
Barómetro del dolor crónico en España 2022

Análisis de situación del impacto del dolor
crónico a nivel nacional

Este documento ha recibido el aval de la **Sociedad Española del Dolor (SED)** y la **Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor (SEMDOR)**, agentes de referencia en el ámbito del dolor crónico en España.



ÍNDICE DE CONTENIDOS.

Resumen ejecutivo.....	10
Introducción	12
Antecedentes de la enfermedad de dolor crónico.....	14
1. Definición	14
2. Impacto sociosanitario y económico	16
3. Principales agentes en el ámbito del dolor crónico	24
4. Proyectos y estrategias relacionados con el abordaje del dolor crónico	33
5. Unidades de Tratamiento del Dolor	52
6. Abordaje asistencial del dolor crónico en España.....	59
Barómetro del dolor crónico en España	64
1. Objetivos	64
2. Metodología.....	64
3. Resultados.....	67
4. Conclusiones	98
Bibliografía	101
ANEXO 1 - Proyectos de investigación en dolor crónico (Programas Marco Horizonte 2020 y Horizonte Europa)	112
ANEXO 2 - Metodología	131
ANEXO 3 - Resultados	146

Índice de figuras.

Figura 1. Clasificación del dolor crónico según la clasificación de enfermedad CIE-11.	15
Figura 2. Principales problemas crónicos de salud asociados al dolor en España.	19
Figura 3. Principales problemas crónicos de salud en España.	20
Figura 4. Evolución del índice de envejecimiento en España (1975-2022).	21
Figura 5. Evolución de la natalidad en España (1960-2021).	22
Figura 6. Evolución de la esperanza de vida en España (1960-2021).	22
Figura 7. Evolución en el número de publicaciones sobre dolor crónico en PubMed (2000-2022).	25
Figura 8. Estrategias autonómicas relacionadas con el dolor crónico en España.	46
Figura 9. Distribución geográfica de los hospitales con Unidades del Dolor en España.	54
Figura 10. Número de habitantes por cada hospital con Unidad del Dolor en España.	55
Figura 11. Número de habitantes mayores de 65 años por cada hospital con Unidad del Dolor en España.	56
Figura 12. Distribución muestral por grupo de edad.	68
Figura 13. Distribución muestral por sexo.	68
Figura 14. Distribución muestral por Comunidad Autónoma de residencia.	69
Figura 15. Distribución muestral por nivel de estudios.	69
Figura 16. Distribución muestral por situación laboral.	70
Figura 17. Distribución muestral por uso del sistema sanitario.	70
Figura 18. Estado de salud de los encuestados.	71
Figura 19. Distribución muestral por limitaciones en la vida diaria.	72
Figura 20. Distribución muestral por ayuda recibida en la vida diaria.	73
Figura 21. Prevalencia de dolor crónico y continuo.	73
Figura 22. Prevalencia de dolor crónico y continuo por grupo de edad.	74
Figura 23. Prevalencia de dolor crónico y dolor continuo por sexo.	75
Figura 24. Prevalencia bruta de dolor crónico por Comunidad Autónoma de residencia. ...	76
Figura 25. Prevalencia bruta de dolor continuo por Comunidad Autónoma de residencia. ...	76
Figura 26. Prevalencia ajustada de dolor crónico y dolor continuo por Comunidad Autónoma de residencia.	77
Figura 27. Intensidad del dolor crónico.	78
Figura 28. Principales causas diagnósticas del dolor crónico de moderado a intenso.	79
Figura 29. Intensidad del dolor crónico por grupos de edad.	80
Figura 30. Causas diagnósticas del dolor crónico.	82

Figura 31. Localizaciones anatómicas del dolor crónico.	82
Figura 32. Actividades cotidianas limitadas por causa del dolor crónico.	83
Figura 33. Actividades laborales limitadas por causa del dolor crónico.	83
Figura 34. Uso del sistema sanitario por los pacientes con dolor crónico.	84
Figura 35. Uso de especialidades sanitarias por los pacientes con dolor crónico.	84
Figura 36. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por grupos de edad.	85
Figura 37. Edad media de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.	86
Figura 38. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por sexo.	87
Figura 39. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por Comunidad Autónoma de residencia.	88
Figura 40. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por nivel de estudios.	89
Figura 41. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por situación laboral.	89
Figura 42. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por situación de baja laboral.	90
Figura 43. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por uso del sistema sanitario.	91
Figura 44. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por servicios sanitarios utilizados.	92
Figura 45. Calidad de vida física y mental de la población sin dolor, con dolor continuo y con dolor crónico.	92
Figura 46. Nivel de depresión y ansiedad de la población sin dolor, con dolor continuo y con dolor crónico.	93
Figura 47. Casos de depresión y ansiedad de la población sin dolor, con dolor continuo y con dolor crónico.	94
Figura 48. Apoyo social percibido de la población sin dolor, con dolor continuo y con dolor crónico.	95
Figura 49. Casos de apoyo percibido bajo de la población sin dolor, con dolor continuo y con dolor crónico.	95
Figura 50. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por dificultad para desarrollar las actividades diarias.	96
Figura 51. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por apoyo recibido para desarrollar las actividades diarias.	97
Figura 52. Características más frecuentes del paciente con dolor crónico en España.	99

Índice de tablas.

Tabla 1. Clasificación de las Unidades de Tratamiento del Dolor en España.....	57
Tabla A1 – 1 (I). Proyectos de impacto en I+D+i de dolor crónico financiados por el Programa Marco Horizonte 2020.....	112
Tabla A1 – 1 (II). Proyectos de impacto en I+D+i de dolor crónico financiados por el Programa Marco Horizonte 2020.....	113
Tabla A1 – 1 (III). Proyectos de impacto en I+D+i de dolor crónico financiados por el Programa Marco Horizonte 2020.....	114
Tabla A1 – 1 (IV). Proyectos de impacto en I+D+i de dolor crónico financiados por el Programa Marco Horizonte 2020.....	115
Tabla A1 – 1 (V). Proyectos de impacto en I+D+i de dolor crónico financiados por el Programa Marco Horizonte 2020.....	116
Tabla A1 – 2 (I). Proyectos de impacto en I+D+i de dolor crónico financiados por el Programa Marco Horizonte Europa.	124
Tabla A1 – 2 (II). Proyectos de impacto en I+D+i de dolor crónico financiados por el Programa Marco Horizonte Europa.	125
Tabla A2 – 1 (I). Distribución de la población española por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia (número).....	131
Tabla A2 – 1 (II). Distribución de la población española por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia (porcentaje).	132
Tabla A2 – 2 (I). Distribución muestral por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia (número).	133
Tabla A2 – 2 (II). Distribución muestral por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia (porcentaje).....	134
Tabla A3 – 1. Datos sociodemográficos de los encuestados.....	146
Tabla A3 – 2. Datos de utilización del sistema sanitario por parte de los encuestados.	147
Tabla A3 – 3. Datos del estado de salud de los encuestados (cuestionario principal).	147
Tabla A3 – 4. Prevalencias de dolor continuo y dolor crónico.	149
Tabla A3 – 5. Características del dolor crónico.	150
Tabla A3 – 6. Consecuencias del dolor crónico.	155
Tabla A3 – 7. Uso del sistema sanitario a causa del dolor crónico.	156
Tabla A3 – 8. Datos sociodemográficos de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.....	158
Tabla A3 – 9. Datos de utilización del sistema sanitario por parte de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.	160
Tabla A3 – 10. Datos del estado de salud de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor (cuestionario principal).....	161

Lista de abreviaturas.

- **ACACI:** Asociación Ciudadana de Afectados por la Cistitis Intersticial y el Síndrome del Dolor Vesical
- **ADOPEC:** Asociación Dolor Pélvico Crónico
- **AEMICE:** Asociación Española de Migraña y Cefalea
- **AEPA-ATM:** Asociación Española de Pacientes con Dolor Neuropático, Disfunción de la Articulación Temporomandibular y Neuralgia del Trigémino
- **AGP:** Alianza General de Pacientes
- **ANDE:** Asociación Nacional de Directivos de Enfermería
- **ASEEDAR-TD:** Asociación Española de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor
- **CATI:** *Computer-Assisted Telephone Interviewing*
- **CAWI:** *Computer-Assisted Web Interviewing*
- **IASP:** *International Association for the Study of Pain*
- **INCLIVA:** Fundación para la Investigación del Hospital Clínico de la C. Valenciana
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística
- **ISO:** *International Organization for Standardization*
- **CNIC:** Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares
- **EFIC:** *European Pain Federation*
- **EFNA:** *European Federation of Neurological Associations*
- **EFPIA:** *European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations*
- **ESOMAR:** *European Society for Opinion and Marketing Research*
- **ESRA:** *European Society of Regional Anesthesia and Pain Management*
- **FAECAP:** Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria
- **FBGS:** Fundación Biomédica Galicia Sur
- **FEDE:** Federación Española de Diabetes
- **FEP:** Foro Español de Pacientes
- **FIDIS:** Fundación del Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela
- **Fundación FF:** Fundación de Afectados por la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica

- **GEPAC:** Grupo Español de Pacientes con Cáncer
- **GETIDOR:** Grupo de Estudio, Trabajo e Investigación del Dolor Crónico en la Rehabilitación
- **HADS:** *Hospital Anxiety and Depression Scale*
- **LIRE:** Liga Reumatológica Española
- **MCS:** *Mental Component Score*
- **OAFI:** *Osteoarthritis Foundation International*
- **PAE:** *Pain Alliance Europe*
- **PCS:** *Physical Component Score*
- **POP:** Plataforma de Organizaciones de Pacientes
- **SECA:** Sociedad Española de Calidad Asistencial
- **SECOT:** Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
- **SECPAL:** Sociedad Española de Cuidados Paliativos
- **SED:** Sociedad Española del Dolor
- **SEDAP:** Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria
- **SEDISA:** Sociedad Española de Directivos de la Salud
- **SEFAC:** Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria
- **SEFH:** Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
- **SEFIFAC:** Sociedad Española de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica
- **SEGG:** Sociedad Española de Geriatria y Gerontología
- **SEMDOR:** Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor
- **SEMERGEN:** Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
- **SEMFYC:** Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
- **SEMG:** Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
- **SEOM:** Sociedad Española de Oncología Médica
- **SER:** Sociedad Española de Reumatología
- **SERMEF:** Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física
- **SIP:** *Societal Impact of Pain*
- **UTD:** Unidad de Tratamiento del Dolor

Abreviaturas de las Comunidades y Ciudades Autónomas de España:

- **AND:** Andalucía
- **ARA:** Aragón
- **AST:** Principado de Asturias
- **BAL:** Islas Baleares
- **CAN:** Canarias
- **CAT:** Cataluña
- **CEU:** Ciudad Autónoma de Ceuta
- **CLM:** Castilla-La Mancha
- **CTA:** Cantabria
- **CYL:** Castilla y León
- **EXT:** Extremadura
- **GAL:** Galicia
- **MAD:** Comunidad de Madrid
- **MEL:** Ciudad Autónoma de Melilla
- **MUR:** Región de Murcia
- **NAV:** Comunidad Foral de Navarra
- **PVA:** País Vasco
- **RIO:** La Rioja
- **VAL:** Comunidad Valenciana

Resumen ejecutivo

El **dolor crónico** constituye uno de los principales problemas de salud pública en España y presenta un destacado impacto en el bienestar y la calidad de vida de las personas que lo padecen, repercutiendo negativamente en el ámbito laboral, social, familiar y personal.

Es por ello que la puesta en marcha de iniciativas relacionadas con el abordaje y el conocimiento del dolor crónico se ha convertido en una constante reciente en nuestro país. La publicación de la **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud** en el año 2012 y del **Documento Marco para la mejora del Abordaje del Dolor en el Sistema Nacional de Salud** en 2014, permitieron impulsar el reconocimiento del dolor crónico como una enfermedad de interés a nivel nacional y sentaron las bases para el desarrollo posterior de otras acciones cuyo impacto abarca hasta la actualidad.

Si bien este trabajo realizado en los últimos años ha redundado en una mejora en el conocimiento del dolor crónico, considerado a día de hoy como una enfermedad en sí misma, y ha mejorado la visibilidad de la realidad de los pacientes por parte de la sociedad, siguen existiendo **necesidades no cubiertas** en el manejo y abordaje asistencial de la patología, así como limitaciones en la información y conocimientos disponibles sobre la enfermedad.

Ante este contexto, se antoja decisivo analizar la **situación del dolor crónico en España**, a fin de identificar su impacto en la sociedad y los sistemas sanitarios y promover el impulso de iniciativas que optimicen el abordaje de la enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial y favorezcan la concienciación a todos los niveles.

Con esta motivación, la **Fundación Grünenthal** y el **Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz**, con el apoyo de **More than Research y BiInnova Consulting**, en un marcado compromiso con las personas con dolor crónico, han desarrollado este documento, **Barómetro del dolor crónico en España**, que presenta los siguientes objetivos:



Favorecer el conocimiento de la **información disponible** en la actualidad acerca del dolor crónico y de su abordaje.



Mostrar la información más relevante que permita conocer **qué es y qué representa el dolor crónico** a nivel social, económico y sanitario.



Actualizar los **indicadores** existentes y generar nuevos indicadores que permitan analizar el impacto del dolor crónico y favorecer una mejora en su abordaje.

A continuación, se sintetizan las principales aportaciones de este trabajo, estructurado en dos partes: **antecedentes de la enfermedad de dolor crónico y Barómetro del dolor crónico en España**.

En la primera parte se lleva a cabo una presentación de la enfermedad que permite esbozar una **imagen de situación del dolor crónico**, definiendo sus principales características y poniendo en contexto su importancia, a fin de favorecer el conocimiento y entendimiento de la enfermedad.

Este análisis inicial refleja la **definición** y la **clasificación** del dolor crónico establecidas en la actualidad y se hace eco de las principales cifras disponibles relativas a la enfermedad, que permiten cuantificar su **alcance sanitario y económico** a nivel nacional e internacional. También se hace referencia en esta sección a los **principales agentes** en el ámbito del dolor, destacándose sus contribuciones al conocimiento y manejo de la enfermedad y las principales **estrategias e iniciativas** desarrolladas en nuestro país y en el contexto global.

Esta primera parte concluye con la presentación del **proceso de atención al dolor** en España, en la que se describe el recorrido del paciente y se pone en valor el papel de las **Unidades de Dolor** como recurso especializado. A modo de reflexión final, se plantean una serie de propuestas de mejora para optimizar la calidad asistencial, con el objetivo de favorecer la toma de decisiones sanitarias basadas en resultados y mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor.

En la segunda parte, eje central del trabajo, se presenta un estudio del dolor crónico en España, desarrollado con la finalidad de obtener datos actualizados sobre la enfermedad. Este estudio renueva la información disponible acerca del **impacto actual del dolor crónico** a nivel nacional, por medio de encuestas a la población adulta española, poniendo el foco en el alcance del dolor en los diferentes grupos sociodemográficos y en las repercusiones generadas por la enfermedad en el estado de salud y las actividades cotidianas de los pacientes.

En esta parte del trabajo se introducen los **objetivos** del estudio y la **metodología** empleada para su desarrollo y se presentan los principales **resultados** obtenidos, que reflejan la **prevalencia del dolor crónico** en la población española y las **características asociadas a la enfermedad** más relevantes, lo que permite definir el **perfil tipo del paciente** e identificar los grupos más vulnerables.

Como conclusión final del Barómetro se plantea un **decálogo de retos futuros** en el abordaje del dolor crónico, basado en el análisis de situación presentado lo largo del documento, con el objetivo de dar respuesta a las limitaciones y necesidades identificadas y posicionar a la enfermedad como una **prioridad sanitaria** a nivel nacional.

Introducción

Ante la incipiente necesidad de actualizar la información disponible en el ámbito del dolor crónico, la **Fundación Grünenthal** y el **Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz** han impulsado el desarrollo de este Barómetro, enfocado en dar a conocer la problemática asociada al dolor crónico a nivel sociosanitario y analizar el impacto actual del dolor crónico en España.

La **Fundación Grünenthal** es una organización sin ánimo de lucro que se creó en el año 2000, y cuya misión es mejorar la calidad de vida de las personas con dolor, mediante el fomento de su abordaje biopsicosocial. Sus principales objetivos son sensibilizar a la sociedad sobre el impacto del dolor en las personas que lo padecen, favorecer el desarrollo de iniciativas sanitarias vinculadas a la mejora de la calidad de vida del paciente con dolor y promover el conocimiento sobre el dolor, en los pacientes y en su entorno^{1,2}.

Las acciones desarrolladas por la Fundación Grünenthal pretenden generar un impacto clave en la sociedad y el sistema sanitario, y se centran en la mejora del conocimiento en el ámbito del dolor, la humanización en la asistencia a los pacientes y la formación de profesionales sanitarios, cuidadores y pacientes.

Para plasmar este compromiso, la Fundación puso en marcha tres cátedras universitarias: la Cátedra Extraordinaria del Dolor en la **Universidad de Salamanca** (2000)³, la Cátedra Externa del Dolor en la **Universidad de Cádiz** (2010)⁴ y la Cátedra de Dolor Infantil en la **Universidad Rovira i Virgili** (2015)⁵.

El **Observatorio del Dolor**, impulsado en el año 2010 por la Cátedra Externa del Dolor Fundación Grünenthal en la **Universidad de Cádiz**, constituye una de las iniciativas más relevantes de la Fundación, enfocada en la investigación en el abordaje del dolor crónico y la divulgación científica⁶.

El objetivo principal del Observatorio es dar a conocer la **situación de los pacientes con dolor en España**, constituyendo un órgano multidisciplinar de análisis e interpretación de la información disponible por medio de estudios⁷.

Desde la creación del Observatorio, se han puesto en marcha diversas iniciativas en el ámbito del dolor en colaboración con la Fundación Grünenthal, a través del desarrollo de proyectos de investigación, actividades formativas y educativas a profesionales sanitarios y pacientes, publicaciones de impacto y participaciones en congresos y eventos en el campo del dolor.

¹ Grünenthal. *Fundación Grünenthal España*. Enlace.

² Fundación Grünenthal. *Presentación*. Enlace.

³ Fundación Grünenthal. *Universidad de Salamanca*. Enlace.

⁴ Fundación Grünenthal. *Universidad de Cádiz*. Enlace.

⁵ Fundación Grünenthal. *Universidad Rovira i Virgili*. Enlace.

⁶ Fundación Grünenthal. *Observatorio del Dolor*. Enlace.

⁷ Observatorio del Dolor. *Quiénes somos*. Enlace.

Una de las actuaciones más recientes del Observatorio del Dolor es su participación en el **XII Congreso Internacional de la Federación Europea de Sociedades del Dolor** (*European Pain Federation, EFIC*), celebrado en Dublín en abril de 2022⁸. En este encuentro, de referencia internacional en el ámbito del dolor, se pusieron en común los últimos avances en el abordaje del dolor crónico, participando el equipo del Observatorio en la presentación de novedades en relación al dolor diabético neuropático y el dolor lumbar^{9,10,11}.

Este proyecto ha contado, adicionalmente, con la participación de **More than Research** y **BioInnova Consulting**, que han brindado apoyo en el diseño y desarrollo del barómetro y en la elaboración de este documento.

More than Research es una agencia de investigación multidisciplinar que ofrece servicios y soluciones adaptadas al cliente en las áreas de marketing y publicidad, redes sociales, análisis sociopolítico y sector sanitario. El equipo multidisciplinar de la compañía presenta una dilatada trayectoria en el desarrollo de estudios poblacionales y análisis sociales, destacando su experiencia en la definición de perfiles de pacientes y el dimensionamiento del mercado en salud, por medio de estudios demoscópicos¹².

BioInnova Consulting es una consultora especializada en el sector salud, que desarrolla proyectos en las áreas de estrategia en I+D+i, desarrollo de negocio, relaciones institucionales y acceso al mercado, comunicación y formación, recursos humanos y financiación de proyectos. La empresa cuenta con una destacada experiencia en la puesta en marcha de proyectos estratégicos con compañías farmacéuticas, organizaciones sanitarias y administraciones públicas, presentando un profundo conocimiento del sector sanitario y sus principales retos y agentes de referencia¹³.

Este documento aúna los objetivos principales de la Fundación Grünenthal y el Observatorio del Dolor y cuenta con la visión y experiencia de More than Research y BioInnova Consulting, a fin de presentar la situación de los pacientes adultos con dolor crónico en España, establecer conclusiones y plantear recomendaciones que permitan mejorar el conocimiento de la enfermedad y su abordaje desde una perspectiva biopsicosocial.

⁸ Federación Europea del Dolor. *12th Congress of the European Pain Federation EFIC*. Enlace.

⁹ Dueñas M. et al., 2022. *Relationships between sleep, mood disorders and cognitive function in type-II diabetic patients with diabetic neuropathic pain using structural equations [abstract]*. Abstract book of the 12th Congress of the European Pain Federation EFIC; Abstract nº 434.

¹⁰ Moral-Muñoz J. et al., 2022. *Profile of patients with low back pain in the PainReApp project [abstract]*. Abstract book of the 12th Congress of the European Pain Federation EFIC; Abstract nº 546.

¹¹ Moreno-Ligero M. et al., 2023. *mHealth Intervention for Improving Pain, Quality of Life, and Functional Disability in Patients With Chronic Pain: Systematic Review*. JMIR Mhealth Uhealth 2023 Feb 2;11:e40844. doi: 10.2196/40844. Enlace.

¹² More Than Research. *Inicio*. Enlace.

¹³ BioInnova Consulting. *Inicio*. Enlace.

Antecedentes de la enfermedad de dolor crónico

1. Definición

El **dolor**, según la descripción más reciente de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*International Association for the Study of Pain*, IASP), es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial. La percepción del dolor está influenciada por factores biológicos, psicológicos, sociales y personales y no puede ser inferida exclusivamente por la actividad de las neuronas sensoriales^{14,15}.

El dolor puede ser clasificado atendiendo a diferentes criterios relacionados con sus manifestaciones e impacto en el paciente, como son la duración, fisiopatología, etiología o el sistema afectado.

Según su **duración** en el tiempo, el dolor puede clasificarse en agudo o crónico. Mientras que el **dolor agudo** constituye mayoritariamente un síntoma o manifestación de una lesión tisular, el **dolor crónico** se considera una patología en sí mismo y es una enfermedad altamente incapacitante que afecta a los pacientes a nivel laboral, social, familiar y personal.

El dolor crónico es descrito como aquel que tiene lugar de forma continua (durante más de cuatro días a la semana) y persiste desde hace al menos tres meses. El dolor crónico presenta un carácter multifactorial, estando influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales¹⁶.

Conforme a los criterios de **ubicación anatómica** establecidos por la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades **CIE-11** de 2019, el dolor crónico se clasifica en siete grupos (Figura 1):

- Dolor crónico primario: caracterizado por la alteración funcional o el malestar emocional debidos a causas biológicas, psicológicas o sociales.
- Dolor crónico oncológico: causado por el cáncer y la metástasis asociada o por el tratamiento del mismo.
- Dolor crónico postquirúrgico o postraumático: iniciado o magnificado después de un procedimiento quirúrgico o una lesión tisular y persistente tras la curación.
- Dolor crónico neuropático: causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso.
- Dolor crónico orofacial y cefalea: aglutina el dolor provocado por lesiones bucofaciales y el dolor de cabeza que se manifiesta al menos la mitad de los días durante más de tres meses.

¹⁴ Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, 2020. *IASP Announces Revised Definition of Pain*. Enlace.

¹⁵ Dolor.com, 2020. *Nueva definición de dolor según la IASP*. Enlace.

¹⁶ Organización Mundial de la Salud, 2022. *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11 - dolor crónico*. Enlace.

- Dolor crónico visceral: originado en los órganos internos.
- Dolor crónico musculoesquelético: aparece en los huesos, articulaciones, músculos, columna vertebral, tendones o tejidos blandos.

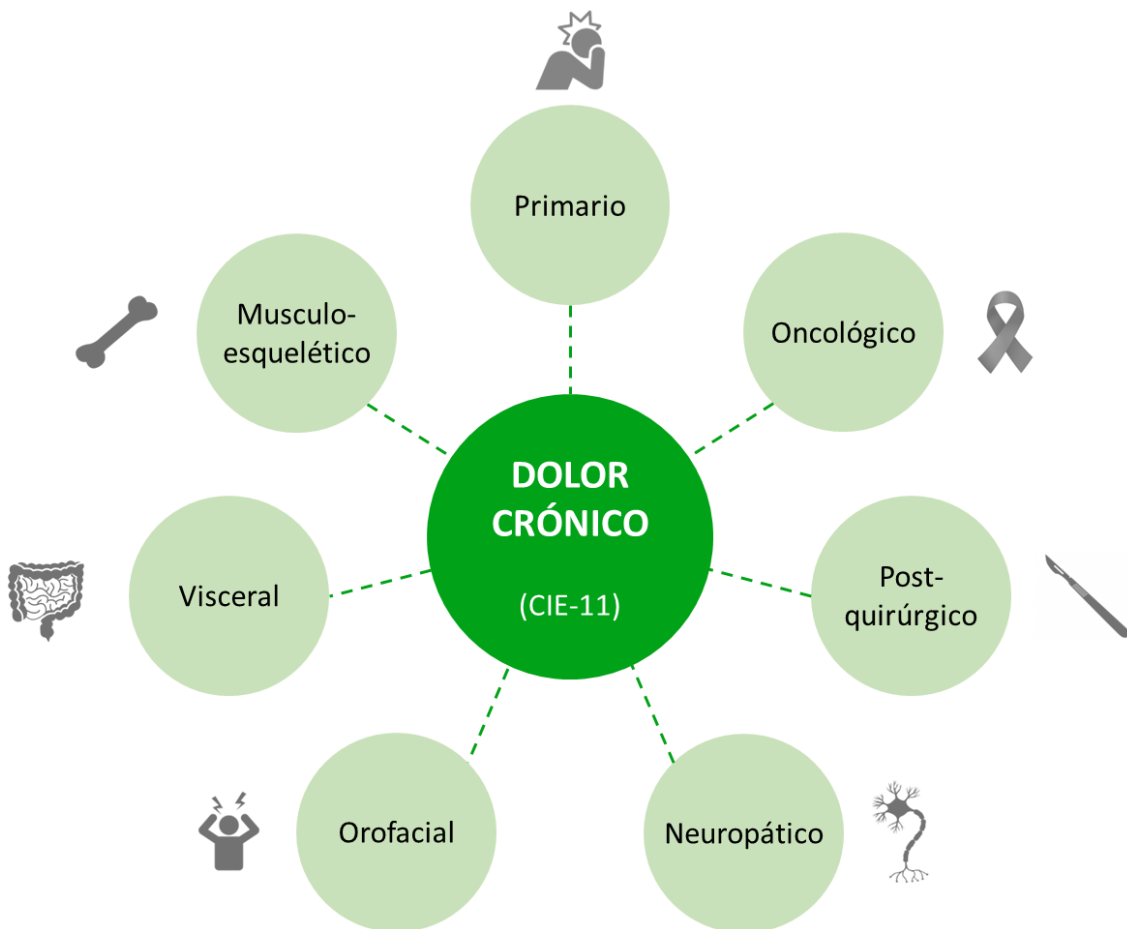


Figura 1. Clasificación del dolor crónico según la clasificación de enfermedad CIE-11.

Fuente: elaboración propia a partir de información de la Organización Mundial de la Salud (2022)^{16,17}.

De acuerdo a la **fisiopatología** del dolor, se establecen las siguientes categorías, que engloban tanto a dolencias agudas como a la enfermedad de dolor crónico¹⁸:

- Dolor nociceptivo: resultante de la actividad en vías neuronales, secundaria a estímulos potencialmente dañinos. El dolor nociceptivo constituye la forma más común de dolor crónico y se divide en dolor crónico somático, cuando afecta a los tejidos del organismo, y visceral, cuando afecta a los órganos internos.
- Dolor neuropático: consecuencia de una lesión o enfermedad en el sistema somatosensorial que satisfaga los criterios diagnósticos neurológicos. Según la

¹⁷ Dolor.com. *Clasificación del dolor crónico según la OMS*. Enlace.

¹⁸ Dolor.com, 2021. *Clasificación del dolor*. Enlace.

localización de la lesión en el sistema nervioso, se puede diferenciar entre dolor neuropático central o periférico.

- Dolor nociplástico: surgido de un procesamiento anormal de las señales de dolor sin que exista evidencia de daño tisular o patología en el sistema somatosensorial.

En función de la afección que suponga el dolor en el organismo, se puede hacer una distinción entre los **sistemas** que pueden verse afectados: nervioso, respiratorio, cardiovascular, musculoesquelético, cutáneo y subcutáneo, gastrointestinal y genitourinario. Las manifestaciones más comunes del dolor crónico afectan al sistema nervioso y al sistema musculoesquelético¹⁸.

De forma paralela a las clasificaciones mencionadas, es habitual la distinción del dolor según su **etiología**: oncológico y no oncológico. El **dolor oncológico** deriva de la propia enfermedad, por invasión y compresión de estructuras, de los efectos y comorbilidades de la misma o de los tratamientos utilizados. El **dolor no oncológico** incluye aquellas dolencias que no son secundarias a un proceso oncológico o sus tratamientos¹⁸.

La enfermedad de dolor crónico presenta un **gran impacto negativo en la calidad de vida** del paciente, repercutiendo significativamente en su vida cotidiana. La dificultad para desempeñar una actividad profesional, desarrollar actividades físicas o los impedimentos para llevar a cabo actividades diarias suponen una gran carga para los pacientes y su entorno¹⁹, sumándose al impacto sanitario de la enfermedad la afectación de las esferas biológica, psicológica y social del paciente^{20,21}.

La falta de procedimientos asistenciales que contemplen la vertiente personal y psicosocial de la enfermedad limitan, por tanto, el correcto abordaje de la misma. Por ello, uno de los principales retos futuros en el ámbito del dolor crónico es la implementación de **procedimientos asistenciales individualizados** que contemplen las diferentes vertientes de la enfermedad y permitan su abordaje desde una perspectiva médica, psicológica y social.

2. Impacto sociosanitario y económico

En este apartado se muestran los principales datos acerca del alcance del dolor crónico en la población, con el objetivo de cuantificar su **impacto a nivel mundial, europeo y nacional**.

Si bien la información reflejada permite comprender el impacto sociosanitario y económico de la enfermedad, la antigüedad de los datos presentados, procedentes en

¹⁹ De Sola H. et al., 2022. *Becoming a secondary actor of one's own life: A qualitative study of the experiences of informal caregivers in the care of people with chronic pain*. Health Expectations 2022; 1-10. doi:10.1111/hex.13671. Enlace.

²⁰ Dueñas M. et al., 2016. *A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system*. J Pain Res. 2016; 9: 457-467. doi: 10.2147/JPR.S105892. Enlace.

²¹ De Sola H., et al., 2016. *Use and satisfaction with the Healthcare System of the chronic pain patients in Spain: results from a nationwide study*. Current Medical Research and Opinion 2016 Nov;32(11):1813-1820. doi: 10.1080/03007995.2016.1211519. Enlace.

su mayoría de estudios desarrollados hace varios años, pone de manifiesto la necesidad de actualizar la información disponible, a fin de mejorar el conocimiento de la patología y de sus consecuencias en el paciente y su entorno.

Con esta motivación de actualizar el conocimiento en dolor crónico y de analizar la situación actual de la enfermedad se puso en marcha el barómetro que se presenta en este documento, pero se considera de interés reflejar previamente la información disponible hasta el momento, a fin de poner en contexto la importancia y consecuencias del dolor crónico en la sociedad.

2.1. Impacto a nivel mundial

La enfermedad de dolor crónico presenta un destacado impacto sociosanitario a nivel mundial, siendo una de las patologías crónicas con mayor repercusión en la salud de la población. Estudios realizados en el año 2014 estimaron una prevalencia global del 20%, lo que supondría a día de hoy cerca de **1.600 millones de pacientes** con dolor crónico en el mundo²².

El envejecimiento progresivo de la población, especialmente notorio en los países desarrollados, ha estado históricamente asociado al incremento de la incidencia y prevalencia de diferentes patologías, lo que podría suponer un **incremento futuro del impacto de la enfermedad** de dolor crónico a nivel sociosanitario y económico. Debido a ello, se antoja fundamental el adecuado reconocimiento y valoración de la enfermedad a nivel mundial y el fomento de la prevención y el abordaje asistencial.

Según las proyecciones establecidas en los últimos años por la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas, la **población mayor de 60 años** en el mundo se duplicará en las próximas tres décadas, pasando de 1.000 millones en 2020 (11% de la población) a 2.100 millones en 2050, lo que supondrá el **22%** de la población mundial. De forma paralela, la **población mayor de 80 años** se triplicará en este periodo, experimentando un incremento de los 143 millones de 2020 (1,5% de la población) a 426 millones en 2050, lo que representará el **4%** de la población mundial^{23,24}.

Si bien no se han llevado a cabo análisis del impacto económico de la enfermedad a nivel global, estudios llevados a cabo en el año 2006 determinaron que el dolor crónico genera unos **gastos superiores al 1,5% del Producto Interior Bruto en los países desarrollados**, lo que refleja la elevada repercusión de la enfermedad en los sistemas sanitarios²⁵.

²² Plataforma de Organizaciones de Pacientes & Sociedad Española del Dolor, 2018. *El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes*. Enlace.

