgium; European Journal of Pain; NeuroPain Lab - Central Integration of Pain in Humans; Lyon Centre for Neuroscience - Inserm; Hôpital de Valence (Drôme), France.

Mary O'Keeffe; School of Public Health, Physiotherapy and Sports Science, University College Dublin, Dublin, Ireland.

Nathaniel Skidmore; Centre for Rehabilitation, School of Health & Life Sciences, Teesside University, Middlesbrough, UK.

Patrice Forget; Institute of Applied Health Sciences, Epidemiology Group, School of Medicine, Medical Sciences and Nutrition, University of Aberdeen, Aberdeen, UK, Department of Anaesthesia, NHS Grampian, Aberdeen, UK.

Sam Kynman; European Pain Federation EFIC; Societal Impact of Pain (SIP) Platform, Brussels, Belgium.

Colaboradores:

Representantes de la plataforma Impacto Social del Dolor (SIP) (por orden alfabético)

André Ljutow

André Mouraux

André Wolff

Anna B. Sellius

Anna Kiernan

Anna Server

Carina Raposo

Eddy Claes

Ellen Gepts

Françoise Launois

Gertrude Buttigieg

Gisèle Pickering

Gunilla Goran

Iben Rohde

Ilona Thomassen

Isabel Pireza

Ivone Machado

Joanna Vicente

Lars Bye Moeller

Liisa Jutila

Maria Luz Padilla del Rey

Maria Madariaga

Maria Teresa Flor de Lima

Marja Kinnunen

Martina Phelan

Mateja Krzan

Miren Revuelta

Monica Rebelo

Monika Löfgren

Nevenka Skvarc

Paulin Andréll

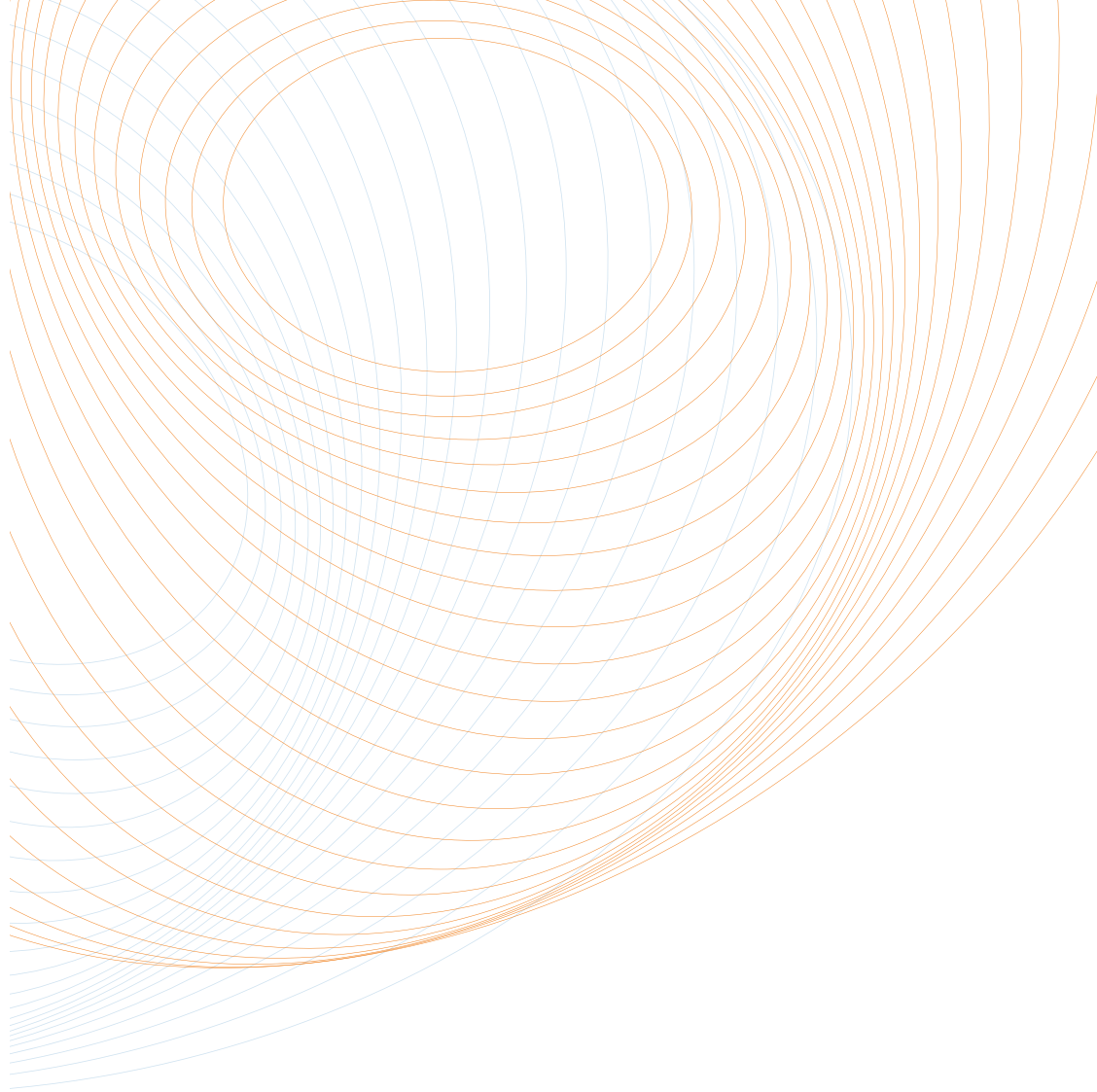
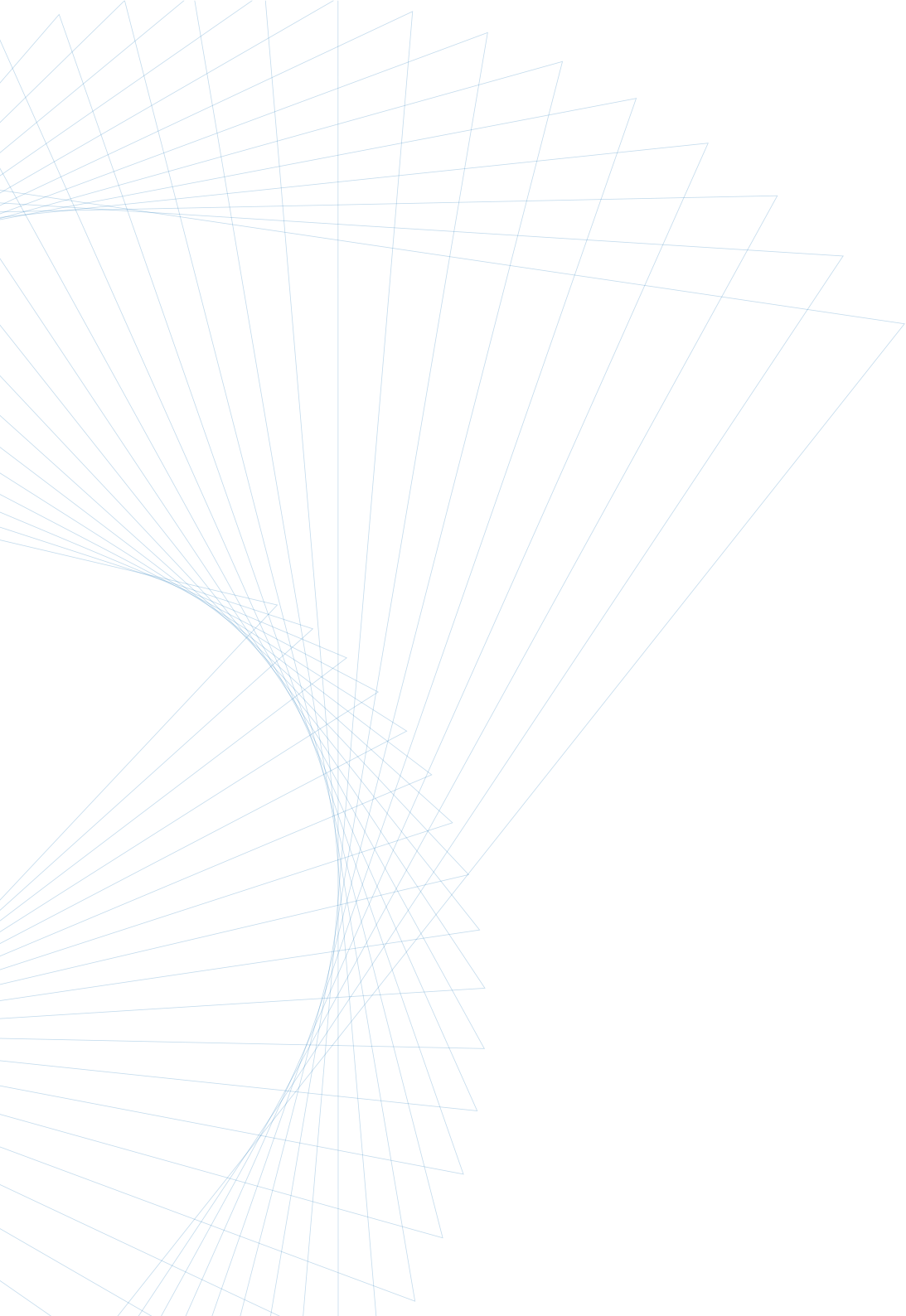
Sanne Lydo