²³ Organización Mundial de la Salud, 2021. *Envejecimiento y salud*. Enlace.

²⁴ Organización de las Naciones Unidas, 2022. *World Population Prospects 2022*. Enlace.

²⁵ Phillips C., 2006. *Economic burden of chronic pain*. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research 2006 Oct;6(5):591-601. doi: 10.1586/14737167.6.5.591. Enlace.

2.2. Impacto a nivel europeo

En Europa el impacto del dolor crónico en la sociedad fue analizado por medio de estudios desarrollados entre los años 2006 y 2011, que estimaron que el 19% de la población europea sufría de dolor crónico, lo que supondría **140 millones de afectados** en la actualidad^{26,27}.

La enfermedad de dolor crónico constituye, además, la causa más frecuente de incapacidad en la población, siendo la causa principal de casi un 17% de los casos de incapacidad registrados²⁸.

El envejecimiento poblacional también es uno de los retos demográficos más importantes en Europa, ya que en 2020 cerca del 20% de la población, 150 millones de ciudadanos, eran **mayores de 65 años**, cifra cuyo aumento se estima hasta el **28%** de la población en 2050, 200 millones de personas. Adicionalmente, la **población mayor de 85 años** pasará de suponer un 2,5% de la población en 2020, 19 millones de personas, a constituir un **6%** de la población en 2050, 43 millones de personas²⁹.

Debido al mencionado envejecimiento poblacional, se espera que la prevalencia de la enfermedad de dolor crónico sea mayor en los próximos años.

El impacto económico de la patología fue cuantificado en Europa, de acuerdo con datos de 2014, como un **gasto para el sistema sanitario entre el 1,5% y el 3% del Producto Interior Bruto de la Zona Euro**^{30,31}.

2.3. Impacto a nivel nacional

Impacto en la población

En España, diferentes estudios llevados a cabo entre 2011 y 2016 estimaron una prevalencia de dolor crónico en la población cercana al **17-18%**, lo que supondría a día de hoy que alrededor de **8 millones de personas** conviviesen con la enfermedad de dolor crónico en nuestro país^{20,32,33}.

²⁶ Breivik H. et al., 2006. *Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment*. Eur J Pain 2006; 10: 287-333. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009. Enlace.

²⁷ Langley P., 2011. *The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union*. Current Medical Research and Opinion 2011 Feb;27(2):463-80. doi: 10.1185/03007995.2010.542136. Enlace.

²⁸ Grünenthal, 2020. *2º Congreso Nacional Médico y Farmacéutico organizado por SEMERGEN y SEFAC*. Enlace.

²⁹ Eurostat, 2019. *Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the EU*. Enlace.

³⁰ Federación Europea del Dolor & Federación Europea de Asociaciones Neurológicas, 2010. *Improving the Current and Future Management of Chronic Pain. A European Consensus Report*. Enlace.

³¹ Torralba A. et al., 2014. *Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal"*. Revista de la Sociedad Española del Dolor 2014; 21(1): 16-22. doi: 10.4321/S1134-80462014000100003. Enlace.

³² Langley P. et al., 2011. *The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain*. J Med Econ 2011;14(3):367-80. doi: 10.3111/13696998.2011.583303. Enlace.

Información obtenida de la *National Health and Wellness Survey (NHWS)*, encuesta realizada en 2010 vía internet a 5.039 sujetos teniendo en cuenta el dolor sufrido en los 30 últimos días.

³³ Dueñas M., et al., 2015. *A nationwide study of chronic pain prevalence in the general spanish population: identifying clinical subgroups through cluster analysis*. Pain Medicine 2015 Apr;16(4):811-22. doi: 10.1111/pme.12640. Enlace.

En el año 2017, la Encuesta Nacional de Salud analizó los principales problemas de salud a nivel nacional, destacándose entre las patologías asociadas al dolor crónico el **dolor lumbar** (19,7% de la población), la **artrosis** (18,2% de la población), el **dolor cervical** (15,8% de la población) y la **migraña** (9,5% de la población), con diferente prevalencia entre mujeres y hombres (Figura 2).

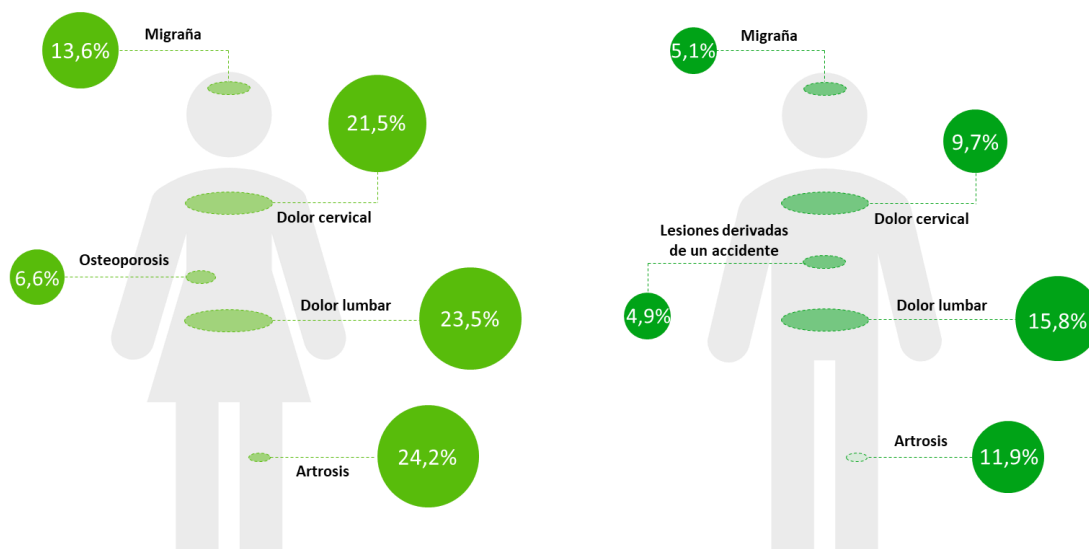


Figura 2. Principales problemas crónicos de salud asociados al dolor en España.

Fuente: elaboración propia a partir de información del INE (2022)³⁴.

Estos problemas de salud suponen un elevado impacto en la sociedad española y el sistema sanitario, debido a su elevada prevalencia y consecuencias en el paciente. La migraña y el dolor lumbar han sido estudiadas como dos de las principales patologías que repercuten en la calidad de vida de los pacientes españoles y su estado de salud^{35,36}.

El dolor lumbar, la artrosis, el dolor cervical y la migraña son las patologías asociadas al dolor crónico más frecuentes en ambos sexos, si bien la prevalencia de enfermedades crónicas asociadas al dolor es mayor en mujeres²².

El destacado impacto del dolor crónico en la salud de las mujeres ha motivado en los últimos años la creación de organismos enfocados en generar concienciación social acerca de esta problemática. La **Plataforma “Mujer y Dolor”**, asociación multidisciplinar de profesionales de la salud con carácter social y científico, tiene como objetivo fomentar el estudio e investigación del dolor para maximizar la sensibilización social acerca de las consecuencias del dolor crónico en la mujer³⁷.

³⁴ Instituto Nacional de Estadística, 2017. *Encuesta nacional de salud. Resultados*. Enlace.

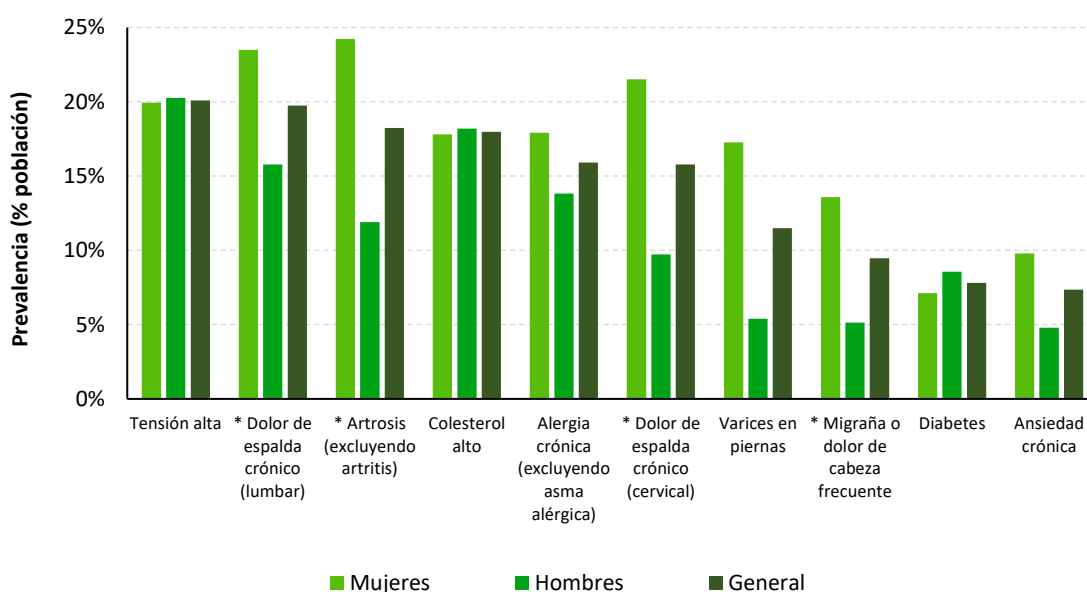
³⁵ Dueñas M., et al., 2020. *Differences in physical and psychological health in patients with chronic low back pain: a national survey in general Spanish population*. Quality of Life Research 2020 Nov;29(11):2935-2947. doi: 10.1007/s11136-020-02553-y. Enlace.

³⁶ Salazar A., et al., 2021. *Prevalence of Migraine in General Spanish Population; Factors Related and Use of Health Resources*. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021, 18, 11145. doi: 10.3390/ijerph182111145. Enlace.

³⁷ Plataforma Mujer y Dolor. *Objetivos*. Enlace.

Del forma paralela, se han impulsado iniciativas encaminadas al reconocimiento del dolor en la mujer a nivel institucional, destacando el documento “**Dolor crónico: consecuencias en la salud de las mujeres**”, publicado en el año 2020 por la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de la Junta de Andalucía. En este informe se analiza el impacto que supone esta enfermedad para las mujeres en el ámbito sociosanitario, laboral y familiar y se plantean mensajes clave encaminados a mejorar el entendimiento de la enfermedad y su posicionamiento como prioridad sanitaria³⁸.

El dolor lumbar, la artrosis, el dolor cervical y la migraña, dolencias asociadas al dolor crónico más frecuentes, formaron parte, adicionalmente, de las diez patologías crónicas generales identificadas como las más prevalentes en nuestro país en la Encuesta Nacional de Salud de 2017, lo que refleja el elevado impacto de la enfermedad de dolor crónico en la sociedad (Figura 3).



* Se muestran con un asterisco los problemas de salud asociados a dolor crónico (dolor lumbar, artrosis, dolor cervical y migraña).

Figura 3. Principales problemas crónicos de salud en España.

Fuente: elaboración propia a partir de información del Instituto Nacional de Estadística (2022)³⁴.

La tendencia al envejecimiento de la población, anteriormente mencionada, es especialmente notoria en España, lo que podría traducirse en un crecimiento progresivo del impacto del dolor crónico en la sociedad, enfermedad para la que la población mayor constituye uno de los colectivos más vulnerables³⁹.

En el año 2022 se ha registrado un máximo histórico del 133,5% en el **índice de envejecimiento**, lo que significa que se contabilizan 133,5 personas mayores de 65 años por cada 100 ciudadanos menores de 16 años en nuestro país (Figura 4).

³⁸ Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de la Junta de Andalucía, 2020. *Dolor crónico: consecuencias en la salud de las mujeres*. Enlace.

³⁹ Miró, J. et al., 2007. *Pain in older adults: A prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia*. European Journal of Pain 2007 Jan;11(1):83-92. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.01.001. Enlace.

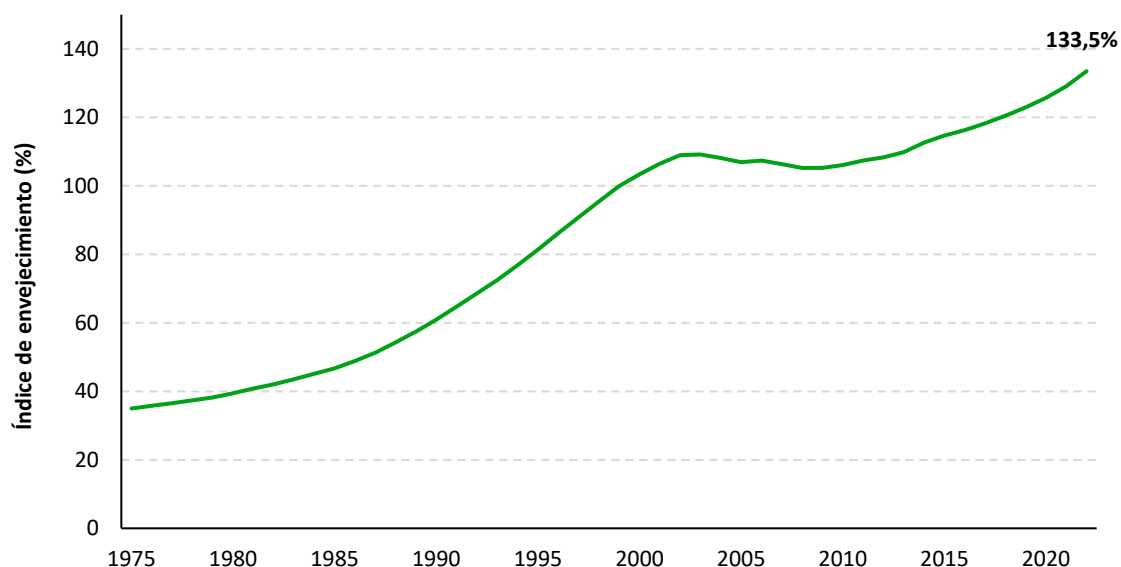


Figura 4. Evolución del índice de envejecimiento en España (1975-2022).

Fuente: elaboración propia a partir de información de El Economista y el INE (2022)^{40,41}.

Los dos principales factores que explican esta tendencia alcista en el índice de envejecimiento en la población española son la **baja natalidad** y el aumento continuo de la **esperanza de vida**.

La tasa de natalidad, que mide el número de nacimientos por cada mil habitantes, fue de 7,1‰ en 2021. De forma paralela, el índice de fecundidad, que refleja el número medio de hijos por mujer en edad fértil (de 15 a 49 años), se situó en 1,2 hijos por mujer (Figura 5).

La esperanza de vida en España, cuarto país del mundo, se recuperó parcialmente del descenso de 2020 causado por la pandemia y fue de 83,1 años en 2021 (Figura 6).

⁴⁰ El Economista, 2022. *El envejecimiento se dispara en España en 2022 hasta el 133,5%*. Enlace.

⁴¹ Instituto Nacional de Estadística, 2022. *Índice de Envejecimiento por Comunidad Autónoma*. Enlace.

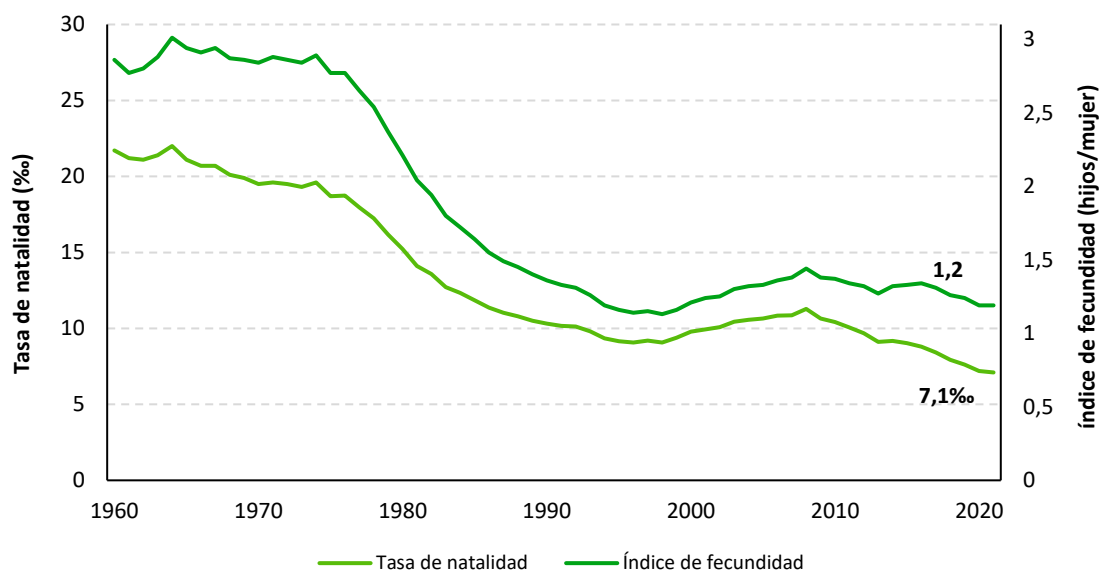


Figura 5. Evolución de la natalidad en España (1960-2021).

Fuente: elaboración propia a partir de información de Expansión (2022)⁴².

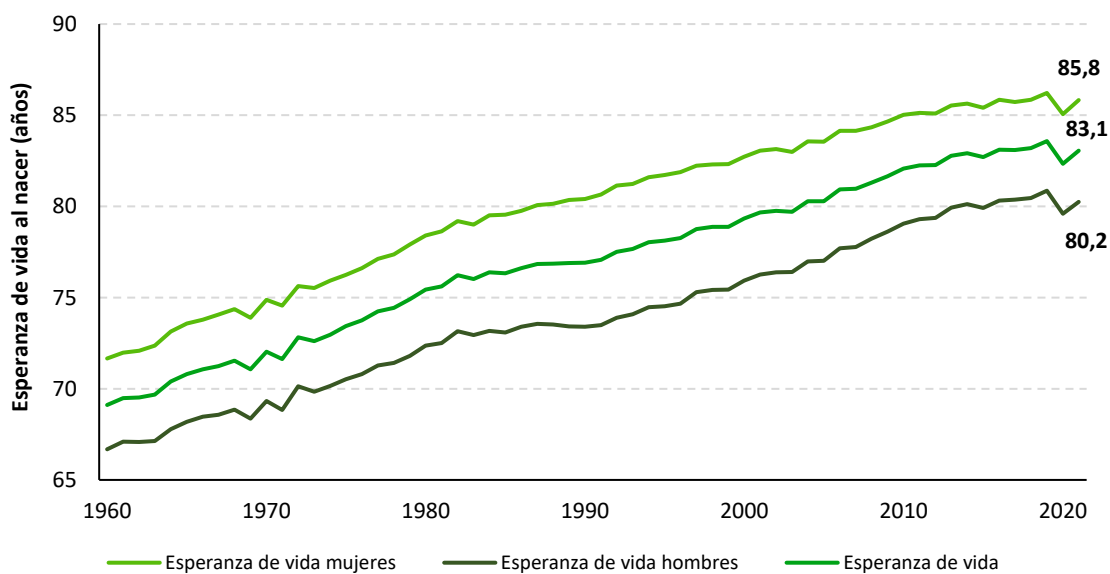


Figura 6. Evolución de la esperanza de vida en España (1960-2021).

Fuente: elaboración propia a partir de información de Expansión (2022)⁴³.

Por todo ello, las proyecciones más recientes estiman que España será el país más envejecido del mundo en el año 2050, momento en el que 15,7 millones de personas serán **mayores de 65 años, 31,4%** de la población (frente al 19,6% actual) y habrá 5,8 millones de personas **mayores de 80 años, 11,6%** de la población (frente al 6% actual)⁴⁴.

⁴² Expansión, 2022. *España – Natalidad*. Enlace.

⁴³ Expansión, 2022. *España – Esperanza de vida al nacer*. Enlace.

⁴⁴ Instituto Nacional de Estadística, 2020. *Proyecciones de población 2020-2070*. Enlace.

Cabe destacar también que, según los datos de la Encuesta Europea de Salud del año 2014, el 54% de la población española mayor de 14 años había recibido algún **tratamiento farmacológico** para el dolor en las dos últimas semanas, lo que, si bien no es un indicador de la magnitud del dolor crónico, muestra la habitual aparición de episodios de dolor en la población, que pueden derivar en la patología crónica⁴⁵. Asimismo, estudios más recientes confirman una cifra más elevada entre las personas con dolor crónico, dado que alrededor del 67% se encontrarían bajo algún tratamiento para el dolor⁴⁶.

Adicionalmente, la enfermedad de dolor crónico presenta un elevado impacto económico en nuestro país, estimándose en el año 2014 unos gastos sanitarios derivados de la patología de **16.000 millones de euros anuales**, un **2,5% del Producto Interior Bruto**. Los costes directos, que fueron cuantificados en 13.500 millones de euros, proceden de las consultas con los profesionales sanitarios y la utilización de los recursos y herramientas del sistema sanitario por parte del paciente. Los costes indirectos, calculados en 2.500 millones de euros, son consecuencia del impacto de la patología en el mercado laboral⁴⁷.

Impacto en el paciente y su entorno

El impacto de la enfermedad de dolor crónico en la población española redonda en una disminución en la calidad de vida de los pacientes, afectando a su salud y su autonomía a nivel personal, social y laboral, así como al bienestar de sus familiares y entorno.

Estudios recientes han estimado que el 65% de pacientes con dolor crónico en España, 5,2 millones de personas, sufren de **dolor crónico discapacitante**, mientras que el 35% restante presentan dolor crónico no discapacitante, lo que representa 2,8 millones de personas⁴⁷.

Adicionalmente, hasta un 70% de los pacientes manifiestan tener un menor **rendimiento profesional** a causa del dolor crónico y más de un 4% han necesitado de bajas laborales, otra muestra del impacto e incapacitación que la enfermedad genera en los pacientes^{22,48}.

La afección de la salud a diferentes niveles, la pérdida de autonomía y la dificultad para trabajar y desarrollar una vida autónoma suponen una gran dependencia en los pacientes, que tienen en sus familiares, cuidadores y entorno el pilar fundamental para el cuidado diario y el control cotidiano de la enfermedad.

⁴⁵ Instituto Nacional de Estadística, 2014. *Encuesta Europea de Salud. Asistencia sanitaria: Cifras relativas - consumo de medicamentos*. Enlace.

⁴⁶ Ortega-Jiménez P., et al., 2020. *A Nationwide Cross-Sectional Study of Self-Reported Adherence and Factors Associated with Analgesic Treatment in People with Chronic Pain*. Journal of Clinical Medicine. 2020; 9(11):3666. doi:10.3390/jcm9113666. Enlace.

⁴⁷ Plataforma de Organizaciones de Pacientes, 2021. *Modelo de atención centrada en la persona con enfermedad y dolor crónico*. Enlace.

⁴⁸ De Sola H., et al., 2016. *Nationwide cross-sectional study of the impact of chronic pain on an individual's employment: relationship with the family and the social support*. BMJ Open 2016;6:e012246. doi:10.1136/bmjopen-2016-012246. Enlace.

La necesidad de apoyo continuo por parte de los pacientes y las consecuencias del dolor en su salud, sumadas al habitual desconocimiento de la enfermedad y la falta de información específica, tienen un profundo impacto en la calidad de vida de familiares y allegados de los pacientes.

3. Principales agentes en el ámbito del dolor crónico

El entendimiento y tratamiento del dolor ha sido uno de los principales retos de la historia de la medicina, ya que muchas de las enfermedades conocidas causan dolor y este constituye la causa más frecuente de incomodidad y malestar en los pacientes.

El concepto clásico de dolor, entendido como un síntoma asociado a una enfermedad, dio paso en el año 2001 a una nueva visión del dolor, considerándose el dolor crónico como una enfermedad en sí misma y en su reconocimiento como un problema de salud pública⁴⁹.

Adicionalmente, en el año 2019, la publicación de la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11 introdujo nuevos conceptos taxonómicos relacionados con las patologías que cursan con dolor crónico, incluyendo el dolor crónico primario y reforzando la consideración del dolor crónico como una enfermedad en sí misma^{16,50}.

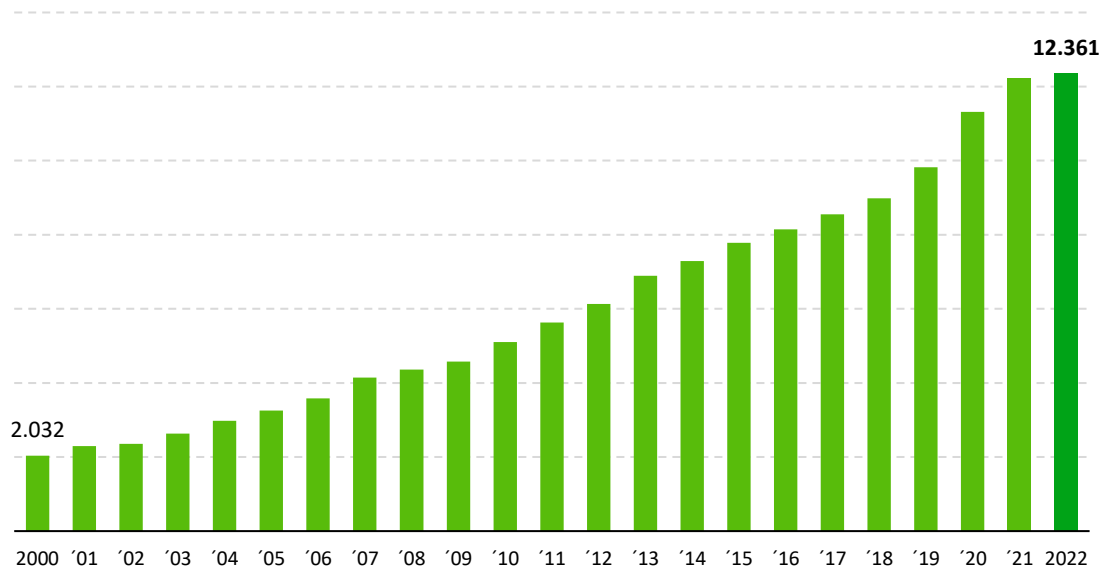
En las últimas dos décadas ha tenido lugar un **auge de la investigación en dolor crónico**, favorecida por el objetivo de mejorar el abordaje de la enfermedad y minimizar su impacto en la sociedad y los pacientes. Este crecimiento de la investigación puede observarse en la evolución en el número de publicaciones relacionadas con el dolor crónico desde principios de siglo.

De las casi 150.000 publicaciones acerca del dolor crónico registradas históricamente en el repositorio de PubMed, cerca de 127.000 han sido desarrolladas en el siglo XXI, lo que representa un 85% del total.

Además, el número de publicaciones acerca del dolor crónico se ha multiplicado por seis desde el año 2000, pasando de las cerca de 2.000 publicaciones a comienzos de siglo a las más de 12.000 registradas en 2022 (Figura 7).

⁴⁹ Dolor.com, 2019. *Historia del dolor crónico*. Enlace.

⁵⁰ Margarit C., 2019. *La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas*. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.26 no.4 Madrid jul./ago. 2019. doi: 10.20986/resed.2019.3752/2019. Enlace.



*Para la obtención de los datos se llevó a cabo una búsqueda avanzada del término “chronic pain” en el repositorio de publicaciones de PubMed y se contabilizó el número de resultados obtenidos.

Figura 7. Evolución en el número de publicaciones sobre dolor crónico en PubMed (2000-2022).

Fuente: elaboración propia a partir de información de PubMed (2022)⁵¹.

El número de publicaciones en el ámbito del dolor crónico que hacen referencia específicamente al dolor en adultos se sitúa por encima de las 70.000, lo que representa un 47% del número de publicaciones totales. 58.000 de estas publicaciones se han desarrollado en el siglo XXI, representando un 46% del número de publicaciones de dolor crónico en este periodo.

Desde el año 2000, las publicaciones referentes al dolor crónico en adultos se han triplicado, creciendo desde 1.000 publicaciones hasta las casi 3.000 registradas en 2022.

Por todo ello, en las últimas dos décadas, diferentes agentes se han erigido como figuras de referencia en el ámbito de la enfermedad, impulsando iniciativas y proyectos de relevancia a nivel mundial, europeo y nacional.

3.1. Agentes a nivel mundial

Ante el creciente impacto socio-sanitario y económico de la patología de dolor crónico, diferentes organismos internacionales, liderados por la **Organización Mundial de la Salud**, han instado a los países y organizaciones internacionales a incluir el dolor crónico como una prioridad sanitaria, a fin de desarrollar protocolos clínicos y esquemas asistenciales para los pacientes con esta enfermedad que permitan mejorar su calidad de vida⁴⁷.

El organismo más destacado en la promoción del estudio y conocimiento del dolor a nivel global es la **Asociación Internacional para el Estudio del Dolor** (*International Association for the Study of Pain*, IASP), que impulsa proyectos enfocados al

⁵¹ PubMed, 2022. *Búsqueda avanzada – chronic pain*. Enlace.

conocimiento del dolor y la mejora de su abordaje por medio de la concienciación social y el análisis de los temas de mayor relevancia en el manejo de la enfermedad. Esta asociación, que sirve como referencia internacional en la patología para la Organización Mundial de la Salud, cuenta con equipos de trabajo multidisciplinares que aglutinan a científicos, médicos y profesionales de la salud, gestores sanitarios y reguladores⁵².

3.2. Agentes a nivel europeo

El principal organismo que impulsa acciones en el ámbito del dolor a nivel europeo es la **Federación Europea de Sociedades del Dolor** (EFIC), que plantea como objetivos la mejora de la investigación, educación y manejo clínico del dolor; la promoción del manejo del dolor desde una perspectiva multidisciplinar, multiprofesional y biopsicosocial y el avance en el conocimiento de la patología y su abordaje, actuando como una fuente de recursos científicos especializados en la enfermedad⁵³.

La Federación ha impulsado el desarrollo de actividades en colaboración con la industria farmacéutica, entre las que destaca el **proyecto Societal Impact of Pain** (SIP). Este proyecto ha favorecido la puesta en marcha de planes estratégicos contra el dolor y ha contribuido a extender las buenas prácticas en el abordaje de la enfermedad a nivel europeo.

Otro agente destacado en el ámbito europeo es la **Alianza Europea del Dolor** (*Pain Alliance Europe*, PAE), consorcio formado por asociaciones nacionales y regionales de países europeos, fundamentalmente de pacientes, comprometidas con el dolor crónico y su abordaje que ha participado en el mencionado proyecto *Societal Impact of Pain* (SIP). El objetivo fundamental de esta alianza es proporcionar al paciente herramientas para participar en la toma de decisiones asistenciales, por medio de acciones que impulsen la concienciación social y el desarrollo de políticas europeas que mitiguen el impacto de la patología⁵⁴.

3.3. Agentes a nivel nacional

Sociedades científicas

Sociedades enfocadas en el abordaje del dolor

En España, la **Sociedad Española del Dolor** (SED), fundada en 1990, es la sociedad científica de referencia en el ámbito del Estudio y Tratamiento del Dolor.

La Sociedad Española del Dolor es una asociación científica multidisciplinar y sin ánimo de lucro, cuyos objetivos son promover trabajos científicos sobre los mecanismos y el tratamiento del dolor, sensibilizar a la sociedad sobre la problemática asociada a este y

⁵² Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. *About*. Enlace.

⁵³ Federación Europea del Dolor. *Objectives*. Enlace.

⁵⁴ Pain Alliance Europe. *About - Pain Alliance Europe*. Enlace.

fomentar la mejora constante en la valoración y la terapia de los pacientes que sufren dolor.

La sociedad ha sido concebida desde su inicio como el capítulo español de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y de la Federación Europea de Sociedades del Dolor (EFIC), que son, a su vez, agentes de referencia en temas de dolor para la Organización Mundial de la Salud. En la actualidad, más de 1.500 socios activos provenientes de todo el territorio nacional, así como de diversos países latinoamericanos, constituyen la sociedad, en la que se integran profesionales de distintas especialidades y grados: médicos, enfermeros, farmacólogos, psicólogos, biólogos, fisioterapeutas y científicos de diversa índole.

Esta sociedad desarrolla iniciativas formativas y producción científica en el campo del dolor, además de desempeñar la necesaria interlocución institucional y social destinada a pacientes y asociaciones, otras organizaciones científicas, profesionales sanitarios, administración sanitaria y la sociedad en su conjunto⁵⁵.

La **Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor (SEMDOR)**, fundada en 2020, es otra de las organizaciones de mayor relevancia en España. Esta es una sociedad científica que reúne a profesionales sanitarios de diferentes especialidades para abordar el dolor a nivel social desde una perspectiva multidisciplinar. Los objetivos principales de la sociedad son mejorar el conocimiento del dolor en los profesionales sanitarios, por medio de la consecución de la especialidad de Medicina del Dolor, y la promoción de la lucha contra el dolor en todos los ámbitos⁵⁶.

Adicionalmente, cabe destacar el papel de otras sociedades científicas a nivel nacional que, si bien no están especializadas en el ámbito de la patología, han participado en iniciativas de impacto relacionadas con el dolor desde la vertiente médica y farmacéutica de la asistencia a los pacientes.

Sociedades de Medicina y Enfermería

La asistencia médica a los pacientes con dolor crónico es el pilar principal en el abordaje de la enfermedad, existiendo sociedades médicas que han impulsado iniciativas para la mejora asistencial y el conocimiento de la enfermedad que han sido decisivas para la optimización del abordaje del dolor en el sistema sanitario.

La **Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)**, creada en 1988, tiene como misión consolidar la representación de los médicos generales y de familia y potenciar la posición de los mismos ante los organismos oficiales, la administración sanitaria y la ciudadanía, potenciando la formación y el desarrollo científico de los profesionales⁵⁷.

La sociedad tiene en el estudio del dolor uno de sus pilares fundamentales, presentando un **Área de Dolor** que constituye un espacio de formación para médicos, por medio de

⁵⁵ Sociedad Española del Dolor. *Qué es la SED*. Enlace.

⁵⁶ Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor. *¿Qué es SEMDOR?* Enlace.

⁵⁷ Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. *¿Quiénes somos?* Enlace.

la publicación de contenidos relacionados con el dolor y su abordaje, y un punto de partida para el desarrollo de la investigación sanitaria⁵⁸.

La **Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)**, fundada en 1973, desarrolla acciones estratégicas en el ámbito de la Medicina de Familia, fomentando la excelencia en la investigación médica e impulsando la atención al paciente. Esta sociedad lleva a cabo proyectos institucionales y formativos encaminados a mejorar la situación de la Atención Primaria en España y su capacidad asistencial⁵⁹.

Uno de los ámbitos en los que la sociedad presenta un mayor compromiso es el abordaje asistencial del dolor, habiéndose conformado un **Grupo de Trabajo de Dolor y Cuidados Paliativos**, orientado a la personalización y humanización de la medicina y la mejora en la calidad de vida del enfermo terminal en todas sus vertientes: biológica, psicológica, espiritual y social⁶⁰.

La **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)**, fundada en 1982, plantea como objetivo la mejora en la formación de los médicos de familia y la generación de información de calidad para los profesionales sanitarios y la sociedad, posicionándose como una sociedad referente en el ámbito de la Atención Primaria⁶¹.

La sociedad presenta diferentes grupos de trabajo, centrados en dar respuesta a las demandas y aspiraciones de la comunidad científica, el sistema sanitario y la sociedad en general acerca de enfermedades y problemas de salud de impacto. Una de las áreas de trabajo más destacadas es el dolor crónico, para la cual se está constituyendo un **Grupo de Trabajo de Dolor Crónico Persistente**, cuyas contribuciones futuras se antojan relevantes para mejorar el abordaje terapéutico de los pacientes con dolor crónico⁶².

Adicionalmente, la sociedad ha participado en iniciativas de impacto en el ámbito del dolor crónico en los últimos años, entre las que destaca la publicación conjunta con la SEMG y SEMERGEN del **“Documento de consenso para la atención al paciente con dolor crónico no oncológico en Atención Primaria”** en el año 2016. En este documento se establecen recomendaciones para la asistencia al paciente con dolor crónico por parte de los médicos de familia, a fin de garantizar un adecuado abordaje adaptado a los recursos disponibles en Atención Primaria⁶³.

La **Sociedad Española de Reumatología (SER)**, constituida en 1948, pretende fomentar el conocimiento de las patologías reumáticas por medio de la formación médica, la investigación científica y la divulgación y difusión de conocimiento entre la población general. Si bien esta sociedad no presenta un grupo de trabajo específico de dolor, ha

⁵⁸ Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. *Área de Dolor*. Enlace.

⁵⁹ Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. *Grupos de trabajo*. Enlace.

⁶⁰ Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. *GT - Dolor y Cuidados Paliativos*. Enlace.

⁶¹ Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. *Quiénes somos*. Enlace.

⁶² Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. *Grupos de trabajo*. Enlace.

⁶³ Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, 2016. *Documento de consenso para la atención al paciente con dolor crónico no oncológico en Atención Primaria*. Enlace.

desarrollado acciones de relevancia para los pacientes con enfermedades reumáticas, muy asociadas al dolor musculoesquelético⁶⁴.

La **Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)**, fundada en el año 1992, desarrolla iniciativas con el fin de impulsar los cuidados paliativos a nivel nacional y actuar como agente de referencia para la cooperación de los profesionales sanitarios que trabajan en este ámbito. Las acciones puestas en marcha por esta sociedad han tenido un impacto decisivo en la mejora del abordaje de los pacientes terminales con dolor crónico⁶⁵.

La **Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG)**, creada en 1948, tiene el objetivo de fomentar el avance en el conocimiento del envejecimiento humano desde una perspectiva individual y social que favorezca un abordaje integral de las enfermedades asociadas al envejecimiento. Como se ha mencionado en apartados anteriores, el envejecimiento poblacional puede suponer un incremento del impacto del dolor crónico en la sociedad, por lo que las acciones impulsadas por esta sociedad son clave para la mejora en el conocimiento y tratamiento de esta enfermedad⁶⁶.

La **Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT)**, constituida en el año 1935, tiene el objetivo de mejorar la formación científica de los médicos y potenciar su rol central en la comunicación y la mejora de la calidad de vida de los pacientes. La sociedad plantea tres líneas de actuación, centradas en traumatología, la investigación de tumores osteomusculares y el trabajo en infecciones osteoarticulares, las cuales han permitido expandir el conocimiento de las enfermedades y lesiones del sistema esquelético y muscular, algunas de las cuales se asocian con el dolor crónico musculoesquelético⁶⁷.

La **Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF)**, fundada en 1957, se plantea la meta de promover el desarrollo de la rehabilitación y la medicina física por medio de la formación continuada de los profesionales, la investigación científica y la cooperación en la práctica clínica⁶⁸.

Para ello, la sociedad ha puesto en marcha diferentes grupos de trabajo, entre los que cabe destacar de **Grupo de Estudio, Trabajo e Investigación del Dolor Crónico en la Rehabilitación (GETIDOR)**, que ha organizado cursos de formación acerca del tratamiento del dolor en diferentes partes del cuerpo y ha permitido mejorar la formación de los profesionales de rehabilitación en el manejo del paciente con dolor crónico⁶⁹.

La **Sociedad Española de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica (SEFIFAC)**, nacida en el año 2016, es una asociación multidisciplinar de carácter científico, formativo y social que tiene por objeto fomentar la información, la investigación, el estudio y el

⁶⁴ Sociedad Española de Reumatología. *Quiénes somos*. Enlace.

⁶⁵ Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Quiénes somos*. Enlace.

⁶⁶ Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. *Historia de la SEGG*. Enlace.

⁶⁷ Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. *¿Qué es la SECOT?* Enlace.

⁶⁸ Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. *Quiénes somos - Historia*. Enlace.

⁶⁹ Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. *Grupos de trabajo*. Enlace.

conocimiento de estas enfermedades, a fin de favorecer el apoyo social y sanitario y el adecuado tratamiento de los pacientes que las sufren. Las líneas de trabajo de la sociedad están enfocadas en mejorar el conocimiento y abordaje de las patologías asociadas a la sensibilización central del sistema nervioso, asociadas en ocasiones al dolor crónico⁷⁰.

La **Asociación Española de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor** (ASEEDAR-TD), constituida en 1987, tiene como fin obtener el reconocimiento académico y profesional y la formación de los profesionales de enfermería que desarrollan su labor asistencial en las áreas de anestesia, reanimación y atención al dolor. Para ello, desde la Asociación se han impulsado actividades de formación y difusión de conocimientos para profesionales, encaminados a mejorar la calidad de los cuidados al paciente con dolor y potenciar la evolución tecnológica y las mejoras diagnósticas y terapéuticas en el proceso asistencial⁷¹.

La **Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria** (FAECAP), fundada en el año 1998, tiene el objetivo de promover el progreso científico y la investigación en Enfermería en el ámbito de la Atención Primaria y potenciar la formación de los profesionales y la calidad asistencial. El dolor constituye una de las áreas de mayor interés para la Federación, que se ha hecho eco de los principales eventos de relevancia en el ámbito del dolor para la formación de los profesionales⁷².

La **rama española de la Sociedad Europea de Anestesia Regional y Tratamiento del Dolor** (*European Society of Regional Anesthesia and Pain Management*, ESRA) presenta actividad a nivel nacional desde el año 1991, con el compromiso de realizar actividades de formación para los especialistas anestesiólogos que permitan optimizar el tratamiento y seguridad del paciente con dolor⁷³.

Este compromiso con la mejora asistencial a pacientes con dolor se refleja en la publicación de guías de tratamiento para diferentes patologías asociadas al dolor agudo y crónico, que han permitido modernizar el abordaje asistencial de la enfermedad desde el prisma de la anestesia⁷⁴.

Sociedades de Farmacia

En lo que respecta al abordaje farmacológico de la enfermedad de dolor crónico, las siguientes sociedades han llevado a cabo acciones de impacto que han contribuido a la mejora en el conocimiento del dolor.

La **Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria** (SEFH), constituida en el año 1955, tiene como objetivo incrementar el conocimiento sobre la Farmacia Hospitalaria y el uso adecuado y seguro de medicamentos y productos sanitarios a nivel nacional⁷⁵.

⁷⁰ Sociedad Española de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica. *Quiénes somos*. Enlace.

⁷¹ Asociación Española de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor. *Quiénes somos*. Enlace.

⁷² Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria. *Quiénes somos*. Enlace.

⁷³ Sociedad Europea de Anestesia Regional y Tratamiento del Dolor - España. *Sobre nosotros*. Enlace.

⁷⁴ Sociedad Europea de Anestesia Regional y Tratamiento del Dolor - España. *Artículos - dolor crónico*. Enlace.

⁷⁵ Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. *Quiénes somos*. Enlace.

El dolor constituye una de las líneas estratégicas más destacadas de la sociedad a través de un **Grupo de Trabajo de Dolor**, que tiene como objetivos posicionar el dolor como pieza clave en la Farmacia Hospitalaria para lograr una mejor calidad asistencial al paciente e implicar al Farmacéutico Hospitalario en su manejo terapéutico. Este grupo, que cuenta con un equipo de farmacéuticos especializados en el abordaje farmacológico del dolor en sus diferentes ámbitos, ha desarrollado proyectos formativos y de investigación que han tenido un impacto destacado en el posicionamiento del dolor en el ámbito farmacéutico⁷⁶.

La **Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria** (SEFAC), fundada en el año 2000, tiene la misión de favorecer la evolución del papel del farmacéutico en la atención comunitaria, desde la provisión del medicamento hasta la prestación de servicios farmacéuticos centrados en el paciente y en la población y en adecuada coordinación con profesionales sanitarios y agentes institucionales⁷⁷.

La sociedad presenta un **Grupo de Trabajo de Dolor**, cuyo objetivo principal es actualizar la formación de los farmacéuticos en materia de dolor, por medio del impulso de proyectos de investigación y la divulgación científica en el campo del abordaje del dolor⁷⁸.

Otra sociedad destacada en el ámbito farmacéutico es la **Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria** (SEFAP), fundada en 1943 y orientada a mejorar la utilización de los medicamentos en el ámbito de la Atención Primaria para optimizar los resultados en salud. Los pacientes con dolor crónico reciben habitualmente asistencia por parte de los profesionales de Atención Primaria, por lo que las iniciativas de esta asociación han sido decisivas para mejorar el abordaje de la enfermedad⁷⁹.

Sociedades de gestión sanitaria

La **Sociedad Española de Calidad Asistencial** (SECA), constituida en el año 1984, tiene como misión fomentar e impulsar la mejora continua de la Calidad Asistencial en el ámbito sanitario, desde una perspectiva multidisciplinar que busque fomentar una cultura de calidad sanitaria. La sociedad desarrolla numerosos eventos y proyectos enfocados en la difusión de la cultura de calidad y el rigor científico, en los que participan agentes sanitarios a todos los niveles: pacientes, profesionales, sociedades e instituciones⁸⁰.

La **Sociedad Española de Directivos de la Salud** (SEDISA), fundada en 2008, aglutina a entidades públicas y privadas que presentan un compromiso con la salud y tiene como misión contribuir a transformar y hacer evolucionar el modelo sanitario hacia la excelencia a través de la profesionalización de los directivos de la salud y la gestión sanitaria y de la autonomía de la gestión. Para ello, pone en marcha actividades de

⁷⁶ Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. *Grupo de trabajo de Dolor de la SEFH*. Enlace.

⁷⁷ Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria. *Misión, visión y valores*. Enlace.

⁷⁸ Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria. *Grupos de trabajo*. Enlace.

⁷⁹ Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. *Qué es la SEFAP*. Enlace.

⁸⁰ Sociedad Española de Calidad Asistencial. *¿Quiénes somos?* Enlace.

formación y divulgación enfocadas en la transformación del sector sanitario en las que participan directivos y profesionales del sector⁸¹.

La **Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)**, fundada en el año 2015, engloba a un equipo de profesionales de la salud enfocado en poner en valor y reforzar el papel de la Atención Primaria y Comunitaria en el sistema sanitario. La sociedad desarrolla iniciativas de formación para directivos del ámbito de la salud, planteándose como objetivo la promoción del trabajo en equipo, la calidad y la eficiencia del sistema sanitario nacional⁸².

La **Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE)**, constituida en el año 2021, está formada por profesionales de Enfermería implicados en actividades y responsabilidades de gestión sanitaria. La Asociación tiene como objetivo conformar y mantener un foro de encuentro, reflexión y opinión en el que los profesionales puedan aportar su visión acerca de los temas de mayor impacto en el contexto sociosanitario actual⁸³.

Adicionalmente, desde el momento de su fundación, la Asociación presenta un destacado compromiso con la investigación, plasmado en el *Proyecto Nursing Research Challenge*, desarrollado en colaboración con el Servicio Vasco de Salud y que tiene como meta impulsar la investigación en gestión en las organizaciones sanitarias⁸⁴.

Organizaciones de pacientes

A nivel nacional, existen diferentes asociaciones de pacientes que trabajan activamente para mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor. Entre otras, destacan la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP), el Foro Español de Pacientes (FEP), la Liga Reumatológica Española (LIRE) y sus representantes regionales, la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE), la Fundación Internacional de la Osteoartritis (*Osteoarthritis Foundation International, OAFI*), la Alianza contra el Dolor de la Asociación Española de Pacientes con Dolor Neuropático, Disfunción de ATM y Neuralgia del Trigémino (AEPA-ATM), la Federación Española de Diabetes (FEDE), el Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC), etc.

La **Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)**, constituida en 2014, presenta un Grupo de Trabajo de Dolor, enfocado en el desarrollo de iniciativas de concienciación que permitan mejorar el conocimiento y abordaje del dolor.

Adicionalmente, cabe mencionar la contribución de otras asociaciones que, de manera directa o indirecta trabajan en este campo, como la Asociación Dolor Pélvico Crónico (ADOPEC), la Asociación Ciudadana de Afectados por la Cistitis Intersticial y el Síndrome del Dolor Vesical (ACACI), la Alianza General de Pacientes (AGP), la Fundación

⁸¹ Sociedad Española de Directivos de la Salud. *Misión y Visión*. Enlace.

⁸² Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. *Acerca de SEDAP*. Enlace.

⁸³ Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. *Misión - Visión*. Enlace.

⁸⁴ Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. *Proyecto Nursing Research Challenge*. Enlace.

Rheumatos, la Fundación Josep Carreras contra la Leucemia, la Fundación de Afectados por la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica (Fundación FF), etc.

4. Proyectos y estrategias relacionados con el abordaje del dolor crónico

4.1. Proyectos a nivel mundial

La nueva consideración de la enfermedad de dolor crónico surgida en el siglo XXI supuso una nueva era en el conocimiento del dolor a nivel mundial, posicionándolo como una prioridad sanitaria y motivando el desarrollo de iniciativas enfocadas a garantizar el adecuado abordaje de la enfermedad y potenciar la formación de los profesionales sanitarios. La **Organización Mundial de la Salud** y la **Asociación Internacional para el Estudio del Dolor** (IASP), agentes de mayor relevancia en el ámbito del dolor crónico a nivel global, han sido los principales impulsores de las iniciativas en este campo.

En este apartado se reflejan las iniciativas con mayor impacto a nivel mundial, que comprenden el desarrollo de guías de prácticas clínicas para fomentar la asistencia óptima al paciente y la puesta en marcha de iniciativas divulgativas y de concienciación para mejorar el conocimiento de la enfermedad en todos los niveles sociales y sanitarios y la visibilidad de los pacientes.

Desarrollo de guías de práctica clínica

Estas guías, desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), han permitido sentar las bases para el abordaje de diferentes patologías asociadas al dolor crónico a nivel internacional, planteando pautas de actuación tanto en el ámbito científico y médico como en el ámbito ético y de humanización.

La Organización Mundial de la Salud ha estado enfocada de forma prioritaria en la publicación de guías orientadas al manejo del **dolor crónico infantil**, principalmente desde un punto de vista farmacológico. En los últimos años, el auge de la visión biopsicosocial y centrada en el paciente de la asistencia ha potenciado el desarrollo de nuevas recomendaciones para el manejo del dolor infantil, incorporándose en estas una visión integral de la enfermedad y planteándose acciones desde una perspectiva médica, farmacológica y psicosocial⁸⁵.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) ha publicado diversas guías que abarcan las diferentes etapas de la **investigación en dolor** y el **proceso asistencial del paciente**, planteando recomendaciones para la investigación, la gestión de los tiempos de espera en el proceso de atención, la adecuada oferta de servicios asistenciales y la asistencia ética al paciente⁸⁶.

⁸⁵ Organización Mundial de la Salud, 2020. *Guidelines on the management of chronic pain in children*. Enlace.

⁸⁶ Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. *Guidelines*. Enlace.

Estas guías y recomendaciones, si bien carecen de carácter normativo, han permitido establecer protocolos de actuación de referencia en la investigación y tratamiento de la enfermedad y generar concienciación acerca de la situación de los pacientes.

Iniciativas divulgativas y de concienciación

La revista ***Pain Reports***, publicada periódicamente por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), trata las novedades más recientes en el campo del dolor crónico y su abordaje, con el objetivo de difundir los últimos avances en el manejo de la enfermedad⁸⁷.

El **Congreso Mundial del Dolor**, impulsado por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), reúne anualmente a científicos, médicos y profesionales y gestores sanitarios a nivel global. En este evento se presentan los principales avances en el conocimiento del dolor y su tratamiento, poniendo en valor los avances tecnológicos y de investigación⁸⁸.

La iniciativa por el **Año Mundial del Dolor**, desarrollada de forma conjunta por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y la Federación Europea del Dolor, pretende dar visibilidad a un aspecto concreto de la enfermedad del dolor cada año, a fin de promover su reconocimiento por parte de los gestores sanitarios y fomentar la concienciación social⁸⁹.

En los últimos años, los temas desarrollados han abarcado diferentes tipos de dolor (orofacial, neuropático, articular, postquirúrgico y lumbar), así como la educación en dolor y la prevención de la enfermedad, claves para trasladar el conocimiento en dolor a la práctica⁹⁰. En el año 2023, se plantea la temática del Año Mundial del **cuidado integral del dolor**, con el objetivo de modernizar y mejorar los procedimientos asistenciales y la atención continuada al paciente⁹¹.

4.2. Proyectos a nivel europeo

Las principales iniciativas a nivel europeo en el ámbito del dolor crónico han partido principalmente de dos vías: instituciones de la **Unión Europea** y **agentes específicos** en el ámbito de la enfermedad, entre los que destacan la Federación Europea del Dolor, la Alianza Europea del Dolor (PAE) y la industria farmacéutica.

Las iniciativas surgidas desde las instituciones europeas presentan el objetivo de fomentar la investigación e innovación en salud y potenciar el crecimiento económico de las empresas e industrias europeas. Estas iniciativas consisten en instrumentos de financiación para proyectos de impacto socio sanitario. Los Programas Marco, instrumentos financieros a la I+D+i, han sido las herramientas más destacadas

⁸⁷ Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. *Pain reports*. Enlace.

⁸⁸ Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, 2022. *2022 World Congress on Pain*. Enlace.

⁸⁹ Federación Europea del Dolor. *Global Year Against Pain*. Enlace.

⁹⁰ Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, 2022. *Global Year for Translating Pain Knowledge to Practice*. Enlace.

⁹¹ Federación Europea del Dolor, 2023. *Global Year for Integrative Pain Care*. Enlace.

impulsadas por la Comisión Europea en los últimos años y han permitido la financiación de proyectos en el ámbito del dolor crónico.

Las iniciativas impulsadas por los agentes más relevantes en esta área han contribuido a mejorar la concienciación social y visibilidad de la enfermedad a nivel europeo y han favorecido su conocimiento y la mejora de su abordaje en todos los niveles asistenciales.

A continuación, se describen las principales iniciativas relacionadas con el dolor crónico con mayor impacto a nivel europeo, impulsadas a nivel institucional y por parte de los agentes especializados de mayor relevancia. La colaboración y coordinación entre instituciones, agentes especializados e industria ha sido decisiva para maximizar el alcance de las acciones realizadas y posicionar el dolor crónico como una prioridad sanitaria en Europa.

Proyectos de I+D+i. Programas Marco Horizonte 2020 y Horizonte Europa

Los Programas Marco constituyen la principal iniciativa de la Unión Europea para el fomento y apoyo a la I+D+i, teniendo como principal objetivo la mejora de la competitividad de las empresas e industrias europeas.

Estos Programas, que cuentan con una vigencia de siete años, constituyen una **herramienta de financiación** para proyectos y actividades de **investigación, desarrollo tecnológico, demostración e innovación**, en régimen de colaboración entre empresas e instituciones de investigación pertenecientes a Europa y terceros países. Además, prestan apoyo financiero a la mejora y coordinación de las infraestructuras de investigación europeas, a la promoción y formación del personal investigador, la investigación básica y a la coordinación de los programas nacionales de I+D+i. La promoción de la salud y el fomento de actividades de I+D+i en el sector sanitario constituyen elementos destacados de estos Programas⁹².

En la actualidad, desde el año 2021, se encuentra vigente el Programa Marco Horizonte Europa, que ha sucedido al anterior Programa Marco Horizonte 2020.

Programa Marco Horizonte 2020

El Programa Marco Horizonte 2020, vigente durante el **periodo 2014-2020**, contó con un presupuesto de **76.880 millones de euros** y planteó tres objetivos estratégicos: crear una ciencia de excelencia, que permita reforzar la posición de la UE en el panorama científico mundial; desarrollar tecnologías y sus aplicaciones para mejorar la competitividad europea e investigar en las grandes cuestiones que afectan a los ciudadanos europeos.

Para hacer frente a los objetivos establecidos, el Programa estableció tres pilares, que marcaron las líneas de actuación prioritarias en el periodo 2014-2020: **Retos Sociales, Ciencia Excelente y Liderazgo Industrial**⁹³.

⁹² Plan de Recuperación Transformación y Resiliencia. *Programa Marco de I+D*. Enlace.

⁹³ Horizonte Europa. *¿Qué es Horizonte 2020?* Enlace.

Uno de los retos sociales a los que el Programa pretendía dar respuesta era “**Salud, cambio demográfico y bienestar**”, área en la que se definió como objetivo principal mejorar la salud a lo largo de la vida y el bienestar de la población, englobando acciones de destacado impacto sanitario. Este reto social ha sido el elemento conductor de la mayor parte de proyectos sanitarios que han sido financiados durante el periodo.

Las actividades de Horizonte 2020 fueron agrupadas en tres **Programas de Trabajo** plurianuales: Programa de Trabajo 2014-2015⁹⁴, Programa de Trabajo 2016-2017⁹⁵ y Programa de Trabajo 2018-2020⁹⁶. Cada uno de estos programas presenta iniciativas y convocatorias en los tres pilares del Programa Marco, que incluyen diferentes áreas de intervención y temáticas, en las que se agrupan los proyectos financiados.

Si bien la mayor parte de proyectos relacionados con la salud y el dolor crónico se enmarcan en el Pilar de Retos Sociales y en el reto de “Salud, cambio demográfico y bienestar”, se han puesto en marcha proyectos de interés sanitario en los tres pilares. Estos proyectos han contado con la participación de organismos públicos y privados a nivel europeo, teniendo lugar el apoyo adicional por parte de agentes a nivel global.

Se han identificado los proyectos más relevantes en el ámbito del dolor crónico que han contado con representación española, cuya información detallada se muestra en el Anexo de este documento (**Anexo 1. Tabla A1 – 1**).

Al terminar el año 2020, el Programa Marco Horizonte 2020 llegó a su fin, dándose inicio al nuevo Programa Marco Horizonte Europa.

Programa Marco Horizonte Europa

El Programa Marco Horizonte Europa, puesto en marcha en 2021 y **vigente hasta 2027**, presenta un presupuesto de **95.517 millones de euros** (lo que supone un incremento del 24% respecto a Horizonte 2020). Horizonte Europa es el Programa Marco que mayor presupuesto ha presentado hasta la fecha y plantea el objetivo general de alcanzar un impacto científico, tecnológico, económico y social de las inversiones de la UE en investigación e innovación, fortaleciendo las bases científicas y tecnológicas y la competitividad de todos los Estados Miembros.

Se estima que Horizonte Europa generará once euros en ganancia del PIB por cada euro invertido, creará 320.000 nuevos puestos de trabajo altamente cualificados hasta 2040 y consolidará el liderazgo de Europa en I+D+i.

El Programa presenta una estructura fundamentada en tres pilares: **Ciencia Excelente; Desafíos Globales y Competitividad Industrial Europea; Europa Innovadora**⁹⁷.

Dentro del pilar de “Desafíos Globales y Competitividad Industrial Europea” se encuentra el **Clúster Salud**, elemento integrador de las principales actuaciones contempladas en el Programa Marco en el ámbito sanitario, encaminadas a mejorar el

⁹⁴ Horizonte 2020. *Work Programme 2014-2015. Health, demographic change and wellbeing*. Enlace.

⁹⁵ Horizonte 2020. *Work Programme 2016-2017. Health, demographic change and well-being*. Enlace.

⁹⁶ Horizonte 2020. *Work Programme 2018-2020. Health, demographic change and wellbeing*. Enlace.

⁹⁷ Horizonte Europa. *Horizonte Europa: nuevo Programa Marco de la UE*. Enlace.

conocimiento de las enfermedades y la salud por medio de la obtención de nuevos conocimientos y el desarrollo de soluciones innovadoras hasta 2027.

Al igual que sucedió en Horizonte 2020, las actividades de Horizonte Europa serán agrupadas en programas de trabajo plurianuales, estando vigente desde comienzos de 2023 el **Programa de Trabajo 2023-2024**⁹⁸, sustituto del anterior **Programa de Trabajo 2021-2022**⁹⁹.

Este nuevo Programa de Trabajo plantea como uno de sus objetivos fundamentales la “Lucha contra las enfermedades y reducción de la carga de enfermedad”, en el que se enmarca la **convocatoria de “Lucha contra las enfermedades”**, dotada con 224 millones de euros para el año 2023 y que engloba iniciativas con impacto en el dolor crónico.

La temática de “**Nuevos enfoques para los cuidados paliativos y al final de la vida de los pacientes no oncológicos**” se ha constituido con el objetivo de financiar proyectos de investigación e innovación relacionados con la asistencia a pacientes terminales y en situación de cronicidad compleja y plantea el dolor (agudo y crónico) como uno de los principales ámbitos de alcance. Esta temática presenta una dotación presupuestaria de 50 millones de euros y permitirá financiar entre enero y abril de 2023 proyectos de impacto en el ámbito del **dolor crónico no oncológico**.

Si bien esta convocatoria se encuentra enfocada en el dolor no oncológico, la mayor parte de convocatorias relacionadas con el dolor que han sido puestas en marcha desde el comienzo del Programa Marco han tenido lugar en el área de la oncología, generando un impacto directo en la investigación en dolor crónico oncológico.

En los últimos años, la Comisión Europea ha planteado como prioritaria la necesidad de mejorar las intervenciones en oncología, a fin de favorecer un diagnóstico precoz y un tratamiento personalizado que permitan mitigar el impacto social de la enfermedad en Europa. Este compromiso en la lucha contra el cáncer se refleja en la puesta en marcha de iniciativas como el desarrollo del **Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer** (*Europe’s Beating Cancer Plan*), publicado en febrero de 2021¹⁰⁰.

Se han identificado los proyectos más relevantes en el ámbito del dolor crónico que han contado con representación española, cuya información detallada se muestra en el Anexo de este documento (**Anexo 1. Tabla A1 – 2**).

Proyecto Societal Impact of Pain (SIP)

Este proyecto nació en el año 2009 impulsado por la Federación Europea de Sociedades del Dolor (EFIC), la Alianza Europea del Dolor (PAE) y Grünenthal GmbH, con el objetivo de mejorar la concienciación acerca del impacto social, sanitario y económico del dolor crónico. Para ello, se plantea impulsar el intercambio de información y buenas prácticas

⁹⁸ Horizonte Europa. *Work Programme 2023-2024. Health*. Enlace.

⁹⁹ Horizonte Europa. *Work Programme 2021-2022. Health*. Enlace.

¹⁰⁰ Comisión Europea, 2021. *Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer*. Enlace.

entre los Estados Miembros de la UE y desarrollar estrategias y actividades que mejoren la asistencia a los pacientes en Europa¹⁰¹.

A partir del año 2021, el proyecto es liderado por la Federación Europea de Sociedades del Dolor (EFIC) y la Alianza Europea del Dolor (PAE), siendo Grünenthal GmbH uno de sus principales patrocinadores a nivel internacional.

Desde su inicio, esta iniciativa ha contribuido a mejorar el posicionamiento del dolor como prioridad sanitaria a nivel europeo, impulsando la creación de planes estratégicos contra el dolor en los sistemas nacionales de salud, así como la consideración del tratamiento del dolor como un indicador de calidad de dichos sistemas.

Algunos de los ámbitos en los que el proyecto ha generado un mayor impacto han sido la oncología, la salud digital y la inserción laboral de los pacientes con dolor.

En el ámbito de la oncología, el proyecto desarrolló un **documento de posicionamiento sobre el dolor crónico oncológico**, en el marco de la publicación del Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer de 2021¹⁰⁰. En este documento se subrayó la necesidad de incorporar una perspectiva multidisciplinar en el manejo del dolor y mejorar la oferta de servicios paliativos^{102,103}.

En el ámbito de la salud digital, se contribuyó a la definición y clasificación del dolor establecido en la última clasificación de enfermedades **CIE-11**, primera clasificación que incluye una representación sistemática del dolor crónico¹⁰⁴. Este hito se considera decisivo para la futura creación del Espacio Europeo de Datos Sanitarios (*European Health Data Space*), que tendrá la información en dolor crónico como una de sus prioridades¹⁰⁵. Adicionalmente, se ha publicado un **documento de posicionamiento sobre salud digital**, que promueve la implementación de la clasificación CIE-11 en todos los países europeos y la progresiva incorporación de las nuevas tecnologías en sanidad¹⁰⁶.

Una de las actuaciones recientes de mayor impacto ha sido la publicación de un **documento de posicionamiento sobre la integración y adaptación de entornos laborales**, que tiene como objetivo garantizar la comprensión de los aspectos biológicos, fisiológicos y sociales del dolor crónico en los ambientes laborales y potenciar la creación de mecanismos que faciliten la integración y comodidad de los pacientes en sus actividades profesionales¹⁰⁷.

Este proyecto europeo presenta extensiones a nivel nacional, contando en nuestro país con el foro **Societal Impact of Pain (SIP) España**, que ya ha realizado dos ediciones, en

¹⁰¹ Federación Europea del Dolor. *Societal Impact of Pain (SIP)*. Enlace.

¹⁰² Societal Impact of Pain. *Cancer Pain Policy*. Enlace.

¹⁰³ Societal Impact of Pain, 2020. *SIP position on the importance of addressing cancer related pain management in the Europe's Beating Cancer Plan and beyond*. Enlace.

¹⁰⁴ Societal Impact of Pain. *ICD-11*. Enlace.

¹⁰⁵ Societal Impact of Pain. *Digital Health and Pain Policy*. Enlace.

¹⁰⁶ Societal Impact of Pain, 2022. *SIP Position on Digital Health: Pain Assessment and Quality Indicators*. Enlace.

¹⁰⁷ Federación Europea del Dolor, 2021. *SIP position on Workplace Integration and Adaptation*. Enlace.

diciembre de 2018¹⁰⁸ y en marzo de 2022¹⁰⁹. Estas ediciones han contado con el impulso a nivel nacional de la Sociedad Española del Dolor (SED), la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

Proyecto **CHRONIC PAIN**

Este proyecto, desarrollado a lo largo de 2022, ha estado englobado en el programa **EIT Health** de la UE, y se ha enfocado en potenciar la investigación, el negocio y la educación en el ámbito sanitario por medio del establecimiento de una red de alianzas y colaboraciones con centros de investigación, organizaciones científicas y empresas del sector sanitario y farmacéutico. La iniciativa contó con una financiación de un millón de euros hasta finales de 2022, fecha de conclusión¹¹⁰.

El objetivo de la misma ha sido el desarrollo de un **dispositivo médico** que ayudará en la evaluación del dolor y los trastornos sensoriales, dirigido a pacientes con **Síndrome de Cirugía de Espalda Fallida**, afección asociada al dolor crónico en la que el tratamiento tradicional, la terapia de estimulación de la médula espinal, muestra pobres resultados.

La Unidad del Dolor del **Hospital Universitario Ramón y Cajal** ha liderado el consorcio encargado de desarrollar esta iniciativa, en la que han participado la **Fundación de Investigación Biomédica del Hospital Ramón y Cajal**, la Unidad de Neurorehabilitación de **Tecnalia** y la Unidad de *Integrated Health Solutions* de la empresa **Medtronic Ibérica**.