Fuentes:

1. Aziz Q, Giamberardino MA, Barke A, Korwisi B, Baranowski AP, Wesselmann U, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary visceral pain: Chronic secondary visceral pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):69-76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001362>
2. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine*. 2003 Nov 10;163(20):2433-45.
3. Bender JL, Hohenadel J, Wong J, Katz J, Ferris LE, Shobbrook C, et al. What patients with cancer want to know about pain: a qualitative study. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2008;35(2):177-87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.03.011>
4. Bennett MI, Eisenberg E, Ahmedzai SH, Bhaskar A, O'Brien T, Mercadante S, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe-A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. *Eur J Pain* [Internet]. 2019;23(4):660-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1346>
5. Bennett MI, Eisenberg E, Ahmedzai SH, Bhaskar A, O'Brien T, Mercadante S, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe-A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. *Eur J Pain* [Internet]. 2019;23(4):660-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1346>
6. Bennett MI, Kaasa S, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain: Chronic cancer-related pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):38-44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001363>
7. Bennett MI. Mechanism-based cancer-pain therapy. *Pain* [Internet]. 2017;158(1):S74-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000825>
8. Boland EG, Ahmedzai SH. Persistent pain in cancer survivors. *Curr Opin Support Palliat Care* [Internet]. 2017;11(3):181-90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/spc.0000000000000292>
9. Bondesson E, Larrosa Pardo F, Stigmar K, Ringqvist Å, Petersson IF, Jöud A, Schelin ME. Comorbidity between pain and mental illness—evidence of a bidirectional relationship. *European Journal of Pain*. 2018 Aug;22(7):1304-11.
10. Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol* [Internet]. 2009;20(8):1420-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdp001>
11. Bruehl S. Complex regional pain syndrome. *BMJ* [Internet]. 2015;351:h2730. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h2730>
12. Buse DC, Manack AN, Fanning KM, Serrano D, Reed ML, Turkel CC, et al. Chronic migraine prevalence, disability, and sociodemographic factors: results from the American Migraine Prevalence and Prevention Study. *Headache* [Internet]. 2012;52(10):1456-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4610.2012.02223.x>
13. Butler S, Landmark T, Glette M, Borchgrevink P, Woodhouse A. Chronic widespread pain—the need for a standard definition. *Pain* [Internet]. 2016;157(3):541-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000417>
14. Carville S, Padhi S, Reason T, Underwood M, on behalf of the Guideline Development Group. Diagnosis and management of headaches in young people and adults: summary of NICE guidance. *BMJ* [Internet]. 2012;345(sep19 1):e5765-e5765. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e5765>
15. Chapman CR, Vierck CJ. The transition of acute postoperative pain to chronic pain: An integrative overview of research on mechanisms. *J Pain* [Internet]. 2017;18(4):359.e1-359.e38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2016.11.004>
16. Choung RS, Locke GR 3rd. Epidemiology of IBS. *Gastroenterol Clin North Am* [Internet]. 2011;40(1):1-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gtc.2010.12.006>
17. Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised) [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/classification-of-chronic-pain-second-edition-revised/>