Iniciativas divulgativas y de concienciación

Para dar respuesta a uno de sus principales objetivos, la divulgación y la ampliación del conocimiento en dolor de la sociedad, la Federación Europea de Sociedades del Dolor (EFIC) ha puesto en marcha diferentes iniciativas destinadas a maximizar el conocimiento del dolor en la sociedad.

El **Foro Europeo del Dolor** consiste en una plataforma cooperativa de expertos que tiene como objetivo el intercambio de información y conocimiento en dolor. El Foro aglutina a médicos y profesionales sanitarios, sociedades científicas y asociaciones de pacientes con dolor, que participan en reuniones anuales multidisciplinares en las que se abordan los temas de actualidad que respectan a la enfermedad¹¹¹.

Los **Congresos Europeos de Dolor**, celebrados anualmente, abordan los temas de mayor repercusión en el ámbito de la enfermedad de dolor en Europa, presentando los avances clínicos más destacados y ofreciendo sesiones formativas para profesionales sanitarios. La edición celebrada en 2022 estuvo enfocada en la atención a las comorbilidades asociadas a la enfermedad del dolor desde una perspectiva digital, la próxima edición

¹⁰⁸ Sociedad Española del Dolor, 2018. *Presentación del Foro sobre el impacto del dolor en la población española*. SIP España 2018. Enlace.

¹⁰⁹ Sociedad Española del Dolor, 2022. *Foro sobre el impacto del dolor en España*. SIP (Societal Impact of Pain). Enlace.

¹¹⁰ Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRyCIS), 2021. *CHRONIC PAIN: el proyecto europeo que evalúa y ayuda en la toma de decisión del dolor crónico*. Enlace.

¹¹¹ Federación Europea del Dolor. *European Pain Forum*. Enlace.

de 2023 plantea como temática principal la personalización en la asistencia al paciente¹¹².

Becas a la investigación en dolor EFIC-Grünenthal-Grant (E-G-G)

Este proyecto, colaboración entre la Federación Europea de Sociedades del Dolor (EFIC) y Grünenthal GmbH, consiste en un programa de becas a proyectos relacionados con la **investigación clínica y experimental** del dolor en humanos y las **actividades formativas y educativas** centradas en mejorar el diagnóstico y abordaje del dolor¹¹³.

Desde la puesta en marcha del programa en 2014, se han concedido becas a 70 proyectos de impacto en 14 países, que han permitido ampliar el conocimiento en el manejo del dolor en Europa y potenciar la incorporación de las **nuevas tecnologías** sanitarias en el abordaje de la patología.

Iniciativas de impulso a los cuidados de larga duración

En los últimos años, el envejecimiento poblacional y la incidencia creciente de patologías crónicas han supuesto un reto para los sistemas sanitarios de la Unión Europea.

Con el objetivo de modernizar el abordaje de las enfermedades crónicas de mayor impacto y mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos, las instituciones comunitarias han puesto en marcha una serie de recomendaciones para optimizar los **cuidados de larga duración** en el entorno europeo.

Estas recomendaciones ponen en valor los servicios sanitarios de larga duración y pretenden sentar las bases para una **atención de alta calidad, asequible y accesible** para los ciudadanos con necesidades de cuidados crónicos.

Se espera que esta iniciativa, publicada a finales de 2022, sirva para que los Estados miembros impulsen medidas sanitarias enfocadas a la asistencia de los pacientes crónicos y repercuta positivamente en el **abordaje del dolor crónico** en los próximos años¹¹⁴.

4.3. Proyectos a nivel nacional

En España, el papel divulgativo y formativo de las sociedades científicas, las sociedades de gestión sanitaria y las asociaciones de pacientes han sido decisivas para el reconocimiento y visibilidad del dolor crónico a nivel institucional y han contribuido al posicionamiento de esta enfermedad como una prioridad sanitaria.

En los últimos años se han desarrollado e implementado estrategias relacionadas con el conocimiento de la enfermedad y la asistencia al paciente en las diferentes etapas del proceso asistencial. En este apartado se muestran las estrategias de mayor impacto en

¹¹² Federación Europea del Dolor, 2022. *EFIC Congress 2023*. Enlace.

¹¹³ Federación Europea del Dolor. *EFIC-Grünenthal-Grant (E-G-G)*. Enlace.

¹¹⁴ Consejo Europeo, 2022. *Recomendación del Consejo de 8 de diciembre de 2022 sobre el acceso a cuidados de larga duración de alta calidad asequibles*. Diario Oficial de la Unión Europea. Enlace.

España, tanto a nivel central como regional, que han permitido establecer el marco regulatorio que rodea al abordaje del dolor crónico en nuestro país.

Becas de la Sociedad Española del Dolor

Este programa de ayudas tiene como objetivo potenciar la investigación y formación en dolor de los socios de la Sociedad Española del Dolor (SED), planteando como finalidad la financiación de los seguros de responsabilidad médica necesarios para la puesta en marcha de proyectos de investigación en el campo del dolor. Por medio de este programa, se pretende favorecer el adecuado acceso a estancias formativas y actividades de investigación en el campo del dolor¹¹⁵.

Premios Fundación Grünenthal a la investigación en dolor

Esta iniciativa, desarrollada desde el año 2000 por la Cátedra Extraordinaria del Dolor en la Universidad de Salamanca, tiene el objetivo de reconocer anualmente a los proyectos de investigación más novedosos en el ámbito epidemiológico, experimental, farmacológico y clínico del dolor¹¹⁶.

La última convocatoria celebrada, en el año 2022, galardonó un trabajo que estudió el mecanismo molecular de la nocicepción a nivel cerebral¹¹⁷.

Iniciativas divulgativas y de concienciación

Algunas de las iniciativas más relevantes relacionadas con el dolor en los últimos años han sido puestas en marcha por los agentes del ámbito nacional mencionados anteriormente.

La Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) ha promovido trabajos para desarrollar indicadores de calidad en la atención al dolor, entre los que destaca el “**Consenso sobre indicadores de calidad en el abordaje del dolor agudo hospitalario**”, proyecto impulsado con el apoyo de la Sociedad Española del Dolor (SED) y la Fundación Grünenthal. Este consenso contó con la participación de profesionales sanitarios con experiencia en el abordaje del dolor postquirúrgico, a fin de determinar el impacto del dolor en los pacientes e identificar mejoras en su valoración y abordaje¹¹⁸.

Otra iniciativa de impacto impulsada por esta sociedad es el **programa ACDON de acreditación en dolor oncológico**, que plantea la evaluación de la atención al dolor crónico no oncológico como un reto sanitario futuro y plantea como propósito el

¹¹⁵ Sociedad Española del Dolor. *Becas-Ayuda de la FED*. Enlace.

¹¹⁶ Fundación Grünenthal. *Premios de Investigación*. Enlace.

¹¹⁷ Sánchez J. et al., 2023. *ARMS/Kidins220 regulates nociception by controlling brain-derived neurotrophic factor secretion*. *Pain* 2023 Mar 1;164(3):563-576. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002741. Enlace.

¹¹⁸ Fundación Grünenthal, 2020. *Expertos alcanzan un consenso para establecer los indicadores de calidad en el abordaje del dolor agudo hospitalario*. Enlace.

establecimiento de una futura acreditación del manejo del dolor oncológico en hospitales y unidades asistenciales del Sistema Nacional de Salud^{119,120}.

La Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) ha publicado los documentos “**El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes**”²², del año 2018, y “**Modelo de atención centrado en la persona con enfermedad y dolor crónico**”⁴⁷, desarrollado en el año 2021. Estas iniciativas han permitido analizar la situación de la enfermedad en España y plantear acciones de impacto para la mejora futura de su abordaje, entre las que destaca la promoción de la puesta en marcha de una Estrategia Nacional común para la mejora del abordaje del dolor crónico.

El Foro Español de Pacientes (FEP), en su 6º Encuentro Nacional de Pacientes 2022, dedicó una de las sesiones exclusivamente al dolor: “**El dolor, ¿olvidado en el sistema sanitario?**”. En los encuentros celebrados en años anteriores también se hizo hincapié en esta patología, titulándose una de las mesas del 5º Encuentro “**Dolor, síntoma común a muchos pacientes**”¹²¹.

Por otro lado, en el año 2020, el Foro promovió el proyecto **Personalicemos el DOLOR**. Se realizó un foro multidisciplinar para analizar el abordaje del dolor biopsicosocial y centrado en la persona, además de valorar el Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el Sistema Nacional de Salud, recabar información de los pacientes y buscar soluciones en cuanto a necesidades insatisfechas y expectativas¹²².

La Liga Reumatológica Española (LIRE) y sus representantes regionales han organizado numerosas actividades enfocadas a las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas, que constituyen una de las principales causas de dolor agudo y crónico.

La Liga Reumatológica de Cataluña ha desarrollado las “**Jornadas sobre el Dolor en Enfermedades Reumáticas**”, proyecto que constará de cuatro sesiones (por el momento se han celebrado dos encuentros) centradas en abordar la visión de los especialistas médicos, la visión de los pacientes, la importancia del abordaje psicológico y las terapias complementarias¹²³.

También se ha impulsado desde la Liga catalana una “**Jornada sobre el Dolor Infantil en las Enfermedades Reumáticas**”, celebrada en 2021, con el fin de aumentar el conocimiento al entorno del dolor y de los recursos para hacerles frente. Se han celebrado ya diez ediciones de la jornada dirigida a las familias¹²⁴.

Adicionalmente, la Liga Reumatológica Gallega ha realizado un programa de **Atención Psicológica a pacientes con dolor crónico**, en forma de terapias individuales o grupales. Otro de sus programas destacados es de mediación e intermediación para la resolución

¹¹⁹ Acreditación en Dolor Oncológico, 2022. *Acreditación enfoques de atención paciente con dolor oncológico*. Enlace.

¹²⁰ Tristancho R. et al., 2022. *¿Cómo evaluar los resultados en salud en el dolor crónico no oncológico? Investigación cualitativa*. Journal of Healthcare Quality Research. doi: 10.1016/j.jhqr.2022.05.006. Enlace.

¹²¹ Foro Español de Pacientes, 2022. *6º Encuentro Nacional de Pacientes*. Enlace.

¹²² Fundación Grünenthal. *Personalicemos el dolor*. Enlace.

¹²³ Liga Reumatológica de Cataluña. *Jornadas sobre el Dolor en Enfermedades Reumáticas*. Enlace.

¹²⁴ Reumas, 2021. *Jornada sobre el Dolor Infantil en las Enfermedades Reumáticas*. Enlace.

de situaciones problemáticas, conflictos o trámites surgidos en la interacción entre usuarios y servicios sanitarios, educativos, laborales o sociales¹²⁵.

La Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE) tiene al dolor como elemento central de sus iniciativas. Anualmente efectúa una campaña de comunicación por el **Día Internacional de Acción contra la Migraña**, con acciones de prensa, una jornada online retransmitida y campañas de divulgación en redes sociales, a fin de sensibilizar a la sociedad acerca del impacto de la migraña, dar a conocer las necesidades de los pacientes en materia sanitaria y sociosanitaria, y generar impacto activando a los seguidores y viralizando la iniciativa¹²⁶.

La Federación Española de Diabetes (FEDE) ha llevado a cabo entre 2021 y la actualidad la campaña **#AQuéDuele**, donde se comparten experiencias de pacientes que sufren dolor crónico. Esta iniciativa anima al debate sobre el dolor crónico, concienciando sobre las implicaciones reales que conlleva y, en consecuencia, ayudando a su normalización y acabando con el estigma que los rodea¹²⁷. Adicionalmente, en 2021, se hizo la campaña de sensibilización **“Rompe con el Dolor”**, enfocada en la reducción del estigma asociado a la enfermedad¹²⁸. En el año 2022, la Federación participó activamente en una encuesta a pacientes con polineuropatía diabética dolorosa, desarrollada a nivel europeo por Grünenthal GmbH.

El Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC), en su **17º Congreso**, celebrado en 2022, incluyó la mesa **“Tratar el dolor para tratar el cáncer”**, enfocada en los principales retos del dolor crónico oncológico. Desde este grupo también se han organizado **seminarios online** con temas como la implicación del tratamiento del dolor oncológico en la calidad de vida de los pacientes¹²⁹.

La Fundación Internacional de la Osteoartritis (OAFI) desarrolla numerosas acciones de sensibilización sobre el dolor a nivel nacional, siendo el dolor uno de los temas principales que se abordan en el **Congreso Internacional de Pacientes con Artrosis**¹³⁰ y en el simposio **“Articulando el Deporte”**¹³¹, así como en sus **programas semanales de radio y televisión**, de producción propia¹³².

Iniciativas impulsadas por la Administración central

A nivel nacional, existen diferentes planes estratégicos enfocados en el abordaje del dolor promovidos por la **Administración central**, que pretenden organizar la asistencia

¹²⁵ Liga Reumatológica Gallega. *Servicios actuales - servicio de psicología*. Enlace.

¹²⁶ Asociación Española de Migraña y Cefalea, 2022. *AEMICE insta al Ministerio a poner en marcha una Estrategia Nacional sobre migraña*. Enlace.

¹²⁷ Federación Española de Diabetes, 2022. *¿A qué duele?* Enlace.

¹²⁸ Federación Española de Diabetes, 2021. *Rompe con el Dolor*. Enlace.

¹²⁹ Grupo Español de Pacientes con Cáncer, 2022. *17º Congreso Iberoamericano de pacientes con cáncer*. Enlace.

¹³⁰ Fundación Internacional de la Osteoartritis, 2022. *6º Congreso Internacional de Pacientes con Artrosis*. Enlace.

¹³¹ Fundación Internacional de la Osteoartritis, 2023. *3ª edición Congreso Articulando el Deporte*. Enlace.

¹³² Fundación Internacional de la Osteoartritis. *OAFI Radio/TV*. Enlace.

sanitaria y establecer las líneas de actuación principales para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento de la calidad de vida de los pacientes.

Documento Marco para la mejora del Abordaje del Dolor en el Sistema Nacional de Salud¹³³

En el año 2014, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó este documento con el objetivo de **garantizar la calidad, equidad y eficiencia** de la atención a las personas con dolor en el Sistema Nacional de Salud. En él se insta a las Comunidades Autónomas a plantear el abordaje de la enfermedad a través de la publicación de planes regionales y la constitución de Comités Técnicos Asesores multidisciplinares.

Evaluación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud¹³⁴

En el año 2019, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social llevó a cabo esta evaluación, en la que se plantea como línea de actuación prioritaria mejorar el abordaje del dolor crónico en el Sistema Nacional de Salud mediante la implementación de las recomendaciones recogidas en el Documento Marco de 2014. Algunas de las líneas de trabajo más destacadas son avanzar en la **formación** en dolor en Atención Primaria y potenciar la **valoración** del dolor y su **registro**¹³⁵. Además, se planteó como prioridad fomentar las Buenas Prácticas en la asistencia sanitaria, por medio del **Programa de Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud**.

Este programa, que pretende recoger las pautas de actuación que garanticen la calidad y seguridad en la asistencia a los pacientes en el Sistema Nacional de Salud, incluyó en su convocatoria de 2017 una sección dedicada al dolor crónico, en la que se seleccionaron ocho iniciativas de impacto en el abordaje del dolor crónico, impulsadas por las Comunidades Autónomas de Andalucía, Galicia, la Comunidad de Madrid y el País Vasco¹³⁶.

Estrategias para el abordaje de enfermedades específicas

Adicionalmente, se han publicado estrategias sanitarias enfocadas en el manejo de otras patologías que contemplan aspectos relacionados con el abordaje del dolor asociado a estas enfermedades, entre las que destacan la **Actualización de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud**¹³⁷, la **Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema**

¹³³ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. *Documento Marco para la Mejora del Abordaje del Dolor en el Sistema Nacional de Salud*. Enlace.

¹³⁴ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2012. *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Enlace.

¹³⁵ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019. *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Enlace.

¹³⁶ Ministerio de Sanidad, 2017. *Buenas Prácticas en Abordaje de la Cronicidad en el SNS (Abordaje del Dolor Crónico)*. Año 2017. Enlace.

¹³⁷ Ministerio de Sanidad, 2021. *Actualización de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud*. Enlace.

Nacional de Salud¹³⁸, cuya actualización se encuentra en desarrollo y se espera que se publique a lo largo de 2023, y la **Estrategia de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud**¹³⁹.

Iniciativas impulsadas por las Administraciones autonómicas

De forma complementaria a los planes a nivel nacional y manteniendo unos objetivos alineados, diferentes **Comunidades Autónomas** han desarrollado planes o estrategias que se encuentran en distinta fase de evolución.

Andalucía, Cataluña, Canarias y la Comunidad de Madrid son, a día de hoy, las regiones punteras en la puesta en marcha de planes de dolor, habiendo desarrollado estrategias específicas para el abordaje del dolor crónico. La **Comunidad Valenciana** ha mostrado también su compromiso por la puesta en marcha de un plan de dolor que permita mejorar el trabajo específico en este ámbito en los próximos años.

Adicionalmente, otras regiones han desarrollado iniciativas que, si bien no son específicas de la patología, abarcan cuestiones relacionadas con la atención a pacientes crónicos y la humanización de la asistencia ([Figura 8](#)).

¹³⁸ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014*. Enlace.

¹³⁹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013. *Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud*. Enlace.

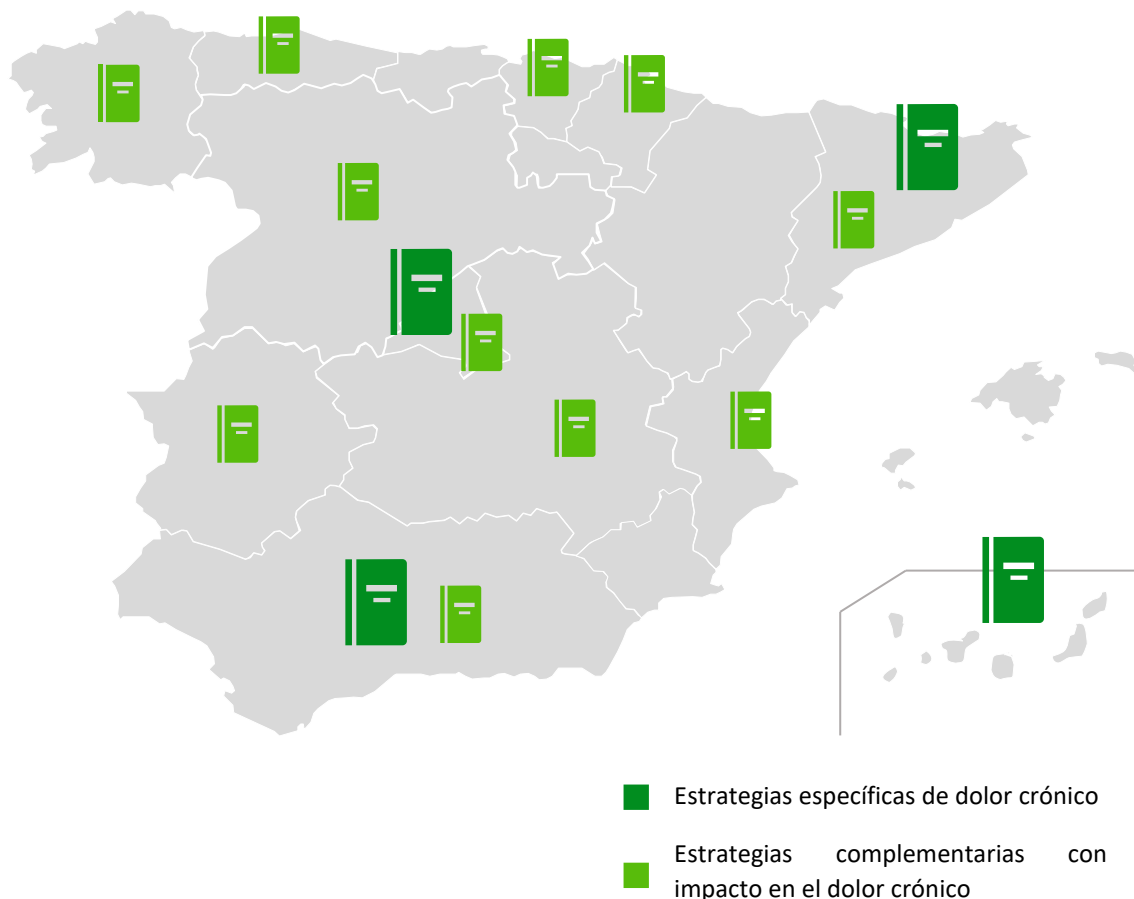


Figura 8. Estrategias autonómicas relacionadas con el dolor crónico en España.

Fuente: elaboración propia a partir de información pública de las Consejerías de Sanidad de las CC.AA. (2022).

Andalucía

El “**Plan Andaluz de atención a las personas con dolor 2010-2013**” presentó como objetivo fundamental la promoción del abordaje integral del dolor como estrategia transversal de las políticas sanitarias, a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes y su entorno, impulsar la participación ciudadana en el abordaje de la enfermedad y fomentar las alianzas entre profesionales sanitarios para una asistencia integral¹⁴⁰.

Tomando como base este documento, se ha desarrollado el “**Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas (PAERME)**”, que se plantea como principales objetivos reducir la incidencia y el impacto de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas en Andalucía, mejorar la atención sanitaria, adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población, aumentar el grado de conocimiento e información sobre estas enfermedades y fomentar la formación de profesionales y la investigación¹⁴¹.

¹⁴⁰ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2010. *Plan Andaluz de atención a las personas con dolor 2010-2013*. Enlace.

¹⁴¹ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2018. *Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas*. Enlace.

La publicación del **Nuevo Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor**, prevista para 2023, estará enfocada en mejorar la calidad y rapidez asistencial de los pacientes con dolor y pretende otorgar un papel protagonista en este proceso a la Atención Primaria. También ha conseguido un acuerdo para que exista una cartera básica de servicios común a todas las unidades de dolor de Andalucía, lo que posibilitará un futuro acceso de los pacientes directamente desde la Atención Primaria, disminuyendo considerablemente los tiempos de espera¹⁴².

Canarias

La **“Estrategia del dolor crónico no oncológico en Canarias 2022-2026”**, publicada a finales de octubre de 2022, pretende mejorar el abordaje del dolor de forma efectiva, por medio de modelos asistenciales con una perspectiva integral y multidisciplinar que tenga en cuenta los aspectos biopsicosociales del paciente y de su entorno.

Esta estrategia, que representa la iniciativa más reciente relacionada con el abordaje del dolor en España, plantea líneas estratégicas enfocadas en modernizar los modelos de atención y potenciar el papel de la Atención Primaria como estamento coordinador del proceso asistencial del paciente con dolor^{143,144}.

Cataluña

El **“Modelo de Atención al Dolor Crónico de Cataluña: manejo del paciente con dolor neuropático en Atención Primaria. Criterios de Planificación de las Unidades de Dolor”** establece como meta mejorar la calidad de vida de las personas con dolor crónico, favoreciendo una atención sanitaria accesible, efectiva y basada en la evidencia. Para lograr esto, se plantea la mejora en la sensibilización y capacitación del personal sanitario que interviene en la atención al dolor crónico¹⁴⁵. Actualmente, este documento está siendo revisado y actualizado por un grupo de expertos con el objetivo de adaptar las líneas de trabajo a las necesidades actuales de los pacientes.

A partir de este modelo se han desarrollado iniciativas adicionales como el “Consenso catalán de dolor crónico no oncológico”¹⁴⁶, el documento para el “Abordaje del dolor crónico no oncológico”¹⁴⁷, la “Guía de atención a los pacientes con dolor crónico no oncológico utilizando analgésicos opioides”¹⁴⁸ o la guía “ICOpaxis para el tratamiento

¹⁴² Andalucía Información, 2023. *Salud impulsa el Plan del Dolor Crónico que llegará a todos los pacientes*. Enlace.

¹⁴³ Servicio Canario de la Salud, 2022. *Estrategia del dolor crónico no oncológico en Canarias 2022-2026*. Enlace.

¹⁴⁴ Gobierno de Canarias, 2022. *Sanidad pone en marcha una estrategia para abordar el dolor crónico no oncológico en Canarias*. Enlace.

¹⁴⁵ Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, 2010. *Modelo de Atención al Dolor Crónico de Cataluña: manejo del paciente con dolor neuropático en Atención Primaria. Criterios de Planificación de las Unidades de Dolor*. Enlace.

¹⁴⁶ Sociedad Catalana del Dolor & Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, 2017. *Consenso catalán de dolor crónico no oncológico*. Enlace.

¹⁴⁷ Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, 2016. *Abordaje del dolor crónico no oncológico*. Enlace.

¹⁴⁸ Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña & Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Cataluña, 2018. *Guía de atención a los pacientes con dolor crónico no oncológico utilizando analgésicos opioides*. Enlace.

médico y con irradiación del dolor oncológico”¹⁴⁹, centradas en el manejo específico del dolor de origen oncológico y no oncológico.

La publicación del documento “**Promoción de la autonomía y de la atención a las personas con apoyo de larga duración en el entorno comunitario en Cataluña**” posicionó a la región como pionera en España en el ámbito del cuidado crónico de larga duración, línea de actuación prioritaria de la Unión Europea^{114,150}.

Las medidas planteadas, centradas en dar respuesta a las necesidades físicas y mentales de la población con enfermedades crónicas y favorecer la autonomía y el empoderamiento de los pacientes, resultan de especial interés en el ámbito del dolor crónico, ante la creciente prevalencia de la enfermedad en la sociedad española.

Otra de las iniciativas más destacadas en el ámbito del dolor en Cataluña es el documento “**Unidades del dolor en el SISCAT: cartera de servicios y niveles de complejidad**”, publicado a comienzos de 2023. Este documento constituye una iniciativa pionera en España, siendo primer documento oficial de un servicio autonómico de salud en el que se publica la cartera de servicios de las Unidades de Dolor y su clasificación por niveles. En este documento se establecen también los criterios de coordinación entre Atención Primaria y las Unidades de Dolor y los criterios de derivación de pacientes¹⁵¹.

De forma adicional, y con el objetivo de modernizar el modelo de atención a los pacientes con dolor crónico¹⁴⁵, la Comunidad ha desarrollado en los últimos tiempos un **nuevo plan de dolor**, que permitirá actualizar las líneas de trabajo para los próximos años. Se espera que el plan sea presentado públicamente a lo largo de este año 2023.

Comunidad de Madrid

La “**Estrategia de atención al dolor 2017-2020**” de la Comunidad de Madrid se marcó como objetivo priorizar el dolor como elemento transversal en las estrategias y políticas de salud del sistema sanitario regional. Para ello, planteó mejorar la prevención, proporcionar una atención sanitaria integral, segura, adecuada y centrada en el paciente y promover la comunicación y coordinación entre profesionales¹⁵².

Las mejoras planteadas en este documento han servido como base para el desarrollo de la nueva “**Estrategia de Atención al Dolor 2027**”, publicada en noviembre de 2022 y cuya elaboración ha contado con la participación de profesionales sanitarios, gestores y asociaciones de pacientes¹⁵³.

En este documento se han establecido 11 líneas estratégicas, 34 objetivos a alcanzar y 148 actuaciones para su desarrollo, vertebradas en torno a dos ejes clave: formación de pacientes y profesionales y atención específica a población vulnerable. Entre las líneas

¹⁴⁹ Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña & Instituto Catalán de Oncología, 2012. *ICOpaxis para el tratamiento médico y con irradiación del dolor oncológico*. Enlace.

¹⁵⁰ Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Cataluña, 2021. *Promoción de la autonomía y de la atención a las personas con apoyo de larga duración en el entorno comunitario en Cataluña*. Enlace.

¹⁵¹ Servicio Catalán de la Salud, 2023. *Unidades del dolor en el SISCAT: cartera de servicios y niveles de complejidad*. Enlace.

¹⁵² Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2017. *Estrategia de atención al dolor 2017-2020*. Enlace.

¹⁵³ Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2022. *Estrategia de Atención al Dolor 2027*. Enlace.

estratégicas planteadas destacan la integración y coordinación entre niveles sanitarios y sociosanitarios, la evaluación de las buenas prácticas y el desarrollo de herramientas digitales para mejorar la atención al dolor.

Para poner en marcha las acciones planteadas, se han constituido grupos de trabajo específicos para cada línea estratégica y se ha puesto en marcha la creación de un distintivo de Centros Excelentes en Atención al Dolor, que identifique a las entidades de referencia en la investigación y atención del dolor.

La **Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2022-2027** sienta las bases para una atención moderna, segura y de calidad a los pacientes en los próximos años, basada en las evidencias y en la gestión de riesgos. Una de las líneas estratégicas de esta estrategia se centra en la “Atención al dolor” y plantea medidas para mejorar la formación de los pacientes y profesionales para lograr un abordaje adecuado del dolor crónico¹⁵⁴.

Otros documentos relacionados con el abordaje del dolor en la región, que presentaron como objetivo la mejora de la situación y calidad de vida del paciente en todos los ámbitos asistenciales, fueron el “Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2017-2020”¹⁵⁵ o el “Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019”¹⁵⁶.

Este último plan, que estableció como actuación de impacto minimizar el dolor en la sociedad, ha sido uno de los grandes pilares de las políticas sanitarias de la Comunidad de Madrid en los últimos años, estableciendo un modelo de atención centrado en la persona que busca la mejora continua y la incorporación de las nuevas tecnologías sanitarias.

Ante el destacado impacto de este plan en la gestión sanitaria regional, en mayo de 2022 se ha publicado una actualización del mismo: “**II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025**”¹⁵⁷, que establece la atención a la cronicidad como una de sus bases y plantea la creación de un Consejo de Pacientes Regional, que permita la participación de las asociaciones de pacientes en la toma de decisiones en salud, potenciando el papel central del paciente en el proceso asistencial.

Adicionalmente a las estrategias reseñadas, la Escuela de Salud de la Comunidad de Madrid, organismo encargado de la puesta en marcha de iniciativas de formación a pacientes y cuidadores y de divulgación en el ámbito de la salud pública, ha impulsado el curso “Vivir con dolor. Herramientas para el autocuidado y el control del dolor crónico”. Esta iniciativa pretende mejorar la formación de los pacientes con dolor

¹⁵⁴ Dirección General de Humanización y Atención al Paciente de la Comunidad de Madrid, 2022. *Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2027*. Enlace.

¹⁵⁵ Servicio Madrileño de Salud, 2019. *Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2017-2020*. Enlace.

¹⁵⁶ Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2016. *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019*. Enlace.

¹⁵⁷ Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2022. *II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025*. Enlace.

crónico y su entorno en el tratamiento y la gestión de su enfermedad, dotando a estos de recursos para su autocuidado y manejo del dolor en el día a día¹⁵⁸.

Comunidad Valenciana

El adecuado abordaje del dolor crónico también es considerado como prioridad sanitaria en esta región, ocupando un espacio relevante en el **V Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2022-2030**¹⁵⁹.

Entre las líneas de actuación contempladas en este documento, se destaca como un objetivo del sistema sanitario adecuar la atención a las necesidades del paciente y mejorar los resultados en salud, para lo que se plantea la necesidad de “prestar atención especial a las enfermedades y problemas de salud que aportan la mayor carga de morbilidad”.

El dolor crónico es uno de los problemas de salud que genera un mayor impacto en la ciudadanía, por lo que constituye una patología prioritaria en este plan, que pretende “garantizar la calidad y eficiencia de la atención a personas con dolor crónico, con la finalidad de mejorar su calidad de vida desde la perspectiva de la atención integral centrada en la persona”.

Para ello, se establece como actuación clave la elaboración e implantación del **Proceso de Atención a pacientes con dolor crónico en la Comunidad Valenciana**, que supondrá la puesta en marcha de una Estrategia del Dolor pionera en la región, la cual se espera que sea un elemento central de la asistencia sanitaria a los pacientes con dolor¹⁶⁰.

Principado de Asturias

La publicación de la “**Estrategia para la transformación del modelo de cuidados de larga duración para personas adultas**” plantea medidas para el abordaje de la cronicidad de larga duración en la región.

Esta estrategia sitúa al Principado como una de las regiones punteras a nivel nacional en el ámbito de los cuidados de larga duración y plantea un modelo de cuidados basados en la **atención domiciliaria** y las **nuevas tecnologías** sanitarias y tiene como uno de sus pilares el apoyo familiar y social de los pacientes¹⁶¹.

Castilla y León

Si bien no se han publicado planes que contemplen el abordaje específico del dolor en la Comunidad, la creación del **Comité Técnico del Dolor de Castilla y León**, constituido en el año 2016, ha permitido ampliar los conocimientos específicos en dolor en los profesionales sanitarios implicados en el manejo de este y reforzar la educación de los

¹⁵⁸ Escuela de Salud de la Comunidad de Madrid. *Vivir con dolor. Herramientas para el autocuidado y el control del dolor crónico*. Enlace.

¹⁵⁹ Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunidad Valenciana, 2022. *V Plan de Salud 2022-2030*. Enlace.

¹⁶⁰ Fundación Grünenthal, 2019. *Foro “El reto del dolor crónico en la Comunidad Valenciana”*. Enlace.

¹⁶¹ Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias, 2021. *Estrategia para la transformación del modelo de cuidados de larga duración para personas adultas*. Enlace.

pacientes para favorecer su autocuidado y la utilización adecuada de medicamentos. Este comité presenta un marcado carácter multidisciplinar, estando formado por un equipo que abarca a médicos de diferentes especialidades, así como a otros profesionales sanitarios que participan en el abordaje del dolor y la atención del paciente, como son farmacéuticos o fisioterapeutas¹⁶².