18. Clauw DJ. Fibromyalgia and related conditions. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2015;90(5):680-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.03.014>
19. corporate-body. RTD:Directorate-General for Research, Innovation. Scoping study on evidence to tackle high-burden under-researched medical conditions: Discussion paper. Publications Office of the European Union; 2023.
20. Cui C-X, Liu H-Y, Yue N, Du Y-R, Che L-M, Yu J-S. Research progress on the mechanism of chronic neuropathic pain. *IBRO Neurosci Rep* [Internet]. 2023;14:80-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ibneur.2022.12.007>
21. De Heer EW, Ten Have M, Van Marwijk HW, Dekker J, De Graaf R, Beekman AT, Van Der Feltz-Cornelis CM. Pain as a risk factor for common mental disorders. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2: a longitudinal, population-based study. *Pain*. 2018 Apr 1;159(4):712-8.
22. de Mos M, de Bruijn AGJ, Huygen FJPM, Dieleman JP, Stricker BHC, Sturkenboom MCJM. The incidence of complex regional pain syndrome: a population-based study. *Pain* [Internet]. 2007;129(1-2):12-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2006.09.008>
23. De Rudderd L, Craig KD. Understanding stigma and chronic pain: a state-of-the-art review. *Pain* [Internet]. 2016;157(8):1607-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000512>
24. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*. Apr. 2006;130:1377-90.
25. Eccleston C, Wells C, Morlion B, editors. *European Pain Management*. London: Oxford University Press; 2017.
26. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, Ripamonti CI. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 2018 Oct 1;29:iv166-91.
27. Ferreira ML, De Luca K, Haile LM, Steinmetz JD, Culbreth GT, Cross M, et al. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*. 2023;5:e316-329
28. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* [Internet]. 2015;14(2):162-73. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70251-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70251-0)
29. Fitzcharles M-A, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet* [Internet]. 2021;397(10289):2098-110. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00392-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00392-5)
30. Flor H. Phantom-limb pain: characteristics, causes, and treatment. *Lancet Neurol* [Internet]. 2002;1(3):182-9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s1474-4422\(02\)00074-1](http://dx.doi.org/10.1016/s1474-4422(02)00074-1)
31. Gibbins J, Bhatia R, Forbes K, Reid CM. What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. *Palliat Med* [Internet]. 2014;28(1):71-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216313486310>
32. Glare P, Aubrey KR, Myles PS. Transition from acute to chronic pain after surgery. *Lancet* [Internet]. 2019;393(10180):1537-46. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30352-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30352-6)
33. Govaerts R, Tassignon, B., Ghillebert, J. et al. Prevalence and incidence of work-related musculoskeletal disorders in secondary industries of 21st century Europe: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* 22, 751 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04615-9>
34. Graf N, Geißler K, Meißner W, Guntinas-Lichius O. A prospective cohort register-based study of chronic postsurgical pain and long-term use of pain medication after otorhinolaryngological surgery. *Sci Rep* [Internet]. 2021;11(1):5215. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-021-84788-4>
35. Gylfadottir SS, Christensen DH, Nicolaisen SK, et al. Diabetic polyneuropathy and pain, prevalence, and patient characteristics: a cross-sectional questionnaire study of 5,514 patients with recently diagnosed type 2 diabetes. *Pain*. 2020;161(3):574-583. doi:10.1097/j.pain.0000000000001744