Castilla-La Mancha

El “**Plan de Salud de Castilla-La Mancha horizonte 2025**” contempla el dolor crónico como uno de los problemas de salud prioritarios en la región, planteando acciones que sitúen al paciente como eje central del sistema sanitario, potencien la integración entre niveles asistenciales y agentes sociosanitarios y garanticen una atención a los enfermos de dolor crónico de calidad, segura, sostenible y equitativa¹⁶³.

Extremadura

El “**Plan de Salud de Extremadura 2021-2028**” presenta el dolor crónico como una de sus líneas de actuación, especialmente en el ámbito de la oncología y los cuidados paliativos, poniendo en valor la coordinación entre los Equipos de Cuidados Paliativos y las unidades especializadas en dolor como uno de los grandes baluartes del abordaje de la enfermedad¹⁶⁴.

Galicia

La “**Estrategia de Atención Integral al Dolor**” de Galicia, enmarcada en la Estrategia 2014 del Servicio Gallego de Salud, planteó como objetivos la incorporación de la atención al dolor como una estrategia transversal en todos los procesos, la coordinación entre Atención Primaria y Especializada, el establecimiento de procedimientos de valoración del dolor y la participación de los pacientes en la asistencia¹⁶⁵.

Si bien en la actualidad la estrategia se encuentra fuera de vigencia, está previsto llevar a cabo una evaluación de las acciones planteadas y establecer las líneas de actuación prioritarias, con el objetivo de desarrollar una nueva actualización de la estrategia.

El “**Plan Gallego de Cuidados Paliativos**” constituye otra iniciativa de impacto dentro de la región, planteando un mejor conocimiento de la etiología y epidemiología de la enfermedad que favorezca su tratamiento integral¹⁶⁶.

Otra iniciativa destacada en el ámbito del dolor es la puesta en marcha de la “**Comisión Gallega de Estrategia contra el Dolor**”. La comisión, constituida en 2012, tiene como finalidad el avance de la política de atención integral al dolor en la región y cuenta con un equipo multidisciplinar formado por médicos, farmacéuticos, profesionales de enfermería, psicólogos y pacientes. Este organismo ha trabajado de forma proactiva en

¹⁶² Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, 2018. *Comité Técnico del Dolor de CYL*. Enlace.

¹⁶³ Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, 2021. *Plan de Salud de Castilla-La Mancha horizonte 2025*. Enlace.

¹⁶⁴ Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Extremadura, 2021. *Plan de Salud de Extremadura 2021-2028*. Enlace.

¹⁶⁵ Consejería de Sanidad de la Junta de Galicia & Servicio Gallego de Salud, 2014. *Estrategia SERGAS 2014*. Enlace.

¹⁶⁶ Consejería de Sanidad de la Junta de Galicia & Servicio Gallego de Salud, 2007. *Plan Gallego de Cuidados Paliativos*. Enlace.

la promoción de políticas encaminadas en mejorar el abordaje del dolor en los últimos años, si bien en la actualidad ha detenido su actividad¹⁶⁷.

Comunidad Foral de Navarra

El “**Plan de Salud de Navarra 2014-2020**” abordó aspectos relativos al abordaje, evaluación, control y coordinación del dolor crónico. Con su publicación se pusieron en marcha el Programa de Cuidados Paliativos y Dolor, el Programa de Atención Integrada al dolor crónico intenso y el Programa de prevención en colectivos vulnerables, enfocados en la asistencia integral y multidisciplinar a los pacientes con dolor crónico y la eliminación del estigma asociado a la enfermedad¹⁶⁸.

País Vasco

El programa de “**Retos y proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020**” planteó como objetivo la humanización de la atención por medio de la atención integrada y adaptada a las necesidades del paciente y la asistencia personalizada a pacientes con dolor agudo y crónico¹⁶⁹.

Las medidas impulsadas por este programa han permitido priorizar las actuaciones en dolor en la región y optimizar los recursos disponibles para los pacientes. En la actualidad, todas las Organizaciones Sanitarias Integradas de Osakidetza tienen **grupos de trabajo enfocados en el dolor** y dos tercios de las mismas han constituido **Comisiones del Dolor**.

5. Unidades de Tratamiento del Dolor

5.1. Definición y papel en el proceso asistencial

Uno de los elementos más destacados de las estrategias relacionadas con la enfermedad en España es la creación y funcionamiento de las **Unidades de Tratamiento del Dolor** (UTD).

Estas son unidades hospitalarias especializadas en el diagnóstico y la atención a los pacientes con dolor crónico a nivel nacional y presentan una importancia capital en el sistema sanitario, ya que constituyen el máximo nivel asistencial para estos pacientes.

Pese a la existencia de unidades en las que se atendía de forma especializada a pacientes con dolor desde décadas antes, la unificación y regulación de estas unidades tuvo lugar tras la publicación, en el año 2011, del documento **Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad** por parte del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad¹⁷⁰. En este documento se definen los criterios que

¹⁶⁷ Redacción Médica, 2012. *Comisión Gallega de Estrategia contra el Dolor*. Enlace.

¹⁶⁸ Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, 2014. *Plan de Salud de Navarra 2014-2020*. Enlace.

¹⁶⁹ Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2017. *Retos y proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020*. Enlace.

¹⁷⁰ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. *Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad*. Enlace.

rigen la constitución de estas unidades y se establecen unos requisitos mínimos para la autorización de la apertura, funcionamiento o acreditación de las mismas.

Estas unidades se definen como organizaciones de profesionales sanitarios que ofrecen **asistencia multidisciplinar** y que cumplen con los requisitos funcionales, estructurales y organizativos que garantizan condiciones de **seguridad, calidad y eficiencia** adecuadas para atender al paciente con dolor crónico que requiera asistencia especializada. Estas unidades constituyen el máximo nivel asistencial a los pacientes con dolor en España, permitiendo el acceso de estos a recursos sanitarios especializados en el manejo de su enfermedad crónica y planteando protocolos de asistencia integral al paciente que permitan mejorar su bienestar físico y emocional y su calidad de vida¹⁷¹.

Si bien los equipos asistenciales pueden variar entre las distintas unidades, los perfiles más habituales son el **Director**, que actúa como responsable de la unidad, el **Supervisor**, encargado de la coordinación de la atención, los **médicos especialistas**, los **profesionales no médicos** (enfermeras, farmacéuticos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales...) y el **personal de apoyo**. Además de los recursos y perfiles mencionados, estas unidades se encuentran integradas en una red asistencial que aglutina unidades hospitalarias complementarias, recursos de Atención Primaria, servicios de asistencia sociosanitaria y herramientas para el autocuidado y la atención domiciliaria, a fin de garantizar el cuidado integral en todas las etapas del proceso de atención¹⁷¹.

5.2. Distribución geográfica

Desde la publicación del documento “Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad”¹⁷⁰, la puesta en marcha y acreditación de Unidades de Dolor ha sido una constante a nivel nacional, extendiéndose estas unidades por toda la geografía española y permitiendo maximizar las herramientas disponibles para el diagnóstico y tratamiento del dolor crónico.

En la actualidad, existen **417 hospitales que cuentan con Unidades de Dolor** en España, estando presentes en todas las Comunidades Autónomas y las dos Ciudades Autónomas. 197 de estos hospitales son públicos y forman parte del Sistema Nacional de Salud, 47% del total, mientras que los 220 hospitales restantes presentan gestión privada, 53% del total (Figura 9).

¹⁷¹ Dolor.com, 2016. *¿Qué es una Unidad del Dolor?* Enlace.

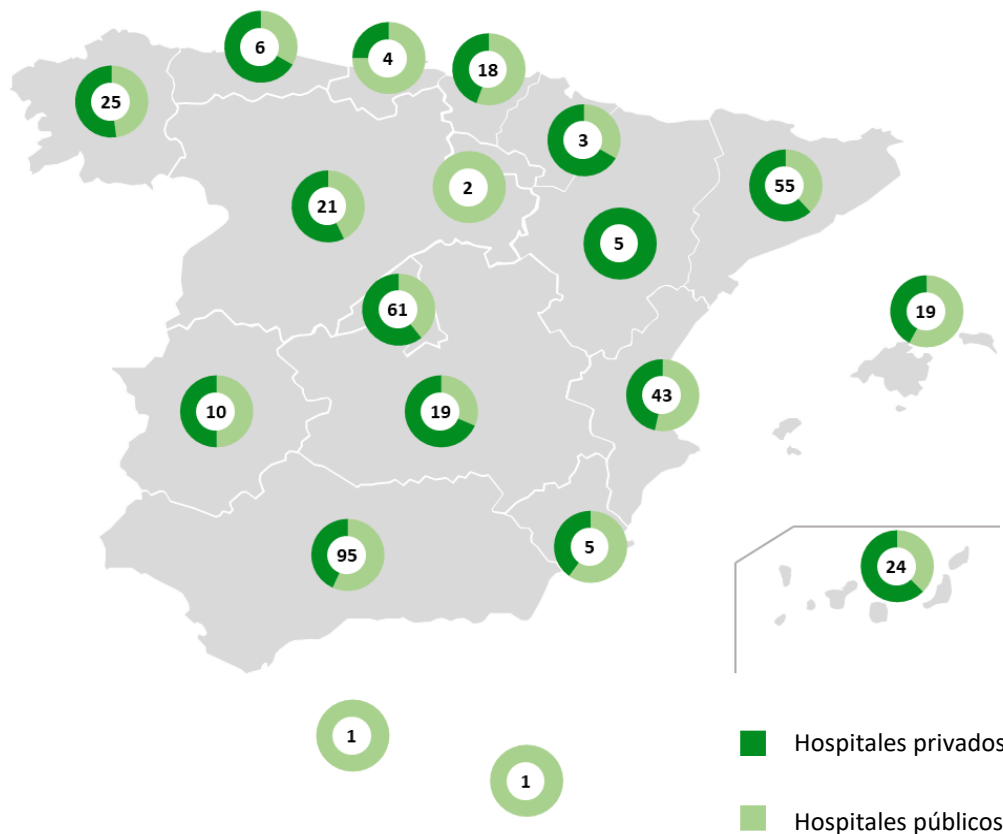


Figura 9. Distribución geográfica de los hospitales con Unidades del Dolor en España.

Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2022)¹⁷².

Cada región (Comunidad o Ciudad Autónoma) presenta una media de **24,5 hospitales** con Unidad de Dolor, si bien la distribución geográfica de estas es variable y las unidades se concentran en las Comunidades más pobladas. Andalucía, Comunidad de Madrid, Cataluña y la Comunidad Valenciana son las regiones con mayor número de hospitales con Unidades del Dolor, aglutinando 254 centros, un 61% del total nacional.

La mayor parte de las regiones cuentan con Unidades del Dolor ubicadas en centros públicos y privados, si bien el peso relativo de estos difiere entre los distintos territorios. La Rioja y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla presentan únicamente unidades de dolor en centros públicos, mientras que todas las Unidades del Dolor ubicadas en Aragón son de ámbito privado.

Cantabria, con un 75% de unidades en centros públicos y Castilla-La Mancha, con un 60%, son dos de las regiones con mayor presencia de Unidades del Dolor en hospitales públicos. Por el contrario, las Islas Baleares y el Principado de Asturias son regiones con gran peso de las Unidades del Dolor en centros privados, 68% y 67% del total respectivamente.

En las regiones con mayor número de centros también pueden observarse estas diferencias: Andalucía presenta un 57% de unidades en centros públicos y la Comunidad

¹⁷² Ministerio de Sanidad. *Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS)*. Enlace.

Valenciana un 53%, mientras que la Comunidad de Madrid y Cataluña presentan únicamente un 39% y un 38% respectivamente de Unidades del Dolor ubicadas en hospitales públicos.

A nivel nacional existe un hospital con Unidad del Dolor por cada **113.748 habitantes**, pero este valor es dispar entre las diferentes regiones (Figura 10).

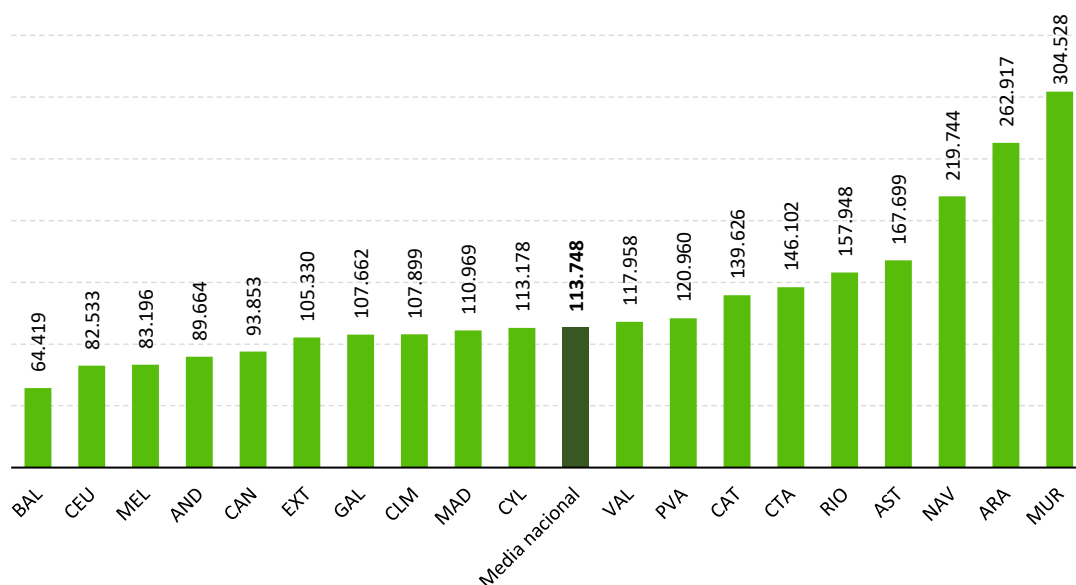


Figura 10. Número de habitantes por cada hospital con Unidad del Dolor en España.

Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad y Expansión (2022)^{172,173}.

Islas Baleares, con 64.419 habitantes por hospital, es la región con mayor disponibilidad de centros para su población, seguida de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, que presentan un hospital con Unidad de Dolor por sus 82.533 y 83.196 habitantes respectivamente. En el otro extremo aparecen la Región de Murcia, con un hospital por cada 304.528 habitantes, Aragón, con un centro por cada 262.917 habitantes, y la Comunidad Foral de Navarra, con un hospital cada 219.744 ciudadanos.

Como se ha mencionado a lo largo de este documento, las personas mayores constituyen un colectivo vulnerable en el que el impacto de la enfermedad de dolor crónico adquiere una gran magnitud, por lo que es fundamental garantizar un adecuado acceso de este grupo poblacional a las Unidades del Dolor disponibles. En España existe un hospital con Unidad del Dolor por cada **21.819 habitantes mayores de 65 años** (Figura 11).

¹⁷³ Expansión, 2021. *Población de las Comunidades Autónomas*. Enlace.

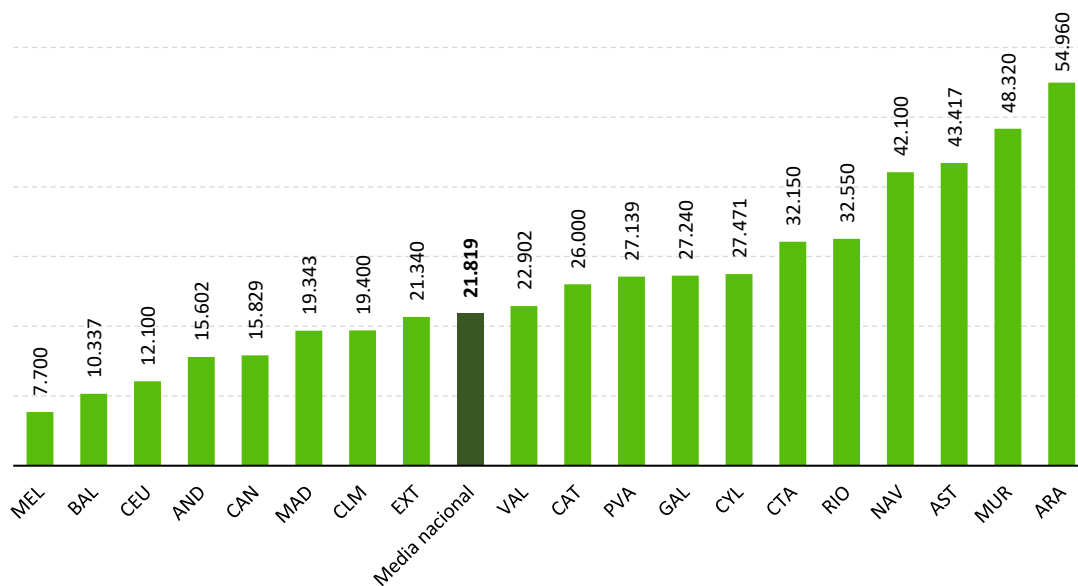


Figura 11. Número de habitantes mayores de 65 años por cada hospital con Unidad del Dolor en España.

Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad y el INE (2022)^{172,174}.

La Ciudad Autónoma de Melilla, las Islas Baleares y la Ciudad Autónoma de Ceuta son de nuevo las regiones mejor posicionadas en este ranking, disponiendo de un hospital con Unidad de Dolor por cada 7.700, 10.337 y 12.100 ciudadanos mayores de 65 años respectivamente. Aragón y la Región de Murcia vuelven a ocupar las últimas posiciones, con una Unidad de Dolor hospitalaria por cada 54.960 y 48.320 habitantes mayores de 65 años, respectivamente. A estas dos regiones se suma el Principado de Asturias, que cuenta con un centro hospitalario con Unidad de Dolor por cada 43.417 habitantes.

5.3. Clasificación y descripción

Las Unidades de Tratamiento del Dolor se clasifican en tres categorías principales, según su grado de complejidad y especialización: unidades monográficas, unidades unidisciplinarias y unidades multidisciplinarias. De forma complementaria a esta clasificación, existen cuatro niveles de acreditación para las unidades, establecidos según las actividades concretas que estas llevan a cabo y que permiten su registro a nivel nacional ([Tabla 1](#)).

¹⁷⁴ Instituto Nacional de Estadística, 2021. *Población por grupo de edad, sexo y Comunidad Autónoma. Valores absolutos*. Enlace.

Tabla 1. Clasificación de las Unidades de Tratamiento del Dolor en España.

Tipo	Nivel	Nombre	Composición	Actividades
I monográfica	I	Unidad de Técnicas Específicas de tratamiento del dolor	Profesionales sanitarios con conocimientos en el manejo del dolor	Diagnóstico y tratamiento general del dolor crónico: técnicas antiálgicas
II unidisciplinar	II	Unidad Unidisciplinar para el tratamiento del dolor	Supervisor, dos médicos especialistas, psicólogo o psiquiatra	Diagnóstico y tratamiento del dolor crónico de etiología concreta: abordaje de aspectos físicos y biopsicosociales
III multidisciplinar	III	Unidad Multidisciplinar para el tratamiento del dolor	Director, dos especialidades médicas (una de ellas anestesiología o neurocirugía), psicólogo o psiquiatra, personal sanitario no médico (enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales...), personal de apoyo	Diagnóstico y tratamiento del dolor crónico de cualquier etiología: abordaje de aspectos médicos, psicológicos, sociales y laborales; elaboración de registros e historias clínicas
	IV	Unidad Multidisciplinar para el estudio y tratamiento del dolor		Diagnóstico y tratamiento del dolor crónico de cualquier etiología: abordaje de aspectos médicos, psicológicos, sociales y laborales; elaboración de registros e historias clínicas; investigación en dolor; actividades educativas y formativas

Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y la Sociedad Española del Dolor (2022)^{170,175}.

Para garantizar la adecuada asistencia a los pacientes, estas unidades presentan equipos de profesionales con formación especializada en el diagnóstico y tratamiento del dolor.

¹⁷⁵ Sociedad Española del Dolor. *Tipos de Unidades de Dolor*. Enlace.

Unidades monográficas (tipo I)

Las unidades monográficas son las de menor complejidad y especialización, siendo responsables del tratamiento general del dolor crónico por medio de técnicas antiálgicas.

Estas unidades cuentan con un equipo capacitado para el manejo de los aspectos físicos del dolor, en el que la figura de los médicos no es imprescindible. Las unidades monográficas se corresponden con el **nivel I de acreditación**.

Unidades unidisciplinarias (tipo II)

Las unidades unidisciplinarias presentan una mayor complejidad y nivel de especialización, llevando a cabo acciones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento específico del dolor crónico que presenta una etiología concreta.

El equipo de estas unidades, enfocado en el manejo físico y biopsicosocial del dolor, incluye a la figura coordinadora del Supervisor, al menos dos médicos especialistas y un psicólogo o psiquiatra. Estas unidades unidisciplinarias están incluidas en el **nivel II de acreditación**.

Unidades multidisciplinarias (tipo III)

Las unidades multidisciplinarias presentan el mayor grado de complejidad y especialización, siendo encargadas del diagnóstico y tratamiento del dolor crónico de cualquier etiología. Estas unidades tienen la misión de proporcionar una asistencia integral a todos los pacientes con dolor, garantizando el abordaje de los aspectos médicos, psicológicos, sociales y laborales de la enfermedad.

Los equipos de estas unidades presentan un marcado carácter multidisciplinar y están compuestos por la figura coordinadora del Director, médicos de dos o más especialidades diferentes, psicólogo o psiquiatra, personal no médico y profesionales de apoyo. Las unidades multidisciplinarias forman parte de los **niveles III y IV de acreditación**. Las unidades que no desarrollan actividades relacionadas con la investigación en dolor y la formación y educación comprenden el nivel III, siendo las unidades implicadas con actividades de este tipo acreditadas en el nivel IV.

Si bien los tres tipos de Unidades de Dolor aquí presentados se encuentran especializadas en el abordaje de la enfermedad, la capacidad de estas unidades para responder a las necesidades del paciente y lograr un abordaje integral son **dependientes de los recursos** disponibles.

Las **unidades multidisciplinarias** presentan una **mayor oferta de recursos** asistenciales y profesionales para el manejo del paciente, brindando una atención a nivel médico, laboral y biopsicosocial que maximiza la calidad de vida y el bienestar de los enfermos. No obstante, únicamente un **17%** de las Unidades del Dolor a nivel nacional tienen un **carácter multidisciplinar**, lo que pone de manifiesto la necesidad de expandir la

disponibilidad de unidades de este tipo, a fin de favorecer el óptimo tratamiento del dolor crónico y el seguimiento de los pacientes¹⁷⁶.

6. Abordaje asistencial del dolor crónico en España

6.1. Circuito asistencial y recorrido del paciente

Las estrategias analizadas, desarrolladas a nivel nacional y autonómico, han permitido sentar las bases para el reconocimiento de la patología de dolor crónico y su abordaje asistencial. En la actualidad, el circuito asistencial que siguen los pacientes con dolor crónico en España consta de varias etapas sucesivas, en las que el paciente es derivado por diferentes servicios del Sistema Nacional de Salud.

La mayor parte de los pacientes inician su recorrido por los servicios asistenciales en **Atención Primaria**, nivel que representa la puerta de entrada en el sistema sanitario a través de dos vías: consultas específicas acerca del dolor y visitas rutinarias derivadas de la enfermedad crónica de base. Desde Atención Primaria tiene lugar el **diagnóstico** de los pacientes y su **derivación al especialista** correspondiente, encargado del manejo de la patología de base y el dolor derivado de esta, así como del diagnóstico definitivo de los casos más complejos^{22,30,47}.

Si bien es cierto que en algunos casos los profesionales de Atención Primaria pueden derivar a los pacientes a las Unidades del Dolor, esta realidad es minoritaria y parte directamente de los médicos, no existiendo procedimientos asistenciales unificados que potencien esta derivación.

El **seguimiento y control** del dolor crónico tiene lugar por parte de Atención Primaria y hospitalaria y, a lo largo de este proceso, algunos pacientes son derivados desde el especialista a las Unidades de Tratamiento del Dolor.

Paralelamente, los pacientes que lo requieren pueden ser derivados a los servicios de **rehabilitación o fisioterapia** desde Atención Primaria o el especialista. Adicionalmente, los pacientes terminales pueden ser derivados a las **unidades de cuidados paliativos** desde el especialista o las Unidades de Tratamiento del Dolor^{22,30,47}.

6.2. Necesidades no cubiertas en el manejo del dolor crónico

Pese a la magnitud del dolor crónico a nivel sanitario, social y económico en España y la existencia de circuitos asistenciales protocolizados existen una serie de **necesidades no cubiertas** en el abordaje de la enfermedad que suponen **barreras en el acceso a la atención** por parte de los pacientes.

¹⁷⁶ Polo-Santos M. et al., 2021. *An Update on Resources, Procedures and Healthcare Provision in Pain Units: A Survey of Spanish Practitioners*. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021 Jan 8;18(2):451. doi: 10.3390/ijerph18020451. Enlace.

Diagnóstico del dolor crónico y las enfermedades asociadas

La principal necesidad no cubierta identificada en el proceso de **diagnóstico** es el **retraso en la identificación y diagnóstico** del dolor o la enfermedad que lo origina^{22,30,47}.

Una de las causas más notorias de esta barrera reside en la complejidad del sistema sanitario y los **prolongados tiempos de espera** para la derivación a los médicos especialistas desde Atención Primaria. Este retraso en la visita inicial al especialista, encargado del diagnóstico, ralentiza la obtención del diagnóstico definitivo.

Además, la **asistencia a pacientes con dolor crónico no se adscribe a ninguna especialidad médica** concreta, por lo que la formación específica en dolor y la práctica en el manejo de estos pacientes por parte de los profesionales son limitadas¹⁷⁷.

Esto, unido a la **sintomatología compleja** de algunas de las enfermedades crónicas que cursan con dolor, provoca un **déficit de capacitación** en los profesionales para el reconocimiento del dolor crónico que puede derivar en un diagnóstico tardío y retrasar el inicio del tratamiento^{22,30}.

- El 39% de los pacientes tarda más de un año en ser diagnosticado y el tiempo medio hasta la obtención de un diagnóstico definitivo se sitúa en los 2,2 años.
- El tiempo medio hasta el inicio del tratamiento asciende a 1,6 años. El retraso diagnóstico hace habitual que los pacientes comiencen a ser tratados para el dolor antes de recibir un diagnóstico definitivo sobre la etiología del mismo. Esto supone que los tratamientos iniciales puedan ser inadecuados y no permitan un control óptimo de la enfermedad.

Derivación del paciente

La principal necesidad no cubierta identificada en el proceso de derivación de los pacientes a través de los diferentes servicios del Sistema Nacional de Salud es el **retraso y dificultad en el acceso a las Unidades de Tratamiento del Dolor**^{22,47}.

Uno de los principales motivos de este retraso reside en el **modelo de derivación** existente, en el que el traslado de pacientes a las Unidades de Tratamiento del Dolor ocurre principalmente desde la Atención Hospitalaria, siendo la derivación desde Atención Primaria residual. Las **listas de espera** para la primera visita hospitalaria, el **desconocimiento** de los servicios disponibles en las Unidades de Dolor por parte de los especialistas, la **coordinación insuficiente** entre especialistas y unidades del dolor y el **retraso diagnóstico** dificultan la entrada del paciente en estas unidades.

Adicionalmente, la **heterogeneidad en cuanto a estructura y equipamiento** de estas Unidades de Tratamiento del Dolor genera variabilidad en la asistencia, ya que la capacidad de las unidades para brindar una asistencia integral y multidisciplinar es

¹⁷⁷ Dueñas M., et al., 2017. Relationship Between Using Clinical Practice Guidelines for Pain Treatment and Physicians' Training and Attitudes Toward Patients and the Effects on Patient Care. Pain Practice 2018 Jan;18(1):38-47. doi: 10.1111/papr.12579. Enlace.

altamente dependiente de los profesionales que formen parte de las mismas y los recursos sanitarios disponibles.

La mayor parte de las unidades a nivel nacional son monográficas y existe un claro **déficit de unidades multidisciplinarias**, por lo que las unidades no suelen estar adecuadamente preparadas para el manejo de patologías de dolor crónico extenso, que requieren de un abordaje más amplio y multidisciplinar.

Pese a la existencia de Unidades de Tratamiento del Dolor en todas las Comunidades Autónomas, la mayor parte de las mismas se concentran en regiones como Cataluña, la Comunidad de Madrid, Andalucía o la Comunidad Valenciana, territorios que reúnen además a la mayor parte de unidades multidisciplinarias, lo que genera **inequidades geográficas** en el acceso de los pacientes a la atención adecuada^{22,30,178,179,180}.

- En España sólo el 36% de pacientes con dolor crónico son tratados específicamente de esta condición en Atención Primaria, debido a la falta de recursos específicos y la falta de formación de los médicos, lo que muestra la necesidad de la derivación al especialista y las Unidades de Tratamiento del Dolor.
- A pesar de ello, el 54% de pacientes tienen una espera de más de un año desde la aparición de los primeros síntomas de dolor hasta su derivación a las Unidades de Tratamiento del Dolor. Hasta un 38% de los pacientes son derivados en un periodo que abarca entre uno y cinco años. Esto supone que los pacientes con dolor tardan más de 5 años de media en ser atendidos por una Unidades de Tratamiento del Dolor desde el inicio de su dolor.
- El 70% de las Unidades del Dolor en España no dispone de los recursos necesarios para abordar adecuadamente el dolor de los pacientes y el 60% consideran que su personal es insuficiente.
- Únicamente el 18% de las Unidades del Dolor en España tienen capacidad para atender los casos más complejos.

Tratamiento del dolor crónico y las enfermedades asociadas

Una de las necesidades no cubiertas más importantes en el proceso de tratamiento y gestión del paciente es la tendencia a **tratar el dolor crónico como un síntoma asociado a la enfermedad de base** y no un problema de salud en sí mismo. A pesar de ello, en los últimos años está teniendo lugar una sensibilización progresiva del personal sanitario que favorece el reconocimiento del dolor como enfermedad y un manejo efectivo del mismo. La mejora paralela en la evaluación y registro del dolor crónico por parte de los

¹⁷⁸ Sociedad Española del Dolor, 2019. *Estudio sobre las Unidades del Dolor en España: actualización de sus recursos y actividades*. Enlace.

¹⁷⁹ Caramés M. & Navarro M., 2016. *Costes del tratamiento del dolor versus su no tratamiento. Aproximación a la realidad de Portugal y España*. Revista de la Sociedad Española del Dolor. Enlace.

¹⁸⁰ Miró, J. et al., 2019. *Pain curricula across healthcare professions undergraduate degrees: a cross-sectional study in Catalonia, Spain*. BMC Medical Education 2019 Aug 13;19(1):307. doi: 10.1186/s12909-019-1741-5. Enlace.

profesionales encargados del seguimiento rutinario del paciente ha contribuido también a la mejora en este ámbito²².

Otra necesidad identificada reside en la **limitada cartera de servicios destinados al dolor crónico en el Sistema Nacional de Salud**. Servicios como la rehabilitación, la fisioterapia o las herramientas de apoyo psicosocial (psicología, acompañamiento, asesoramiento especializado...) no forman parte de los protocolos habituales de tratamiento del paciente, por lo que el acceso a estos servicios se restringe a ocasiones excepcionales y no tiene lugar una asistencia continuada al paciente por parte de estos.

Como se ha mencionado anteriormente, la **ausencia de formación específica en dolor crónico en las diferentes especialidades médicas** limita el conocimiento de los profesionales, lo que reduce su capacitación para el tratamiento de la enfermedad y para la información a los pacientes. Este desconocimiento y falta de formación de los pacientes en la enfermedad y su manejo **restringen la capacidad y autonomía del paciente en el proceso de autocuidado**^{22,30}.

- En España, únicamente un 15% de los pacientes con dolor crónico reciben asistencia por parte de un médico especialista en dolor.
- El 29% de los pacientes consideran recibir un tratamiento no adecuado para aliviar su dolor.
- El 58% de pacientes consideran insuficiente la formación recibida acerca de su enfermedad y hasta un 70% se muestran interesados en recibir más información sobre el tratamiento del dolor.

6.3. Propuestas de mejora en el manejo del dolor crónico

Las necesidades no cubiertas identificadas en las diferentes etapas del proceso asistencial (diagnóstico, derivación y tratamiento de la enfermedad) limitan la eficiencia de la atención recibida por los pacientes y repercuten negativamente en su bienestar.

Un estudio llevado a cabo por la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) analizó la calidad de vida de más de 1.000 pacientes a nivel nacional, por medio de evaluaciones personales acerca del impacto de la enfermedad. La valoración de los pacientes de su **estado de salud se limitó a 4,2 puntos** y su **nivel de dolor percibido se situó en 7 puntos** (en una escala del 1 al 10), lo que pone de manifiesto el impacto de la enfermedad de dolor crónico en la calidad de vida de los pacientes²².

Por ello, organizaciones como la Sociedad Española del Dolor (SED), la Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor (SEMDOR) o la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) han planteado una serie de acciones de impacto para la mejora del abordaje de la enfermedad, enfocadas en favorecer el **papel central del paciente** en el proceso asistencial y su participación y autonomía, así como la adecuada prescripción farmacológica^{22,30,47,181}.

¹⁸¹ Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor, 2022. *Guías de recomendaciones de práctica clínica para el buen uso médico de los opioides de prescripción en el tratamiento del dolor crónico no oncológico*. Enlace.

Las acciones más destacadas se enmarcan en la adopción de un **circuito asistencial circular**, organizado alrededor de la figura central del paciente. Este circuito se fundamenta en el recorrido transversal del paciente por los diferentes servicios sanitarios y la continuidad asistencial, por medio de la coordinación y comunicación entre los diferentes servicios médicos, la derivación ágil y la asistencia personalizada.

Con el objetivo de brindar la asistencia más óptima a cada paciente dentro de este modelo circular, se antoja decisiva la puesta en marcha de una serie de actuaciones que permitan adecuar el papel de los profesionales y el paciente en el proceso asistencial:

- Favorecer el desarrollo de la **medicina personalizada** y su posicionamiento como elemento central en la atención del paciente. La implementación de las nuevas tecnologías en salud y el fomento de la telemedicina como herramienta de seguimiento permanente se antojan decisivas para garantizar una asistencia personalizada y centrada en el paciente.
- Potenciar la figura del **profesional de referencia en Atención Primaria**, nivel asistencial en el que son atendidos la amplia mayoría de los pacientes. Este profesional, especialista en el abordaje del dolor, sería el encargado de supervisar y gestionar el caso individual del paciente y su derivación.
- Favorecer la **formación y capacitación en Atención Primaria** y su papel como nivel asistencial responsable de la coordinación y la cooperación entre servicios.
- Potenciar una **coordinación entre niveles asistenciales** más ágil y eficiente, que permita un verdadero abordaje multidisciplinar del paciente.
- Fomentar el **carácter multidisciplinar de las Unidades de Tratamiento del Dolor** y estandarizar su cartera de servicios y profesionales a fin de maximizar su despliegue en los hospitales de referencia y reducir las desigualdades de acceso.
- Favorecer la coordinación entre los servicios del Sistema Nacional de Salud y los **servicios biopsicosociales**, brindados principalmente por las asociaciones de pacientes, clave para el manejo de la enfermedad en todas sus vertientes.
- Mejorar las infraestructuras de **intercambio de datos** entre niveles asistenciales.
- Transformar el **modelo de comunicación profesional sanitario-paciente** para mejorar la participación del paciente y favorecer un cambio de rol hacia un papel central de agente activo en la toma de decisiones y gestión de su patología.
- Establecer **sistemas de evaluación** de los modelos asistenciales por parte de profesionales y pacientes, con el objetivo de buscar la mejora continua y la excelencia asistencial.
- Mejorar la **sensibilización social** para favorecer el conocimiento del impacto de la enfermedad en los pacientes y potenciar y el apoyo a todos los niveles.
- Potenciar la **educación y formación de los pacientes y cuidadores** a través de programas específicos de dolor crónico, puestos en marcha en el seno de las Escuelas de Salud y de los programas de Paciente Experto/Paciente Activo de las Comunidades Autónomas.

Barómetro del dolor crónico en España

1. Objetivos

Ante el destacado impacto del dolor crónico en la sociedad, presentado en los apartados anteriores, el Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz y la Fundación Grünenthal pusieron en marcha el estudio que vertebra este documento y que se presenta a continuación.

Los dos **objetivos** principales de este estudio fueron los siguientes:



Conocer y describir las características epidemiológicas y de atención sanitaria de los ciudadanos adultos que sufren dolor en España.



Comparar las características de los sujetos sin dolor, con dolor continuo no crónico y con dolor crónico.

2. Metodología

Este estudio consistió en la realización de **encuestas entre la población española en el año 2022**, a fin de cuantificar el alcance de la enfermedad de dolor crónico en España y plantear soluciones a los principales retos asociados a la misma.

Ámbito del estudio: nacional (España).

Diseño del estudio: estudio observacional descriptivo transversal.

Población de estudio: individuos de 18 a 85 años residentes en España.

Criterios de inclusión y exclusión

Los individuos seleccionados para las encuestas fueron sujetos listados en el **panel de Cint**, líder mundial en software para la recopilación de información digital¹⁸².

Esta plataforma, enfocada a fines exclusivamente relacionados con las investigaciones de mercado, permite el acceso a paneles de participantes que cumplen con los requisitos de la Sociedad Europea de Opinión e Investigación de Mercados (*European*

¹⁸² Cint. *Market Research and Insights*. Enlace.

Society for Opinion and Marketing Research, ESOMAR) y la Organización Internacional de Normalización (*International Organization for Standardization, ISO*).

El acceso a los sujetos que participaron en la encuesta de este proyecto se llevó a cabo a través de una plataforma propia de Access, garantizando la **anonimidad** y sin tener acceso a información personal de los individuos, tan sólo **información sociodemográfica de la población a nivel agregado**.

Muestra

Para este proyecto se llevaron a cabo **7.058 entrevistas** a población española, muestreada según cuotas de **sexo, edad y Comunidad Autónoma** de residencia.

- 6.394 encuestas se realizaron mediante una entrevista online asistida por ordenador (*Computer-Assisted Web Interviewing, CAWI*) a **individuos de 18 a 75 años**.
- 664 encuestas se realizaron mediante una entrevista telefónica asistida por ordenador (*Computer-Assisted Telephone Interviewing, CATI*) a **individuos de 76 a 85 años**.

La distribución de los participantes entre los segmentos online y telefónico se hizo con el objetivo de favorecer el adecuado desarrollo de las encuestas. La población mayor de 76 años, menos familiarizada con los medios digitales e Internet, completó la encuesta a través de una llamada telefónica con un entrevistador, mientras que la población menor de 75 realizó las encuestas a través de un enlace a un cuestionario online.

Con un tamaño de 7.058 entrevistas, el **error muestral** queda fijado en **± 1,2%, para datos globales**, $p=q=0,5$, con un **nivel de confianza del 95%**.

Para la muestra realizada mediante CAWI (6.394 entrevistas), el error es de **± 1,2%**, y para la muestra realizada mediante CATI (664 entrevistas), el error es de **± 3,9%**.

La distribución muestral es proporcional al tamaño de la población española por sexo, edad y Comunidad Autónoma de residencia (Anexo 2. **Tabla A2 – 1** y **Tabla A2 – 2**).

Instrumentos y variables

Se utilizó una encuesta para recoger la siguiente información: datos sociodemográficos, uso del sistema sanitario, estado de salud, presencia y características del dolor (continuo y crónico), consecuencias del dolor crónico y uso del sistema sanitario a causa del dolor (Anexo 2. **Encuesta**).

Para el análisis llevado a cabo se diferenciaron tres grupos en la población encuestada: individuos sin dolor, individuos con dolor continuo e individuos con dolor crónico.

- **Definición de dolor continuo (no crónico):** se considera que una persona tiene dolor continuo si lo sufre al menos 4 o 5 días a la semana, pero desde hace menos de 3 meses.
- **Definición de dolor crónico:** se considera que una persona tiene dolor crónico si sufre dolor continuo (al menos 4 o 5 días a la semana) y dicho dolor tiene lugar desde hace al menos 3 meses.

Para cuantificar el estado de salud de los encuestados, se utilizaron las siguientes escalas:

- **Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 (SF-12v2) de Calidad de Vida Relacionada con la Salud.**

Es un cuestionario que permite analizar la **salud física (Physical Component Score, PCS) y la salud mental (Mental Component Score, MCS)** en ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Cada dimensión se puntúa del 0 al 100, siendo los valores más altos representación de un mejor estado de salud^{183,184}.

- **Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).**

Esta escala se utiliza para abordar los trastornos del humor (**ansiedad y depresión**) por medio de dos subescalas (ansiedad y depresión). Cada escala toma valores entre 0 y 21, donde mayores puntuaciones indican mayores niveles de ansiedad o depresión. Puntuaciones por encima de 10 indican presencia de ansiedad o depresión, y entre 8 y 10 se considera con indicios dudosos de ansiedad o depresión^{185,186,187}.

- **Cuestionario Duke de Apoyo Social percibido.**

Este cuestionario se compone de dos subescalas: **apoyo social** confidencial (posibilidad de comunicarse con otras personas) y apoyo social afectivo (muestras de afecto y empatía recibidas). Las puntuaciones se establecen entre 11 y 55, siendo las mayores puntuaciones consecuencia de un mayor apoyo social percibido. Puntuaciones inferiores a 32 se consideran indicadoras de bajo apoyo social percibido¹⁸⁸.

Procedimiento de recogida de datos

La recogida tuvo lugar entre el 13 y el 20 de **junio de 2022** a través del panel de la empresa Cint. El acceso a la información se ha realizado por el **sistema CATI** y el **sistema CAWI**.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo un **análisis descriptivo** de los datos, mostrando la distribución de frecuencias absolutas y relativas (**porcentajes**) en el caso de las variables cualitativas.

¹⁸³ Schmidt S. et al., 2012. *Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña*. Médica Clínica. doi: 10.1016/j.medcli.2011.10.024. Enlace.

¹⁸⁴ Monteagudo O. et al., 2009. *Valores de referencia de la población diabética para la versión española del SF-12v2*. Gaceta Sanitaria. doi: 10.1016/j.gaceta.2008.11.005. Enlace.

¹⁸⁵ Zigmond A. & Snaith R., 1983. *The hospital anxiety and depression scale*. Acta Psychiatrica Scandinavica. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. Enlace.

¹⁸⁶ Selvarajah D. et al., 2014. *The contributors of emotional distress in painful diabetic neuropathy*. Diabetes and Vascular Disease Research. doi: 10.1177/1479164114522135. Enlace.

¹⁸⁷ Herrero M. et al., 2003. *A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population*. General Hospital Psychiatry. doi: 10.1016/s0163-8343(03)00043-4. Enlace.

¹⁸⁸ Bellón J. et al., 1996. *Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11*. Atención Primaria 1996 Sep 15;18(4):153-6, 158-63. Enlace.

Para las cuantitativas se muestran la **media con su desviación típica**. Se comprobó la normalidad en su distribución mediante **pruebas de Kolmogorov-Smirnov**.

Se determinó la prevalencia de dolor continuo no crónico y dolor crónico mediante **estimación puntual** y por **intervalos de confianza al 95%**. La prevalencia se particularizó por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma.

Para conocer las diferencias de las características de las personas sin dolor, con dolor continuo no crónico y con dolor crónico, se llevaron a cabo **análisis bivariantes**. En el caso de variables cualitativas, se utilizó el test **Chi-cuadrado**. Para las cuantitativas, se usó el test no paramétrico de **Kruskal-Wallis**. Se estableció un nivel de significación **$\alpha=0,05$** .

3. Resultados

En este apartado se presentan los principales resultados de las 7.058 encuestas llevadas a cabo en este proyecto: 6.394 encuestas online CAWI a población entre 18 y 75 años y 664 encuestas telefónicas CATI a población de 76 años a 85 años.

La información completa acerca de los resultados obtenidos puede consultarse en el **Anexo 3**.

3.1. Características de la muestra

En este bloque se muestra una fotografía actual del **perfil de los individuos que han participado en la encuesta**, reflejando los principales aspectos sociodemográficos de los encuestados (edad, sexo, Comunidad Autónoma de residencia, nivel de estudios y situación laboral), el uso que ejercen del sistema sanitario y su estado de salud.

Datos sociodemográficos

La población encuestada presenta una distribución proporcional a la población española en **edad, sexo y Comunidad Autónoma** de residencia.

Edad

Los encuestados presentaron una **edad media de 49,5 años** (DT=16,5), siendo el grupo poblacional más numeroso el de 35 a 54 años (38,4%) ([Figura 12](#)).

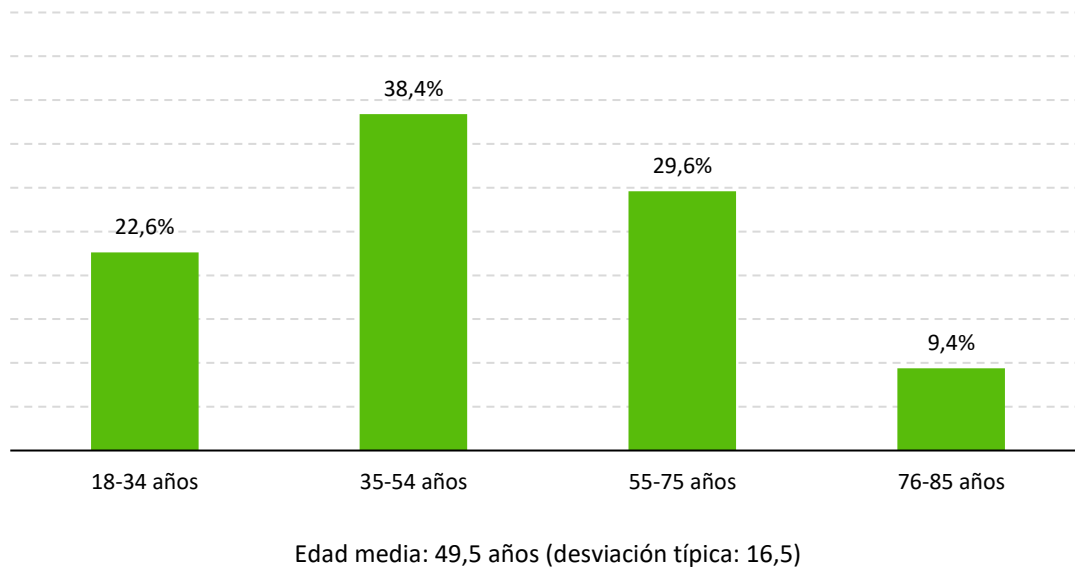


Figura 12. Distribución muestral por grupo de edad.

Sexo

La muestra de ciudadanos encuestados presenta una **distribución equitativa por sexos**, siendo el 50,1% de los participantes hombres y el 49,9% mujeres ([Figura 13](#)).

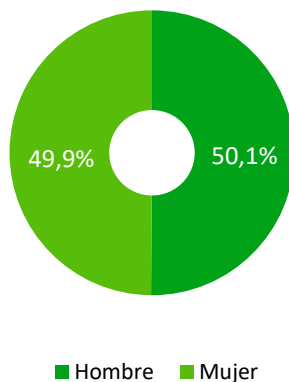


Figura 13. Distribución muestral por sexo.

Comunidad Autónoma

Andalucía (17,6%), **Cataluña** (16,3%) y la Comunidad de **Madrid** (14,7%) fueron las regiones de residencia más frecuentes de los individuos encuestados ([Figura 14](#)).

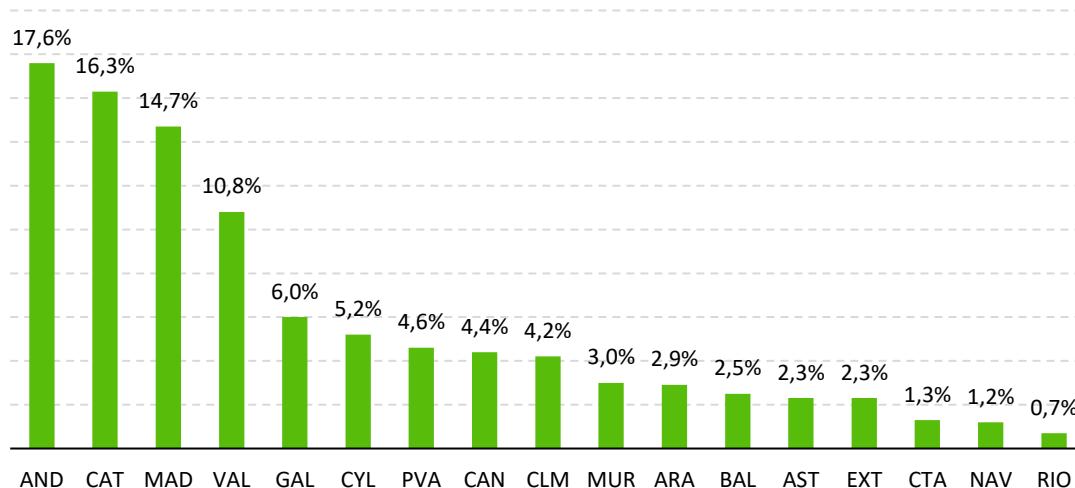


Figura 14. Distribución muestral por Comunidad Autónoma de residencia.

Nivel de estudios

El 98,8% de los encuestados presentan estudios, siendo el nivel de **estudios universitarios** el más numeroso, aglutinando hasta un 47,1% de los participantes.

Formación profesional (24,9%) y estudios secundarios (20,3%) constituyen los siguientes niveles formativos más frecuentes ([Figura 15](#)).

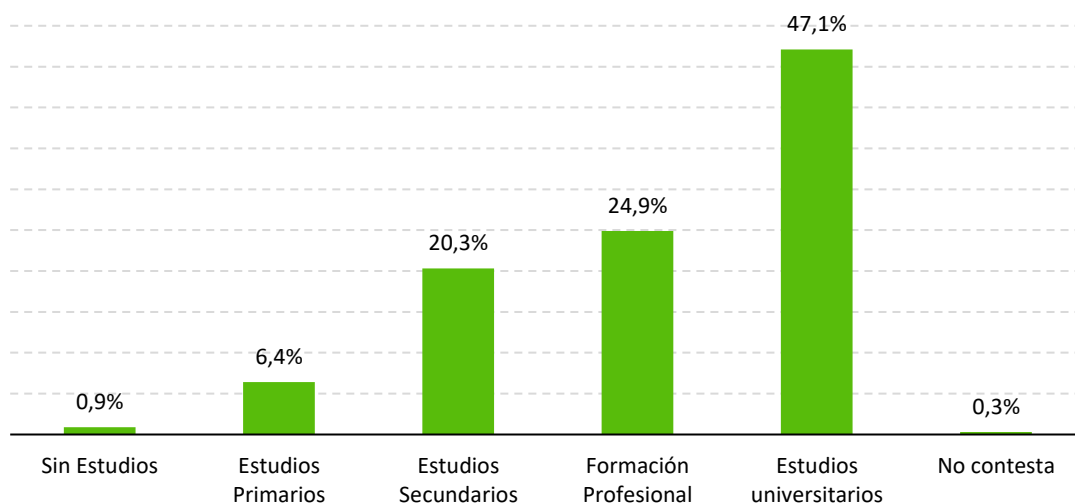


Figura 15. Distribución muestral por nivel de estudios.

Situación laboral

El 57,1% de los participantes en las encuestas desarrollan una **actividad profesional remunerada**, si bien de estos sólo el 70,1% se encuentran trabajando activamente, estando en situación de baja laboral el 29,9% restante.

De los encuestados que no desempeñan un trabajo remunerado, el grupo de jubilados/retirados es el más numeroso, con un 21,8% (Figura 16).

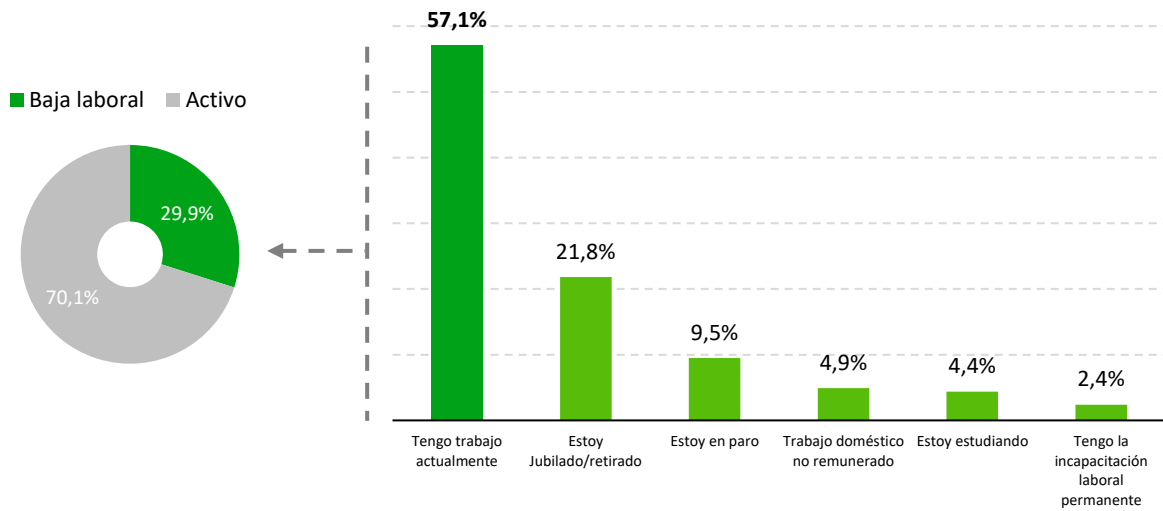


Figura 16. Distribución muestral por situación laboral.

Uso del sistema sanitario

El 38,6% de los entrevistados han acudido al sistema sanitario en el último mes. **Atención Primaria** es el servicio más utilizado. El 83,6% de los encuestados que han hecho uso de los servicios sanitarios han visitado Atención Primaria en el mencionado periodo (Figura 17).

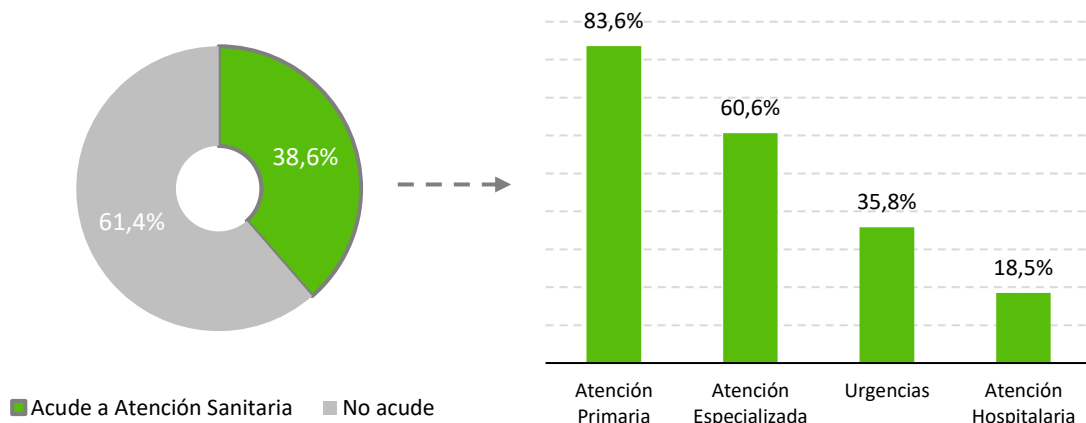


Figura 17. Distribución muestral por uso del sistema sanitario.

Estado de salud

Escalas

Para medir el estado de salud, la calidad de vida y el apoyo social de los participantes se utilizaron los cuestionario SF-12v2, HADS y Duke, que permiten cuantificar, respectivamente, la salud física y mental, la presencia de indicios de depresión y ansiedad y el apoyo social percibido.

Los encuestados presentaron una **calidad de vida** física media de 47,1 puntos (DT=10,1), analizada por medio de la escala PCS (*Physical Component Score*), y una calidad de vida mental de 46,7 puntos (DT=11,1), analizada por medio de la escala MCS (*Mental Component Score*), ambas ligeramente por **debajo del valor de referencia** de 50 puntos.

Si bien los participantes obtuvieron una puntuación media de 5,1 puntos (DT=4,2) de **nivel de depresión** y 5,8 puntos (DT=4,3) de **nivel de ansiedad**, valores inferiores a los 8 puntos que indican la existencia de indicios de estas enfermedades, una **proporción destacada de la población encuestada presenta depresión o ansiedad**.

Un **11,4%** de los encuestados mostraron una puntuación superior a los 10 puntos en la escala de **depresión**, indicativo de caso de la enfermedad. A su vez, el 15,4% de los encuestados presentaron indicios de depresión.

De forma paralela, el **14,3%** de los participantes presentaron casos de **ansiedad** y un 18,3% de la población presentó indicios de esta enfermedad.

Finalmente, la puntuación media de **apoyo social percibido** se sitúa en los 40,2 puntos (DT=10,8), indicando un **adecuado apoyo percibido** (Figura 18).

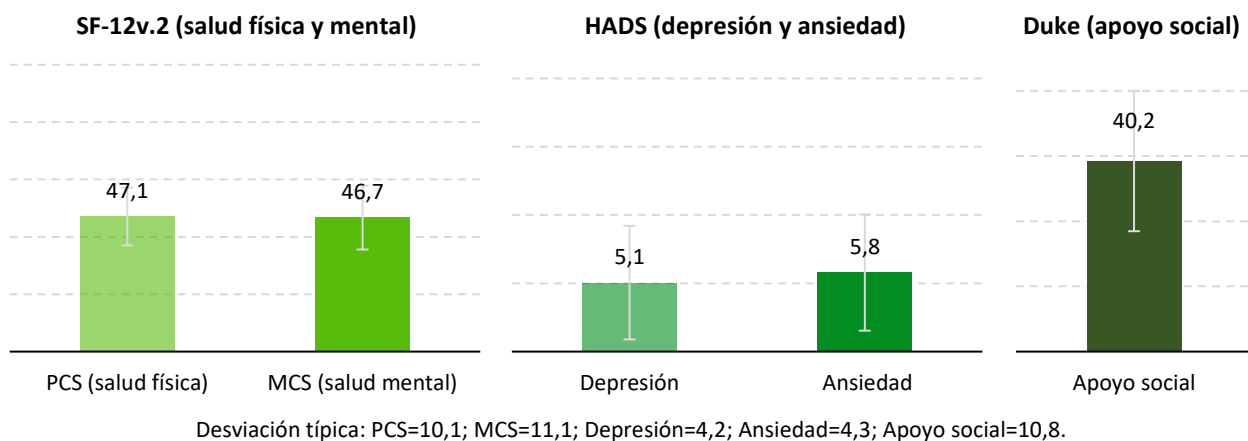


Figura 18. Estado de salud de los encuestados.

Limitaciones en la vida diaria

Los individuos encuestados presentan un adecuado estado de salud general, tal y como se observa en los resultados de las escalas analizadas. No obstante, resulta de interés conocer las limitaciones que presenta la población encuestada en sus actividades diarias.

La actividad que se ve más comprometida en los encuestados es **levantarse de una silla o de la cama**, que supone dificultades (alguna dificultad, mucha dificultad o imposibilidad de hacerlo por sí mismos) para el 28,7%. Por el contrario, la actividad para la que la muestra encuestada presenta una mayor autonomía es **alimentarse**, generando dificultades tan sólo en un 16,4% de los casos (Figura 19).

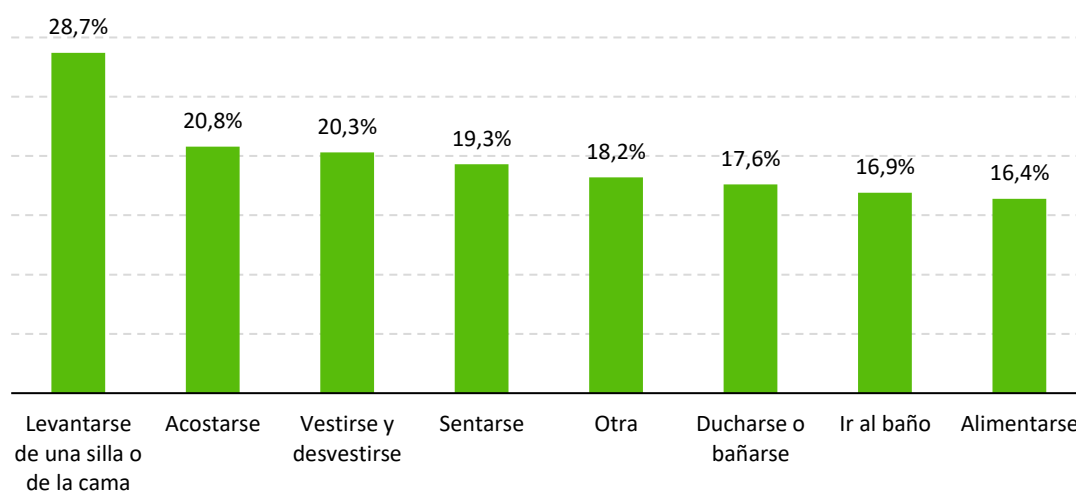


Figura 19. Distribución muestral por limitaciones en la vida diaria.

Estas limitaciones que algunos de los encuestados experimentan en su vida diaria suponen la **necesidad de apoyo familiar o social** para el adecuado desarrollo de sus actividades cotidianas.

En este sentido, **levantarse de una silla o de la cama** es también la actividad para la que los encuestados cuentan con un mayor apoyo, recibiendo ayuda en un 5,5% de los casos. Cabe destacar que, a pesar de no ser una de las actividades más frecuentemente limitadas, también un 5,5% de los participantes reciben ayuda para **ducharse o bañarse** (Figura 20).

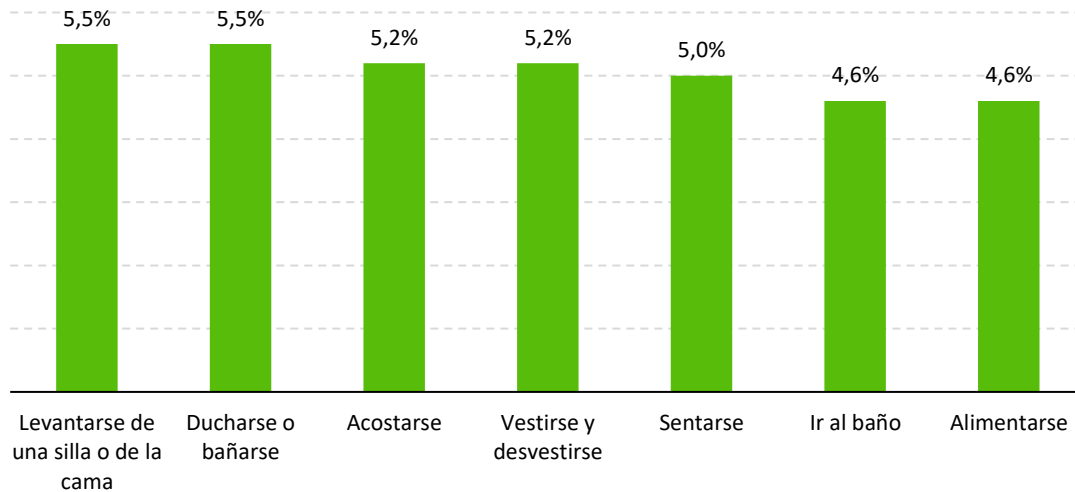


Figura 20. Distribución muestral por ayuda recibida en la vida diaria.

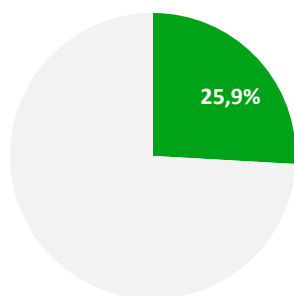
3.2. Prevalencia de dolor crónico y dolor continuo

En este bloque se presenta la **prevalencia de dolor crónico y dolor continuo** cuantificadas a través de las encuestas, poniendo el foco en el impacto de estas dolencias y su distribución en la población según edad, sexo y Comunidad Autónoma.

Prevalencia general

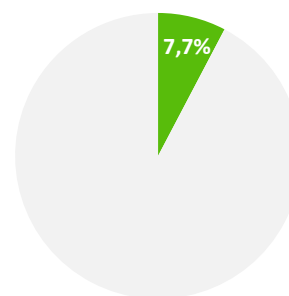
Un **25,9%** de la población encuestada padece **dolor crónico** (IC95%: 24,8-26,9%) y un **7,7%** presenta **dolor continuo** no crónico (IC95%: 7,1-8,3%) (Figura 21).

Prevalencia dolor crónico



IC (95%): 24,8-26,9%

Prevalencia dolor continuo no crónico



IC (95%): 7,1-8,3%

Figura 21. Prevalencia de dolor crónico y continuo.

Esta prevalencia observada de dolor crónico, patología que afecta a más de una de cada cuatro personas en nuestro país en la actualidad, es superior a la cifra del 17-18% cuantificada en estudios de prevalencia previos llevados a cabo a nivel nacional, lo que

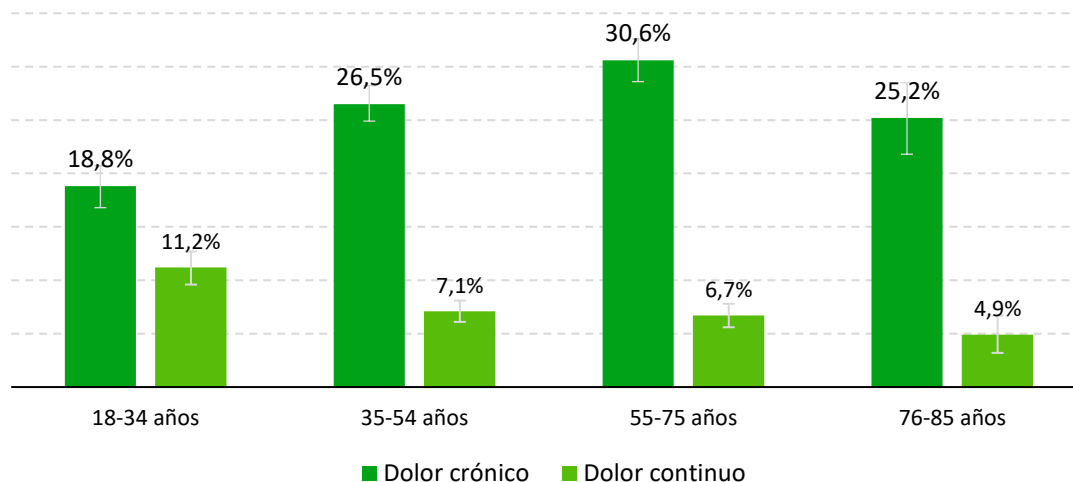
puede indicar un **alcance creciente la enfermedad** en los últimos años y pone de manifiesto la necesidad de situar al dolor crónico como una **prioridad sanitaria** en España, ya que supone un importante **reto para los sistemas de salud**²⁰.