36. Harden RN, Oaklander AL, Burton AW, Perez RSGM, Richardson K, Swan M, et al. Complex regional pain syndrome: practical diagnostic and treatment guidelines, 4th edition. *Pain Med* [Internet]. 2013;14(2):180–229. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/pme.12033>
37. Hart RP, Wade JB, Martelli MF. Cognitive impairment in patients with chronic pain: The significance of stress. *Curr Pain Headache Rep* [Internet]. 2003;7(2):116–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-003-0021-5>
38. Häuser W, Ablin J, Fitzcharles M-A, Littlejohn G, Luciano JV, Usui C, et al. Fibromyalgia. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2015;1(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2015.22>
39. Henschke N, Kamper SJ, Maher CG. The epidemiology and economic consequences of pain. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2015;90(1):139–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.09.010>
40. Hoffmann RG, Kotchen JM, Kotchen TA, Cowley T, Dasgupta M, Cowley AW. Temporomandibular disorders and associated clinical comorbidities. *Clin J Pain* [Internet]. 2011;27(3):268–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/ajp.Ob013e31820215f5>
41. Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, Williams G, Smith E, Vos T, Barendregt J, Murray C. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the rheumatic diseases*. 2014 Jun 1;73(6):968–74.
42. IASP announces revised definition of pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2020 [cited 2023 Nov 15]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
43. ICD-11 [Internet]. Who.int. [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://icd.who.int/en/>
44. Jensen RK, Kongsted A, Kjaer P, Koes B. Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ* [Internet]. 2019;16273. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l6273>
45. Johansen A, Romundstad L, Nielsen CS, Schirmer H, Stubhaug A. Persistent postsurgical pain in a general population: Prevalence and predictors in the Tromsø study. *Pain* [Internet]. 2012;153(7):1390–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2012.02.018>
46. Kapos FP, Exposto FG, Oyazzo JF, Durham J. Temporomandibular disorders: a review of current concepts in aetiology, diagnosis and management. *Oral Surg* [Internet]. 2020;13(4):321–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/ors.12473>
47. Kim DJ, Mirmina J, Narine S, Wachtel J, Carbajal JM, Fox H, Cáceda R. Altered physical pain processing in different psychiatric conditions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2022 Feb 1;133:104510.
48. Kingsbury SR, Gross HJ, Isherwood G, Conaghan PG. Osteoarthritis in Europe: impact on health status, work productivity and use of pharmacotherapies in five European countries. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2014;53(5):937–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/ket463>
49. Kohrt BA, Griffith JL, Patel V. Chronic pain and mental health: integrated solutions for global problems. *Pain*. 2018 Sep;159(Suppl 1):S85.
50. Konstantinou K, Dunn KM, Ogollah R, Vogel S, Hay EM. the ATLAS study research team. Characteristics of patients with low back and leg pain seeking treatment in primary care: baseline results from the ATLAS cohort study. *BMC musculoskeletal disorders*. 2015;16:1–1.
51. Lu SR, Fuh JL, Chen WT, Juang KD, Wang SJ. Chronic daily headache in Taipei, Taiwan: prevalence, follow-up and outcome predictors. *Cephalalgia* [Internet]. 2001;21(10):980–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1468-2982.2001.00294.x>
52. Maixner W, Fillingim RB, Williams DA, Smith SB, Slade GD. Overlapping Chronic Pain Conditions: Implications for Diagnosis and Classification. *J Pain*. 2016;17(9 Suppl):T93–T107. doi:10.1016/j.jpain.2016.06.002
53. Maixner W, Fillingim RB, Williams DA, Smith SB, Slade GD. Overlapping chronic pain conditions: Implications for diagnosis and classification. *J Pain* [Internet]. 2016;17(9):T93–107. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2016.06.002>
54. Mäntyselkä PT, Kumpusalo EA, Ahonen RS, Takala JK. Direct and indirect costs of managing patients with musculoskeletal pain—challenge for health care. *Eur J Pain* [Internet]. 2002;6(2):141–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/eujp.2001.0311>