Prevalencia por edad

El grupo de **población de 55 a 75 años** presenta la prevalencia más alta de **dolor crónico**, 30,6% (IC95%=28,6-32,6%), siendo el grupo de 18 a 34 años el menos afectado por la enfermedad, con una prevalencia de 18,8% (IC95%=16,8-20,7%).

Sin embargo, es este **grupo poblacional de 18 a 34 años** en el que se observa la prevalencia más alta de **dolor continuo** no crónico, 11,2% (IC95%=9,6-12,7%). La población mayor de 76 años es la menos afectada por el dolor continuo, con una prevalencia de 4,9% (IC95%=3,2-6,7%).

La prevalencia combinada más alta de dolor (prevalencias de dolor crónico y dolor continuo sumadas) se encuentra en el grupo de 55 a 75 años (37,3%) (Figura 22).



IC95% (Dolor crónico):

18-34 años=(16,8-20,7); 35-54 años=(24,9-28,2);
55-75 años=(28,6-32,6); 76-85 años=(21,8-28,5).

IC95% (Dolor continuo):

18-34 años=(9,6-12,7); 35-54 años=(6,1-8,1); 55-75 años=(5,6-7,8); 76-85 años=(3,2-6,7).

Figura 22. Prevalencia de dolor crónico y continuo por grupo de edad.

Esta reducción en la prevalencia de dolor crónico y dolor continuo observada en el grupo de mayores de 76 años podría explicarse por una serie de hipótesis planteadas en el **estudio EPISER 2000** sobre la prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española, desarrollado a comienzos de siglo¹⁸⁹.

La primera hipótesis que justificaría estos resultados es el denominado **“efecto superviviente”**, que afirma que los individuos que alcanzan una edad avanzada

¹⁸⁹ Carmona L. et al., 2001. Proyecto EPISER 2000: prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Metodología, resultados del reclutamiento y características de la población. Revista española de reumatología: Órgano Oficial de la Sociedad Española de Reumatología, ISSN 0304-4815, Vol. 28, Nº 1, 2001, págs. 18-25. Enlace.

presentan un buen estado de salud y una buena disposición para el sufrimiento corporal, por lo que padecen menos enfermedades causantes de dolor.

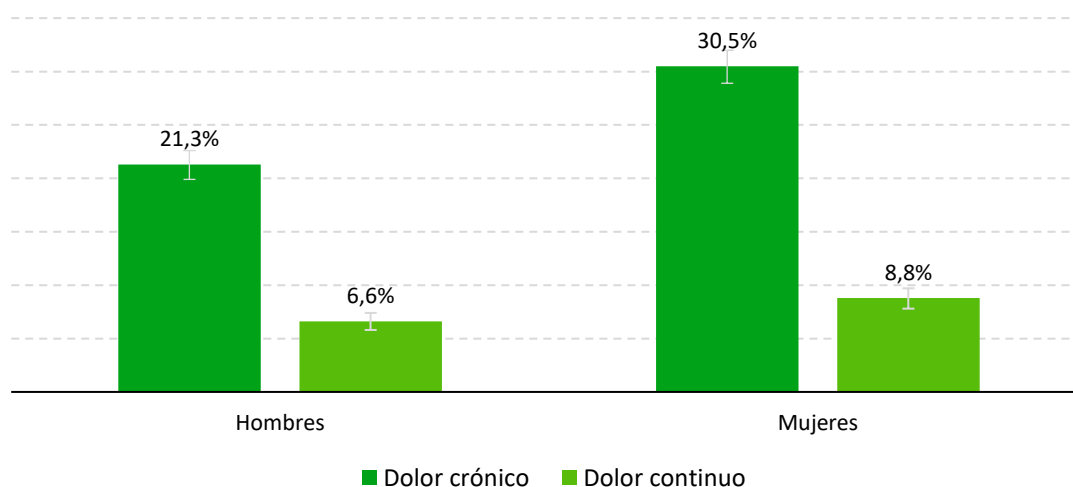
La segunda hipótesis que permitiría explicar los resultados observados se fundamenta en que la **exposición continuada al dolor** conlleva una elevación del umbral de percepción del mismo como mecanismo adaptativo. Esto supondría que los individuos que han sufrido de dolor crónico a lo largo de su vida presenten un umbral de dolor elevado y sean menos propensos a considerar que sufren de dolor al ser encuestados.

La última hipótesis planteada es contraria al “efecto superviviente” y determina que los individuos de edad avanzada presentan habitualmente una **acumulación de problemas de salud graves**, por ejemplo, neurológicos o respiratorios, por lo que los síntomas reumáticos y de dolor quedan desplazados en importancia.

Prevalencia por sexo

Las **mujeres** tienen una **mayor prevalencia de dolor** que los hombres, tanto en la enfermedad de dolor crónico como en la forma de dolor continuo.

El dolor crónico afecta a un 30,5% (IC95%=28,9-32%) de las mujeres y un 21,3% (IC95%=19,9-22,6%) de los hombres. El dolor continuo está presente en un 8,8% (IC95%=7,8-9,7%) de las mujeres y en un 6,6% (IC95%=5,8-7,4%) de los hombres (Figura 23).



IC95% (Dolor crónico):

Hombres=(19,9-22,6); Mujeres=(28,9-32).

IC95% (Dolor continuo):

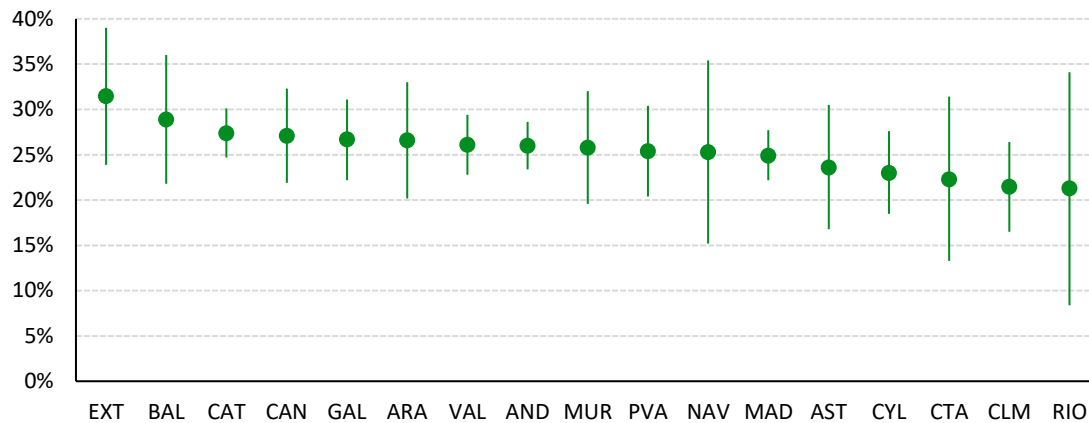
Hombres=(5,8-7,4); Mujeres=(7,8-9,7).

Figura 23. Prevalencia de dolor crónico y dolor continuo por sexo.

Prevalencia por Comunidad Autónoma

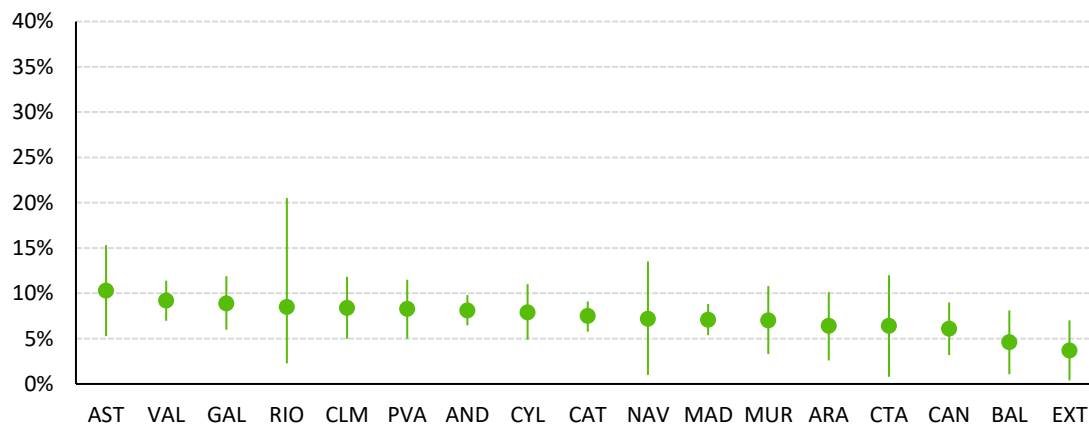
Si bien el cálculo de la prevalencia de dolor crónico y dolor continuo arroja resultados diferentes en las distintas regiones, los intervalos de confianza **no permiten confirmar**

que existan diferencias significativas en la prevalencia de dolor crónico y dolor continuo entre Comunidades Autónomas (Figura 24 y Figura 25).



IC95%: AND=(23,5-28,5); ARA=(20,3-32,9); AST=(16,9-30,4); BAL=(21,9-35,9); CAN=(22-32,2); CTA=(13,4-31,3); CYL=(18,6-27,5); CLM=(16,6-26,3); CAT=(24,8-30); VAL=(22,9-29,3); EXT=(24-38,9); GAL=(22,3-31); MAD=(22,3-27,6); MUR=(19,7-31,9); RIO=(8,5-34); NAV=(15,3-35,3); PVA=(20,5-30,3).

Figura 24. Prevalencia bruta de dolor crónico por Comunidad Autónoma de residencia.



IC95%: AND=(6,6-9,7); ARA=(2,7-10); AST=(5,4-15,2); BAL=(1,2-8); CAN=(3,3-8,9); CTA=(0,9-11,9); CYL=(5-10,9); CLM=(5,1-11,7); CAT=(5,9-9); VAL=(7,1-11,3); EXT=(0,5-6,9); GAL=(6,1-11,8); MAD=(5,5-8,7); MUR=(3,4-10,7); RIO=(2,4-20,4); NAV=(1,1-13,4); PVA=(5,1-11,4).

Figura 25. Prevalencia bruta de dolor continuo por Comunidad Autónoma de residencia.

Con objeto de comparar de forma más precisa las prevalencias de las distintas Comunidades Autónomas, se recalculó la prevalencia de dolor crónico y dolor continuo en cada una de las regiones, aplicando un ajuste por grupos de edad para estandarizar los resultados, teniendo en cuenta la estructura poblacional nacional.

Aunque estos resultados ajustados no muestran grandes diferencias con respecto a los originales, se presentan a continuación las **prevalencias ajustadas** calculadas para el dolor crónico y el dolor continuo a nivel regional.

Extremadura, con una prevalencia del 31,7%, **Región de Murcia**, con el 27,6%, e **Islas Baleares y Cataluña**, con el 27,4%, son las regiones para las que se ha cuantificado una mayor prevalencia de **dolor crónico**.

El **Principado de Asturias** (10,9%), la **Comunidad Valenciana** (9,5%) y **Galicia** (9,3%) son las Comunidades Autónomas en las que se ha calculado una mayor prevalencia de **dolor continuo**.

La prevalencia combinada más alta de dolor se ha observado en la Comunidad Valenciana, región en la que el 35,5% de los pacientes padecen de dolor crónico o continuo (Figura 26).

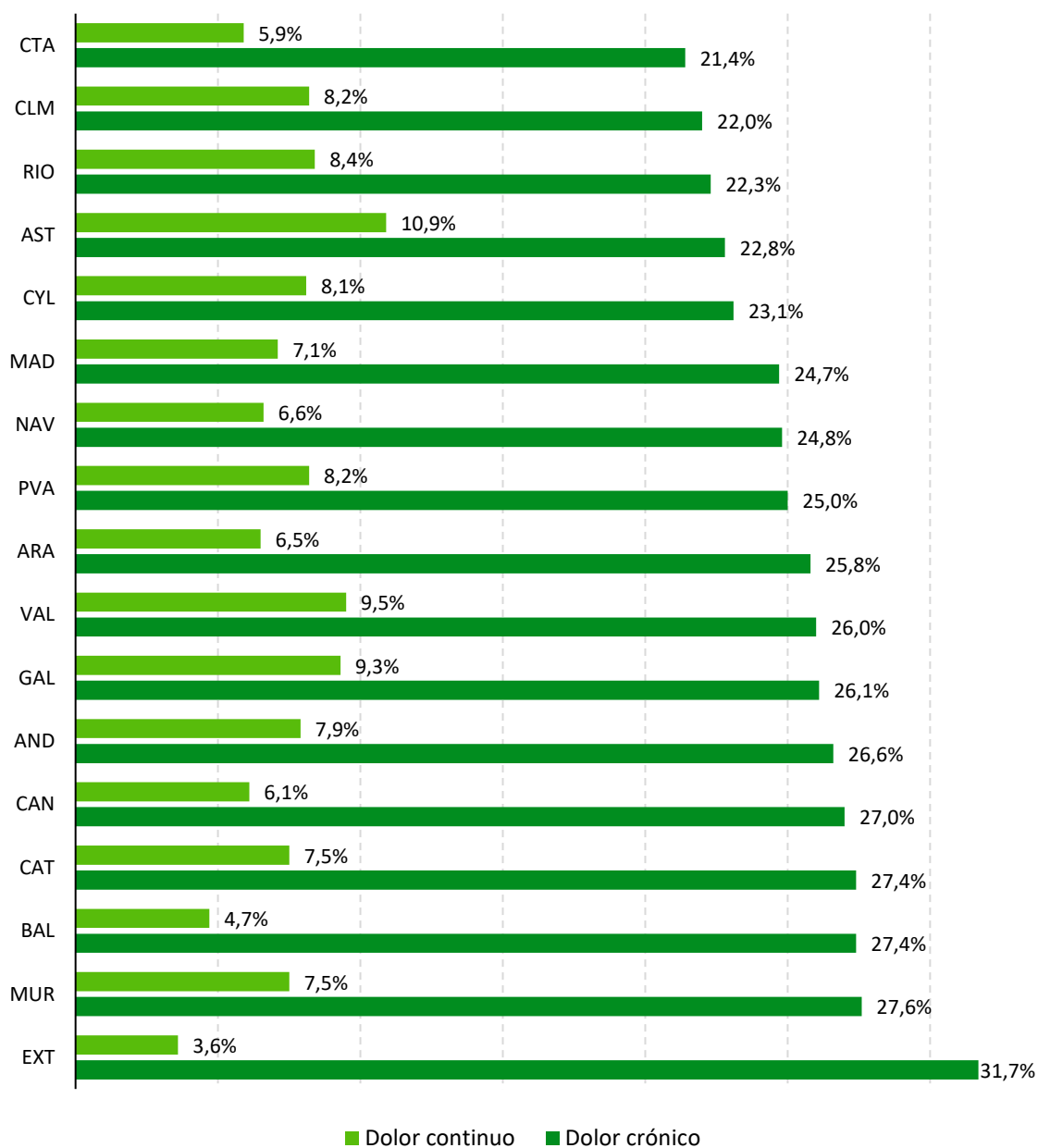


Figura 26. Prevalencia ajustada de dolor crónico y dolor continuo por Comunidad Autónoma de residencia.

3.3. Características asociadas con el dolor crónico

En este bloque se analizan las principales **características asociadas al dolor crónico** que se observan en los pacientes (duración e intensidad, causa diagnóstica y localización en el organismo), las **consecuencias del dolor crónico** en la vida del paciente y la **utilización de los servicios sanitarios**, a fin de poder conocer de forma detallada las implicaciones de la enfermedad y su impacto en la vida del paciente individual.

Duración e intensidad del dolor crónico

Tal y como reflejan los resultados de las encuestas mostrados anteriormente, la enfermedad de dolor crónico afecta en la actualidad al 25,9% de personas en España, por lo que se posiciona como uno de los grandes retos sanitarios en nuestro país.

Además de la destacada prevalencia de la enfermedad, los pacientes afectados por el dolor crónico conviven con este un **tiempo medio de 6,8 años** (DT=8,4).

En las últimas cuatro semanas, la **intensidad media** del dolor crónico padecido por los pacientes se sitúa en **6,8 puntos** (DT=1,8) en una escala de 0 (ausencia de dolor) a 10 (dolor insoportable).

Esta intensidad media se encuentra en la frontera entre **dolor “moderado”** y **“mucho dolor”**, establecida en los 7 puntos.

La mayor parte de los pacientes (**57,6%**) presentan **“mucho” dolor**, correspondiente con una puntuación entre 7 y 9 en la escala de intensidad.

El **33,3%** de los individuos con dolor crónico manifiestan una **intensidad “moderada”** del mismo (puntuaciones entre 4 y 6) y un 4,7% padecen de “muy poco o poco” dolor (puntuaciones entre 1 y 3). El 4,4% de los pacientes con dolor crónico sufren de una intensidad “insostenible” (Figura 27).

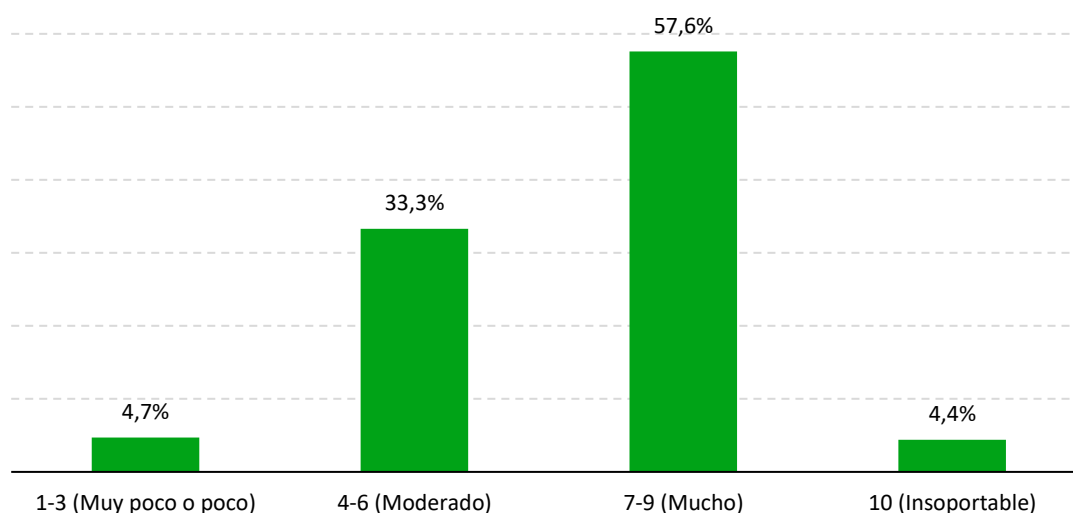


Figura 27. Intensidad del dolor crónico.

Según estos datos presentados, nueve de cada diez individuos con dolor crónico sufren de “mucho” dolor o un dolor “moderado” (90,9%) y la intensidad media percibida se

sitúa en el límite entre ambos niveles, lo que refleja la **elevada intensidad del dolor crónico en los pacientes** y la repercusión de este en el bienestar y calidad de vida.

Con el objetivo de comprender esta destacada intensidad del dolor crónico, se analizaron las **causas diagnósticas** que lo originan en aquellos pacientes que manifestaron dolor “moderado” o “mucho” dolor (Figura 28).

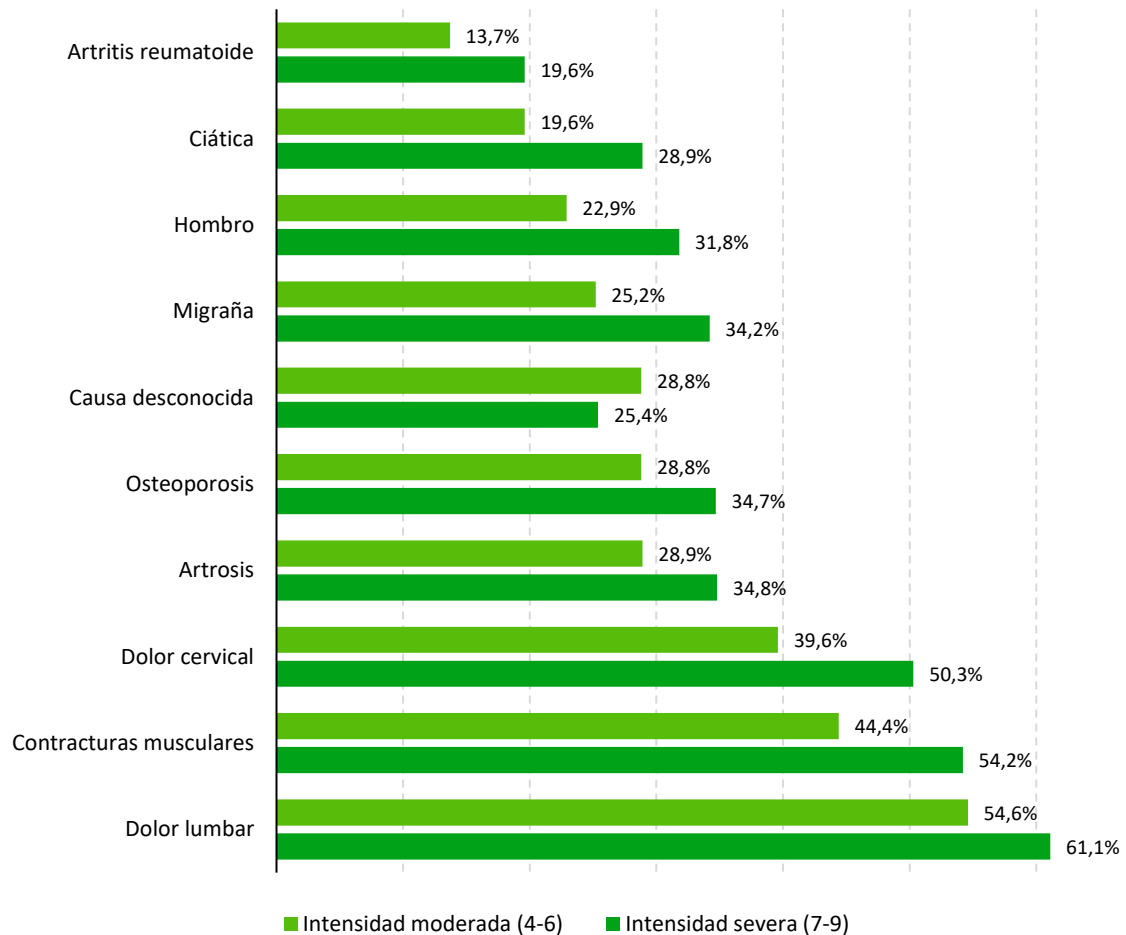


Figura 28. Principales causas diagnósticas del dolor crónico de moderado a intenso.

Entre los sujetos que refieren **dolor “moderado”**, el **dolor lumbar es el más frecuente**, siendo la causa diagnóstica en el 54,6% de los pacientes. Las contracturas musculares suponen la segunda causa diagnóstica más habitual, siendo el origen del dolor en el 44,4% de los pacientes. Un 28,8% de los pacientes con dolor crónico “moderado” desconocen la causa de su dolor.

Entre los pacientes con **dolor crónico “intenso” o “mucho” dolor**, las causas diagnósticas principales son también el **dolor lumbar**, que afecta al 61,1% de los individuos, y las contracturas musculares, que afectan al 54,2%. De forma similar a la observada en la población con dolor “moderado”, un 25,4% de los sujetos con “mucho” dolor desconocen la causa que lo produce.

En este grupo poblacional con dolor crónico intenso cabe destacar que la **migraña y otros dolores de cabeza crónicos** constituyen la causa diagnóstica del dolor en un 34,2%

de los pacientes, proporción superior en nueve puntos porcentuales a la observada en la población con dolor crónico moderado (25,2%).

La migraña es una dolencia asociada a episodios de **dolor de alta intensidad** y que generan una **gran incapacidad** en los pacientes^{190,191}, por lo que la diferente frecuencia de la migraña como causa diagnóstica del dolor entre el grupo con dolor moderado e intenso podría ser origen de la variación en la intensidad de dolor percibida, siendo el grupo con una mayor intensidad de dolor aquel con más casos de migraña.

Adicionalmente, se analizó la variación en la intensidad del dolor en función de la edad de los pacientes, con el objetivo de conocer la percepción del dolor de cada grupo de edad (Figura 29).

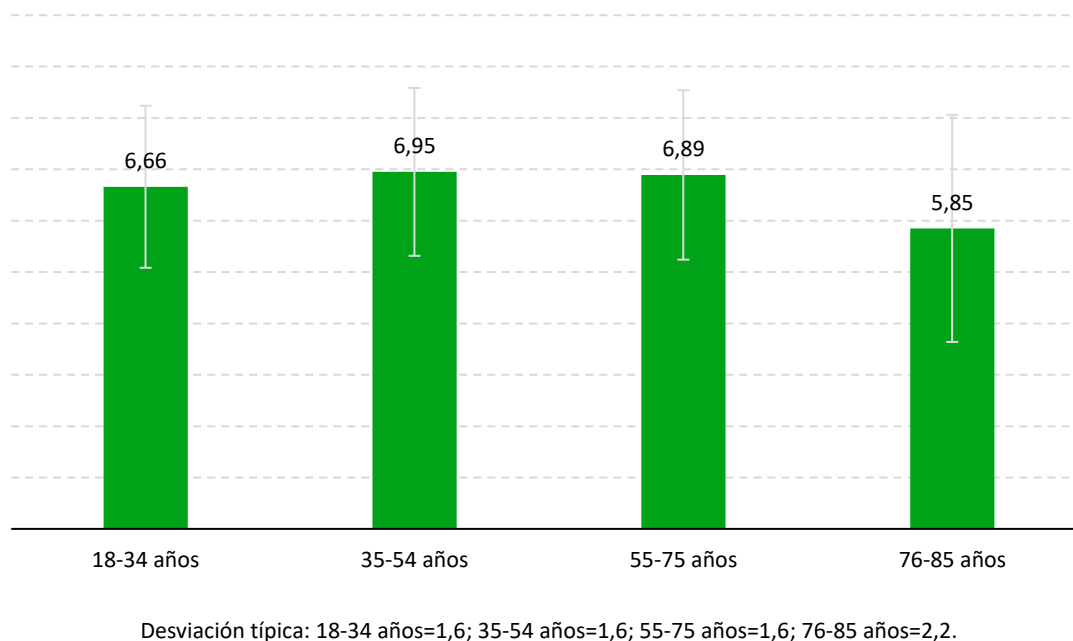


Figura 29. Intensidad del dolor crónico por grupos de edad.

El grupo de edad **entre 35 y 54 años** presenta la **mayor intensidad de dolor crónico**, 6,95 puntos (DT=1,6), situándose cerca del umbral entre dolor “moderado” y “mucho dolor”. El grupo poblacional que percibe una **menor intensidad** del dolor crónico es el **de 76 a 85 años**, que presenta una intensidad de 5,85 puntos (DT=2,2), lo que lo posiciona como el único grupo que padece un dolor “moderado”.

Esta **intensidad de dolor más baja** en los individuos de mayor edad podría justificar la **prevalencia de dolor crónico observada** en el grupo de 76 a 85 años, menor que en los grupos de 35 a 54 y de 55 a 75 (Figura 22).

¹⁹⁰ Kelman L., 2006. *Pain characteristics of the acute migraine attack*. Headache 2006 Jun;46(6):942-53. doi: 10.1111/j.1526-4610.2006.00443.x. Enlace.

¹⁹¹ Russo A. et al., 2012. *The pain in migraine beyond the pain of migraine*. Neurological Sciences 2012 May;33 Suppl 1:S103-6. doi: 10.1007/s10072-012-1052-7. Enlace.

Debido a la menor intensidad con la que el dolor es percibido por los pacientes mayores de 76 años, estos podrían ser **menos propensos a manifestar sus dolencias**, lo que supondría una disminución en la prevalencia de dolor calculada en este grupo.

Causa diagnóstica del dolor crónico

Habitualmente el dolor crónico que afecta a los pacientes tiene un **origen diagnosticado**. Si bien un 27,1 % de los pacientes desconocen la causa de su enfermedad, lo que dificulta su abordaje terapéutico, la mayoría de los casos identificados están relacionados con **una o varias causas diagnósticas**.

El **dolor lumbar**, que afecta al 58,1% de pacientes con dolor crónico, constituye la **causa diagnóstica más frecuente**. Las contracturas musculares (50,6%), el dolor cervical (46,2%) y la artrosis (33%) son también causas habituales de la enfermedad, afectando a más de un tercio de los pacientes (Figura 30).

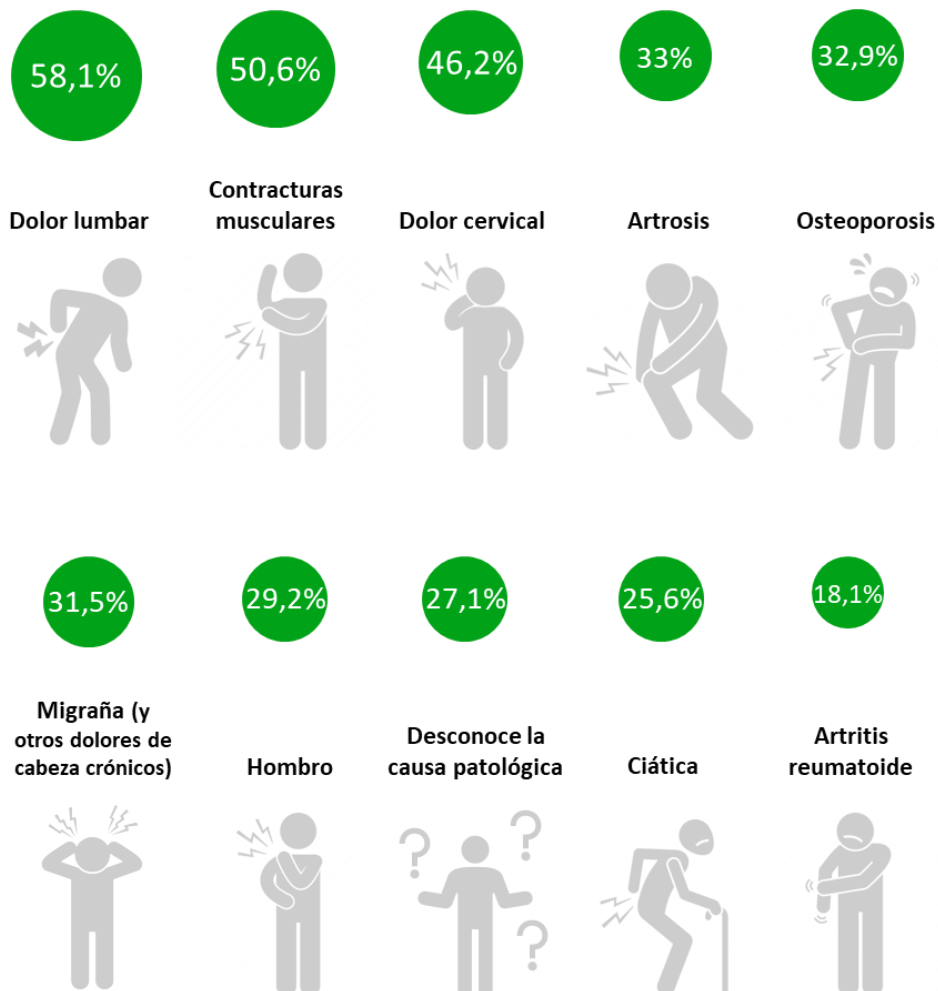


Figura 30. Causas diagnósticas del dolor crónico.

Localización anatómica del dolor crónico

Las **extremidades y articulaciones** son las regiones corporales en las que mayoritariamente se localiza el dolor crónico, refiriéndolo un 33,1% de pacientes. El dolor de espalda (28%) y el dolor generalizado (13,2%) son también **localizaciones frecuentes** de la enfermedad (Figura 31).