55. Marinus J, Moseley GL, Birklein F, Baron R, Maihöfner C, Kingery WS, et al. Clinical features and pathophysiology of complex regional pain syndrome. *Lancet Neurol* [Internet]. 2011;10(7):637–48. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(11\)70106-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(11)70106-5)
56. Measuring pain in the clinic [Internet]. European Pain Federation. 2022 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/measuring-pain-in-the-clinic/>
57. Mick G, Hans G. Postherpetic neuralgia in Europe: the scale of the problem and outlook for the future. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 2013 Dec 1;4(4):102–8.
58. Mick G, Hans G. Postherpetic neuralgia in Europe: The scale of the problem and outlook for the future. *J Clin Gerontol Geriatr* [Internet]. 2013;4(4):102–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcgg.2013.03.001>
59. Mitsikostas D-D, Moka E, Orrillo E, Aurilio C, Vadalouca A, Paladini A, et al. Neuropathic pain in neurologic disorders: A narrative review. *Cureus* [Internet]. 2022; Available from: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.22419>
60. Musculoskeletal health [Internet]. Who.int. [cited 2023 Dec 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
61. Musculoskeletal health [Internet]. Who.int. [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
62. Natoli JL, Manack A, Dean B, Butler K, Turkel CC, Stovner L, et al. Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. *Cephalalgia* [Internet]. 2010;30(5):599–609. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2982.2009.01941.x>
63. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):28–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390>
64. Onwumere J, Stubbs B, Stirling M, Shiers D, Gaughran F, Rice AS, de C Williams AC, Scott W. Pain management in people with severe mental illness: an agenda for progress. *Pain*. 2022 Sep 1;163(9):1653–60
65. Peirse JA. Chronic treatment-related pain in cancer survivors. *Pain* [Internet]. 2011;152(3 Suppl):S84–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.010>
66. Pain Alliance EU. Pain and stigma survey [Internet]. Pain Alliance Europe. 2019 [cited 2024 Feb 21]. Available from: <https://pae-eu.eu/pain-and-stigma-survey/>
67. Peery AF, Dellon ES, Lund J, Crockett SD, McGowan CE, Bulsiewicz WJ, et al. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update. *Gastroenterology* [Internet]. 2012;143(5):1179–1187.e3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2012.08.002>
68. Peng K-P, Oppermann T. Orofacial pain disorders: An overview and diagnostic approach. *Cephalalgia Rep* [Internet]. 2022;5:251581632210973. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/25158163221097349>
69. Perrot S, Cohen M, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):77–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001389>
70. Phillips CJ. The cost and burden of chronic pain. *Rev Pain* [Internet]. 2009;3(1):2–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/204946370900300102>
71. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises: Concepts, challenges, and compromises. *Pain* [Internet]. 2020;161(9):1976–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
72. Riedl A, Schmidtman M, Stengel A, Goebel M, Wisser A-S, Klapp BF, et al. Somatic comorbidities of irritable bowel syndrome: a systematic analysis. *J Psychosom Res* [Internet]. 2008;64(6):573–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.02.021>
73. Romero-Reyes M, Uyanik JM. Orofacial pain management: current perspectives. *Journal of pain research*. 2014 Feb 21:99–115.
74. Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2012;109(47):803–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2012.0803>
75. Scholz J, Finnerup NB, Attal N, Aziz Q, Baron R, Bennett MI, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):53–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001365>
76. Schug SA, Lavand'homme P, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or posttraumatic pain: Chronic postsurgical or posttraumatic pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):45–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001413>

77. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. JAMA [Internet]. 1998;279(5):381-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.279.5.381>
78. Seretny M, Currie GL, Sena ES, Ramnarine S, Grant R, MacLeod MR, et al. Incidence, prevalence, and predictors of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. Pain [Internet]. 2014;155(12):2461-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2014.09.020>
79. Silva MAG, Pantoja LLQ, Dutra-Horstmann KL, Valladares-Neto J, Wolff FL, Porporatti AL, et al. Prevalence of degenerative disease in temporomandibular disorder patients with disc displacement: A systematic review and meta-analysis. J Craniomaxillofac Surg [Internet]. 2020;48(10):942-55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2020.08.004>
80. Small C, Laycock H. Acute postoperative pain management: Acute postoperative pain management. Br J Surg [Internet]. 2020;107(2):e70-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.11477>
81. Stubbs B, Eggermont L, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, Rosenbaum S, Vancampfort D. The prevalence of pain in bipolar disorder: a systematic review and large-scale meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2015 Feb;131(2):75-88
82. Stubbs B, Gardner-Sood P, Smith S, Ismail K, Greenwood K, Patel A, Farmer R, Gaughran F. Pain is independently associated with reduced health related quality of life in people with psychosis. Psychiatry research. 2015 Dec 15;230(2):585-91.
83. Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, Stroobants M, Vancampfort D. The prevalence and moderators of clinical pain in people with schizophrenia: a systematic review and large scale meta-analysis. Schizophrenia research. 2014 Dec 1;160(1-3):1-8.
84. Tanaka E, Detamore MS, Mercuri LG. Degenerative disorders of the temporomandibular joint: etiology, diagnosis, and treatment. J Dent Res [Internet]. 2008;87(4):296-307. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/154405910808700406>
85. Terminology [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
86. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013;33:629-808. 2013;33:629-808.
87. The Societal Impact of Pain (SIP), Barke A, Cano Palomares A, Cameron P, Forget P, Ryan D, et al. Why do we need to implement the ICD-11? When pain science and practice meet policies. Eur J Pain [Internet]. 2022;26(9):2003-5. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2023/03/European-Journal-of-Pain-2022-Why-do-we-need-to-implement-the-ICD%E2%80%9011-When-pain-science-and-practice-meet-policies.pdf>
88. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11): The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain [Internet]. 2019;160(1):19-27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
89. Truini A, Spallone V, Morganti R, Tamburin S, Zanette G, Schenone A, et al. A cross-sectional study investigating frequency and features of definitely diagnosed diabetic painful polyneuropathy. Pain [Internet]. 2018;159(12):2658-66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001378>
90. Understanding the cause of pain, what to expect during treatments combined with personalised pain management techniques are of patient preference. Bender et al; 2008.
91. Valesan LF, Da-Cas CD, Réus JC, Denardin ACS, Garanhani RR, Bonotto D, et al. Prevalence of temporomandibular joint disorders: a systematic review and meta-analysis. Clin Oral Investig [Internet]. 2021;25(2):441-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00784-020-03710-w>
92. van Hecke O, Austin SK, Khan RA, Smith BH, Torrance N. Neuropathic pain in the general population: A systematic review of epidemiological studies. Pain [Internet]. 2014;155(4):654-62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2013.11.013>
93. Veves A, Backonja M, Malik RA. Painful diabetic neuropathy: epidemiology, natural history, early diagnosis, and treatment options. Pain Med [Internet]. 2008;9(6):660-74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2007.00347.x>
94. Visceral pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/global-year/visceral-pain/>
95. Volpi, A., Gross, G., Hercogova, J. et al. Current Management of Herpes Zoster. Am J Clin Dermatol 6, 317-325 (2005). <https://doi.org/10.2165/00128071-200506050-00005>
96. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The lancet. 2020;396:1204-22.
97. Weir PT, Harlan GA, Nkoy FL, Jones SS, Hegmann KT, Gren LH, et al. The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes: A population-based retrospective cohort study based on international classification of diseases, 9th revision codes. J Clin Rheumatol [Internet]. 2006;12(3):124-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.rhu.0000221817.46231.18>
98. What is Chronic Primary Pain? [Internet]. European Pain Federation. 2023 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/what-is-chronic-primary-pain/>
99. What is CRPS? [Internet]. European Pain Federation. 2023 [cited 2024 May 7]. Available from: <https://crps.europeanpainfederation.eu/what-is-crps/>



European Pain Federation EFIC®, Rue de Londres - Londenstraat 18, B1050 Bruselas. Registro de transparencia n.º 3510244568-04

La plataforma «Impacto Social del Dolor» (SIP) es una asociación de varios colectivos interesados dirigida por la Federación Europea del Dolor EFIC y Pain Alliance Europe (PAE), cuyo objetivo es concienciar sobre el dolor y cambiar las políticas al respecto. El marco científico de la plataforma SIP está bajo la responsabilidad del EFIC y la dirección estratégica del proyecto la definen ambos socios. Las empresas farmacéuticas Grünenthal GmbH y GSK son los principales promotores de la plataforma Impacto Social del Dolor (SIP).