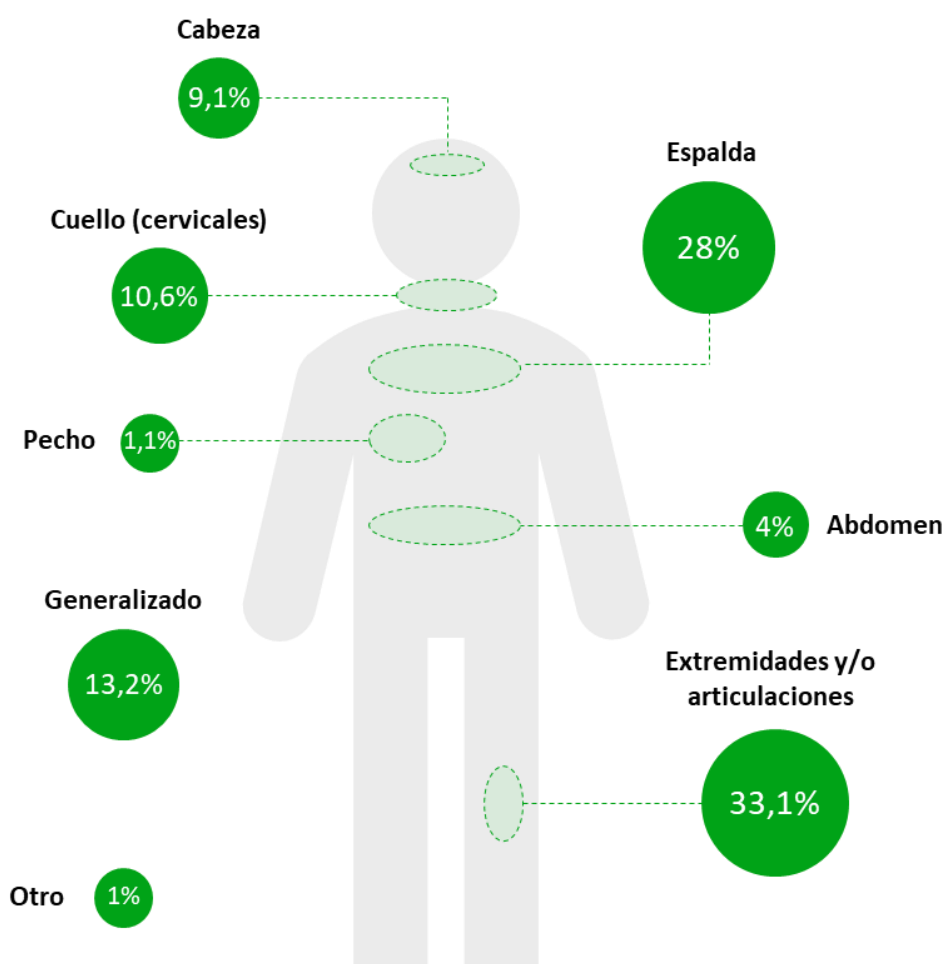


Figura 31. Localizaciones anatómicas del dolor crónico.

Consecuencias del dolor crónico

Los pacientes con dolor crónico ven habitualmente limitadas las actividades de su vida cotidiana, a causa de los impedimentos y problemas generados por la enfermedad.

La actividad que se ve más afectada en las personas con dolor crónico es **levantarse de una silla o de la cama**, estando limitada en un 62% de los pacientes. Otras actividades cuya frecuencia se ve reducida son sentarse y acostarse, limitadas en el 50,7% y el 49,3% de pacientes, respectivamente (Figura 32).

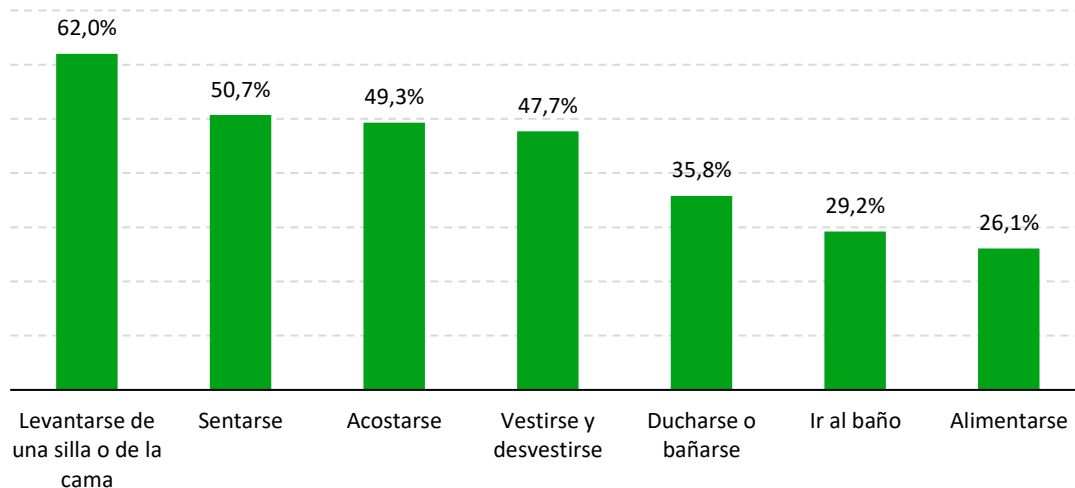


Figura 32. Actividades cotidianas limitadas por causa del dolor crónico.

Estas limitaciones en las actividades cotidianas pueden observarse también en el ámbito profesional, ya que un **28,6%** del total de pacientes con dolor crónico ha necesitado de **baja laboral** a causa del dolor en el último año, lo que ha mermado el desempeño de su actividad profesional.

Este dato refleja que casi tres de cada diez pacientes con dolor crónico, independientemente de su situación laboral u ocupación profesional se ha encontrado en el último año en situación de baja.

El **tiempo medio** de duración de las **bajas laborales** requeridas por los pacientes se ha prolongado durante **4,6 meses** (DT=4,4) en el último año y ha derivado en que un 32,3% de enfermos hayan dejado su ocupación previa y otro 17,3% hayan tenido que modificar su puesto de trabajo como consecuencia del dolor (Figura 33).

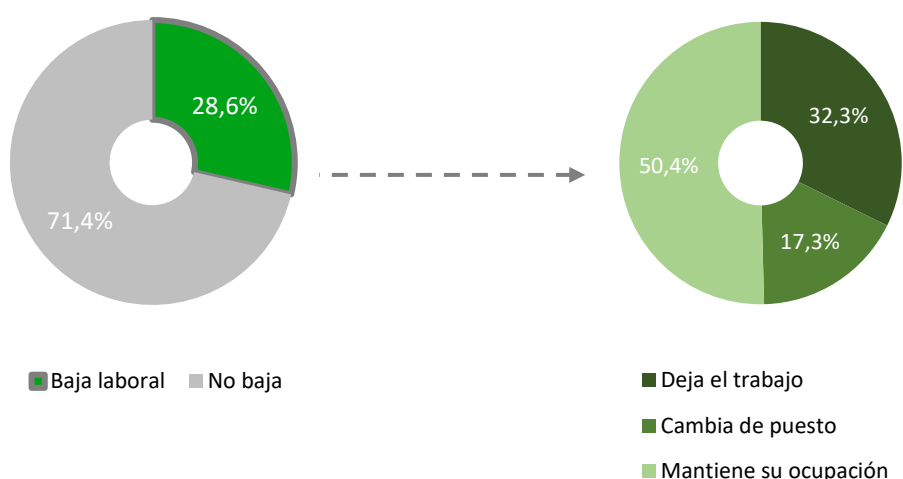


Figura 33. Actividades laborales limitadas por causa del dolor crónico.

El malestar derivado del dolor supone para los pacientes dificultades para conciliar el sueño, de modo que hasta un 64,8% de los afectados presentan **trastornos del sueño**.

Uso del sistema sanitario a causa del dolor crónico

Como se ha mencionado a lo largo de este bloque, el dolor crónico presenta un destacado impacto en los pacientes, condicionando su vida cotidiana y afectando negativamente al bienestar.

Por ello, hasta un 42,1% de los pacientes con dolor crónico han hecho uso de los servicios sanitarios en el último mes, siendo **Atención Primaria** el servicio de referencia, visitado por el 86,7% de los pacientes que acuden a los servicios sanitarios (Figura 34).

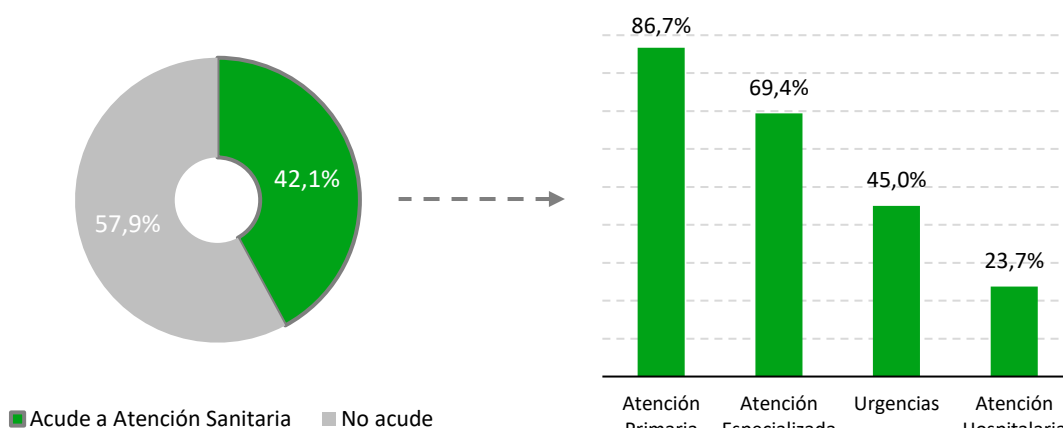


Figura 34. Uso del sistema sanitario por los pacientes con dolor crónico.

Atención Especializada constituye el segundo servicio más visitado por los pacientes (69,4% de los enfermos que acuden a servicios asistenciales), siendo **Traumatología** la especialidad con mayor demanda (47,7% de los pacientes que acuden a Atención Especializada) (Figura 35).

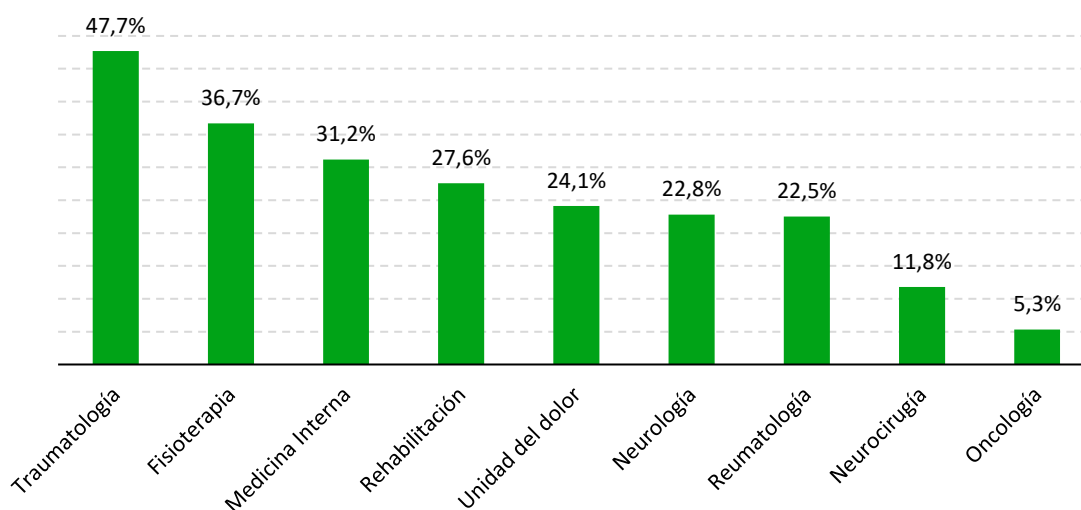


Figura 35. Uso de especialidades sanitarias por los pacientes con dolor crónico.

Cabe destacar adicionalmente que el 24,1% de los pacientes de Atención Especializada han recibido servicio en el último mes por parte de una **unidad del dolor**. A pesar de dar servicio a casi uno de cada cuatro pacientes, el **tiempo medio de espera** para acceder a estas unidades se sitúa en **10,5 meses** (DT=9,7).

3.4. Análisis comparativo: características asociadas con el dolor crónico, el dolor continuo y la ausencia de dolor.

En este bloque se comparan las características asociadas al dolor crónico, con aquellas que pueden relacionarse con el dolor continuo o la ausencia de dolor.

Para llevar a cabo este análisis se estudió la **distribución poblacional** de los tres grupos de individuos que participaron en las encuestas (**sin dolor**, con **dolor continuo** y con **dolor crónico**) atendiendo a diferentes criterios socioeconómicos (edad, sexo, Comunidad Autónoma de residencia, nivel de estudios y situación laboral), de uso del sistema sanitario y de estado de salud.

El estudio comparativo de estas distribuciones poblacionales permite establecer las diferencias en la composición de los diferentes grupos e identificar los **aspectos en los que la enfermedad de dolor crónico impacta de manera diferencial**.

Datos sociodemográficos

Edad

Los resultados obtenidos permiten concluir que existen diferencias significativas en la distribución de edades entre los tres grupos analizados: pacientes con dolor crónico, pacientes con dolor continuo y población sin dolor (Figura 36).

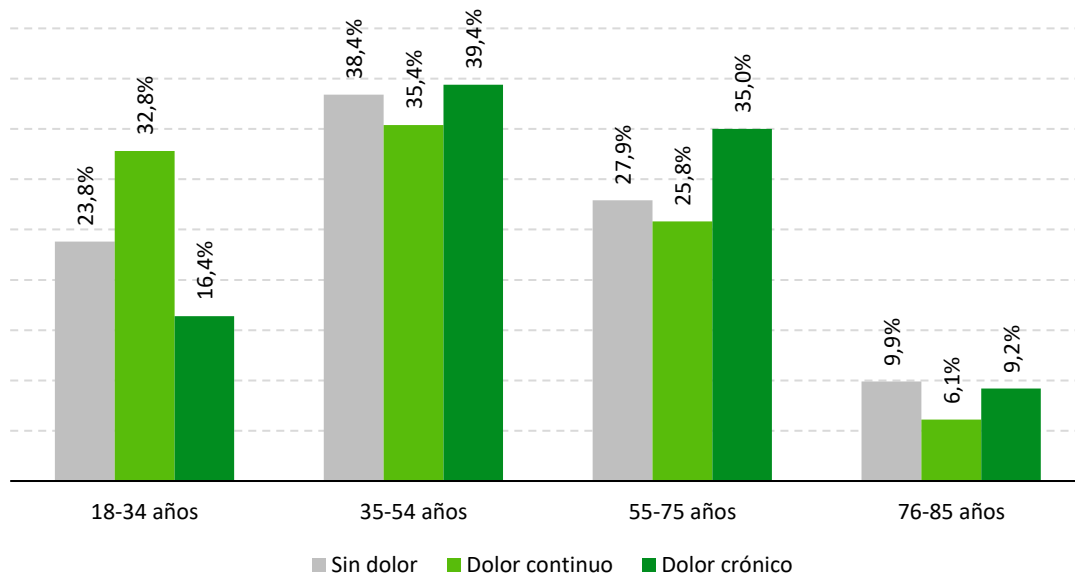


Figura 36. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por grupos de edad.

La población de enfermos de **dolor crónico** está constituida por una **proporción elevada** de pacientes **entre 55 y 75 años** (35%) y una **menor proporción** de individuos **entre 18 y 34 años** (16,4%), en comparación con las poblaciones de dolor continuo y sin dolor.

A su vez, el grupo de pacientes con dolor continuo está formado por una destacada proporción de individuos entre 18 y 34 años (32,8%) y un porcentaje algo más bajo de pacientes mayores de 75 que el grupo con dolor crónico.

La prevalencia de dolor crónico es baja en los individuos más jóvenes y alcanza un máximo en los individuos entre 55 y 75 años. La prevalencia de dolor continuo, por el contrario, es máxima en los individuos de 18 a 34 y decae con la edad hasta alcanzar un mínimo en la población de 76 a 85 años ([Figura 22](#)).

Esta evolución en la prevalencia de dolor crónico y continuo según la edad puede también observarse en las edades medias de cada grupo ([Figura 37](#)).

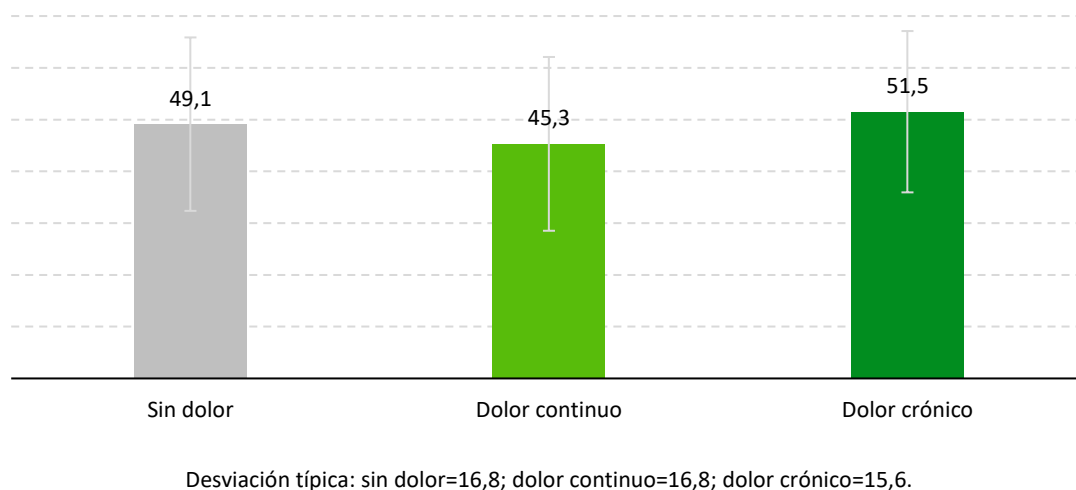


Figura 37. Edad media de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.

Todos los datos reflejan, por tanto, que la población con dolor crónico está constituida por una proporción elevada de población mayor (de 55 a 75 y de 76 a 85 años) en comparación a los individuos sin dolor y con dolor continuo, debido a la elevada prevalencia que presenta la enfermedad en los individuos de edad más avanzada.

Sexo

Al igual que se observa en la distribución por grupos de edad, la distribución por sexos presenta también diferencias significativas entre el grupo de pacientes con dolor crónico, el grupo de pacientes con dolor continuo y la población sin dolor ([Figura 38](#)).

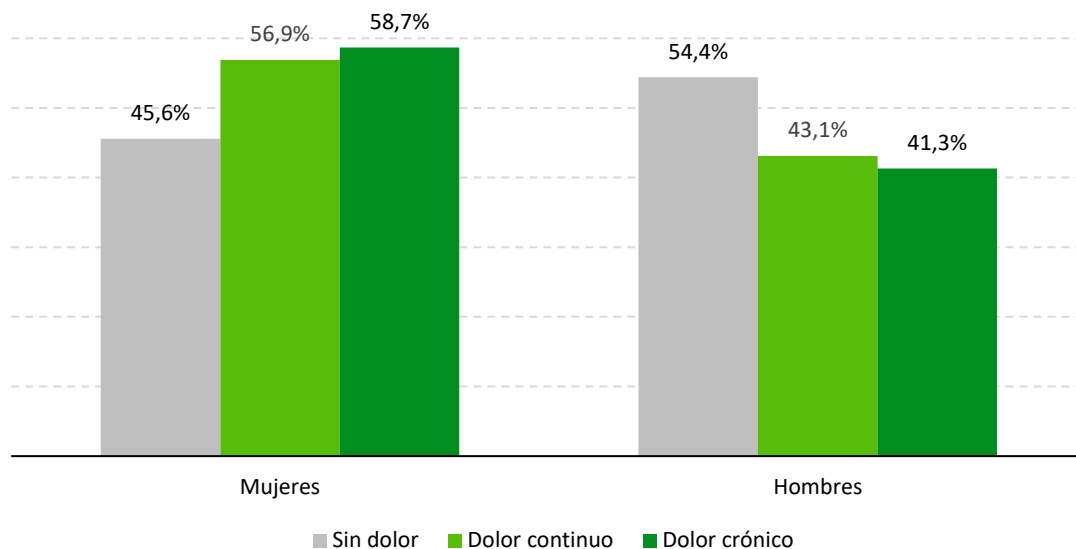


Figura 38. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por sexo.

Puede observarse que, en los grupos de **dolor crónico y dolor continuo**, la **proporción de mujeres es superior a la de hombres**, algo que no ocurre en el grupo sin dolor.

La diferencia en la prevalencia del dolor crónico entre ambos sexos (30,5% en mujeres y 21,3% en hombres) se refleja tanto en el grupo con dolor crónico, en el que la proporción de mujeres es 17,4 puntos porcentuales superior a la de hombres como en el grupo de dolor continuo.

Estos resultados permiten confirmar el mayor alcance del dolor entre la población femenina ([Figura 23](#)).

Comunidad Autónoma

No se observan diferencias significativas por Comunidades Autónomas entre los tres grupos analizados, lo que significa que ninguna de las Comunidades se encuentra sobre o infrarrepresentada en las poblaciones de dolor crónico, dolor continuo y sin dolor ([Figura 39](#)).

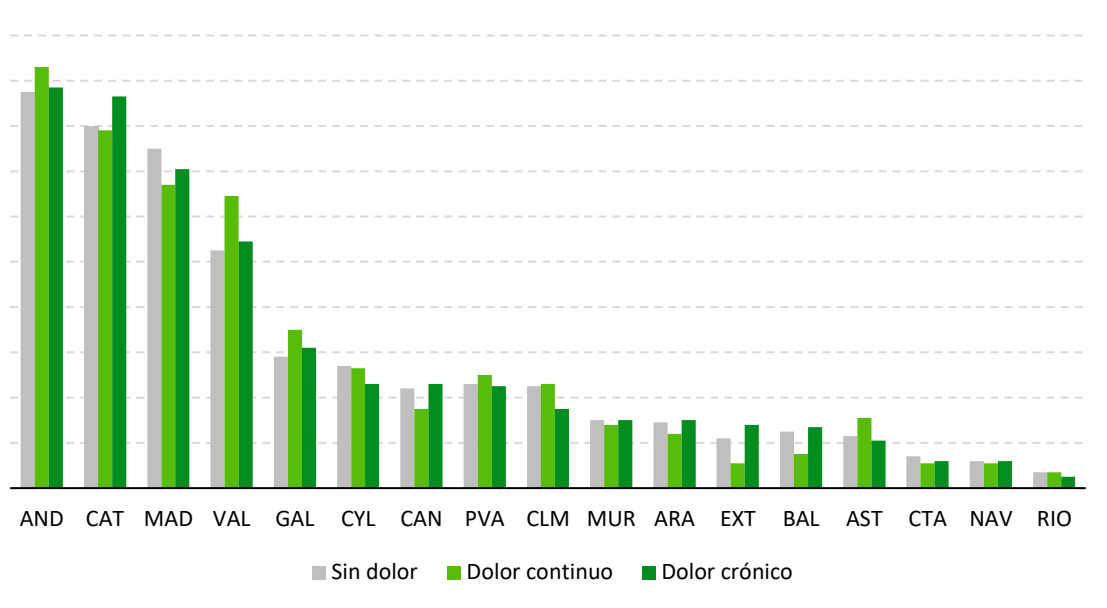


Figura 39. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por Comunidad Autónoma de residencia.

Estos resultados son coherentes con la prevalencia de dolor crónico y dolor continuo cuantificada por Comunidades Autónomas, para la que no se encontraron diferencias significativas entre regiones ([Figura 24](#) y [Figura 25](#)).

Nivel de estudios

La estructura poblacional según el nivel de estudios presenta diferencias entre los tres grupos analizados ([Figura 40](#)).

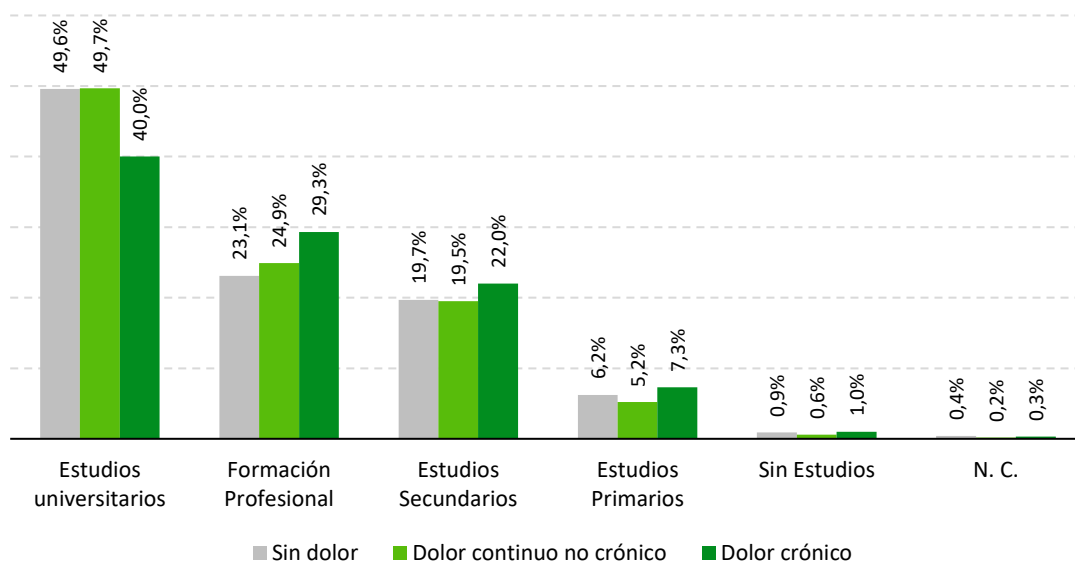


Figura 40. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por nivel de estudios.

Si bien las poblaciones sin dolor y con dolor continuo presentan una distribución similar, cabe destacar la **menor proporción comparativa de individuos con estudios universitarios** en el grupo de **dolor crónico**, que supone el 40% de la población total de este grupo, casi diez puntos porcentuales menos que en los grupos sin dolor y con dolor continuo.

Esta reducción en el peso de la población con estudios universitarios en el grupo con dolor crónico supone un incremento en la proporción del resto de niveles de estudios, especialmente notorio en la población con estudios secundarios (22%) y con estudios de formación profesional (29,3%).

Situación laboral

También se observan diferencias significativas en las distribuciones poblaciones según situación laboral entre los tres grupos de estudio (Figura 41).

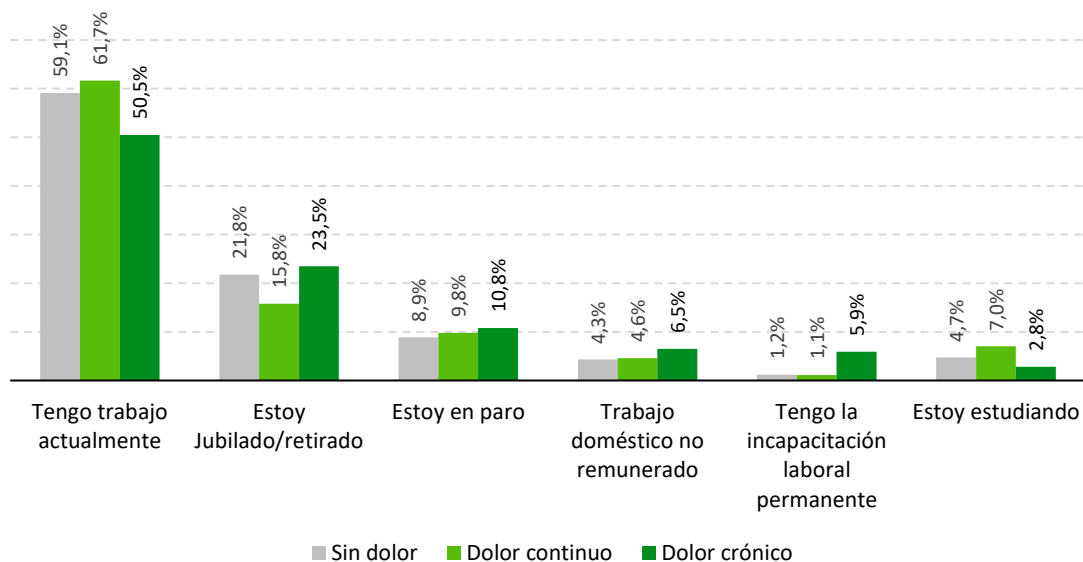


Figura 41. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por situación laboral.

En el grupo con **dolor crónico** se observa una proporción de trabajadores activos del 50,5%, dato inferior en diez puntos porcentuales a la proporción de individuos con trabajo remunerado en los grupos sin dolor y con dolor continuo. Esta **menor proporción de trabajadores en activo** podría explicarse por la estrecha relación con el impacto de la enfermedad de dolor crónico, que dificulta el desempeño de las actividades laborales habituales en los pacientes.

Las limitaciones a nivel laboral generadas por la enfermedad se reflejan adicionalmente en la **elevada proporción de individuos en situación de incapacidad laboral**

permanente en el grupo de dolor crónico, que se sitúa en el 5,9%, multiplicando por cinco la proporción observada en los otros grupos.

En este sentido, los datos muestran también que un 46,5% de los trabajadores remunerados con dolor crónico han recibido una **baja laboral** en el último año derivada de la enfermedad, a diferencia del porcentaje de bajas en el grupo de dolor continuo (38,8%) y sin dolor (23,3%). (Figura 42).

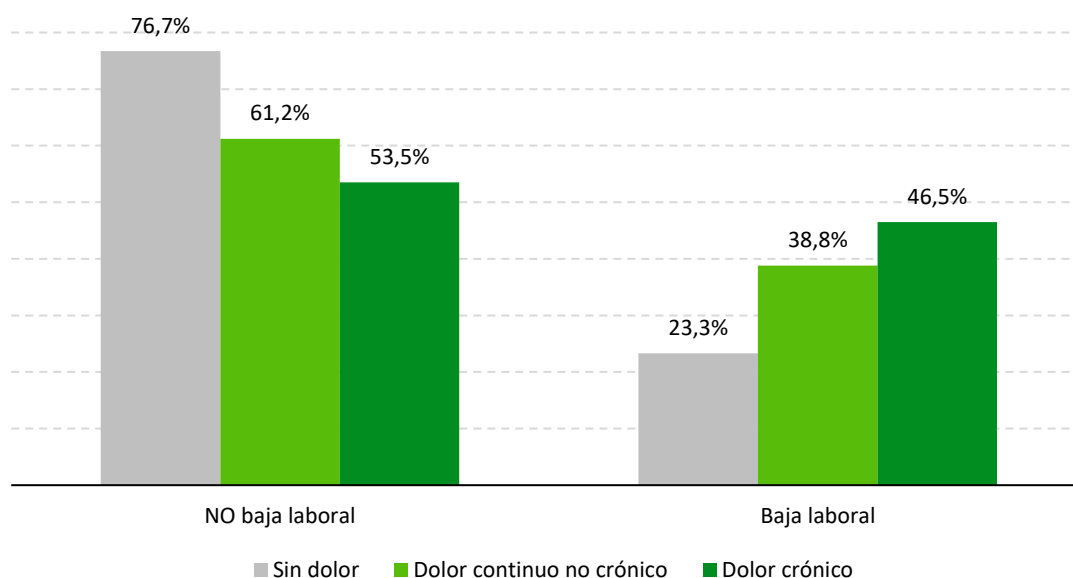


Figura 42. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por situación de baja laboral.

Todos estos resultados se hacen eco del impacto que presenta la enfermedad de dolor crónico en el paciente y las limitaciones que genera en el desarrollo de sus actividades profesionales, reduciendo el porcentaje de individuos que desempeñan una actividad profesional y aumentando la proporción de individuos en situación de desempleo o baja laboral como consecuencia de la enfermedad.

Uso del sistema sanitario

Las distribuciones poblacionales de los grupos sin dolor, con dolor continuo y con dolor crónico según el uso del sistema sanitario presentan entre sí diferencias significativas (Figura 43).

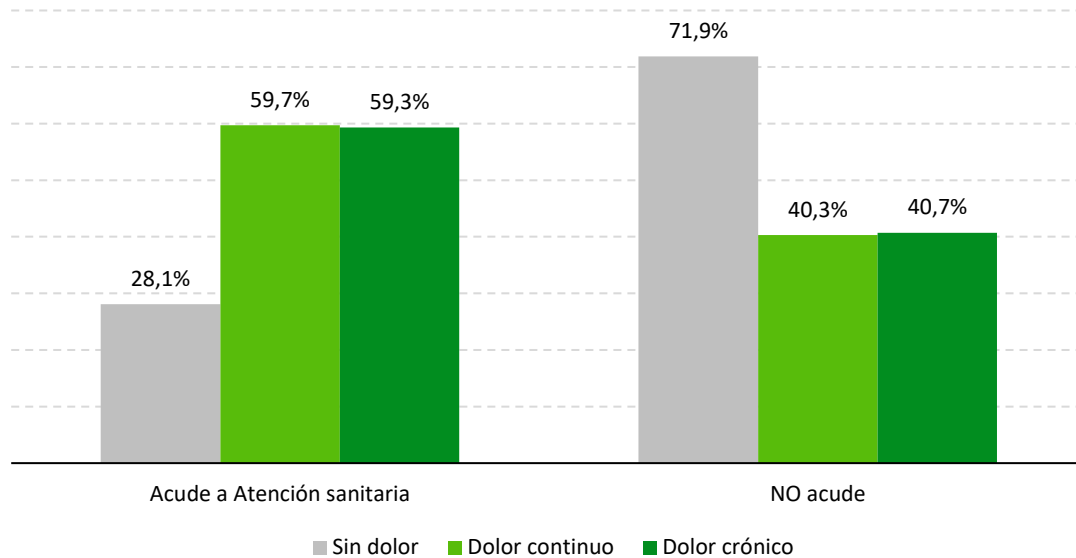


Figura 43. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por uso del sistema sanitario.

Los pacientes con **dolor continuo y dolor crónico** hacen un **mayor uso de los servicios sanitarios**, habiendo acudido más de la mitad de los individuos con dolor a atención sanitaria en el último mes (59,7% de población con dolor continuo y 59,3% de población con dolor crónico).

Esto contrasta con la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población sin dolor, grupo en el que el 28,1% de los pacientes referían haber acudido a los servicios médicos en las últimas cuatro semanas.

Adicionalmente, los pacientes que han acudido al sistema sanitario en este tiempo, han hecho un uso del mismo que varía según el grupo del que forman parte (Figura 44).

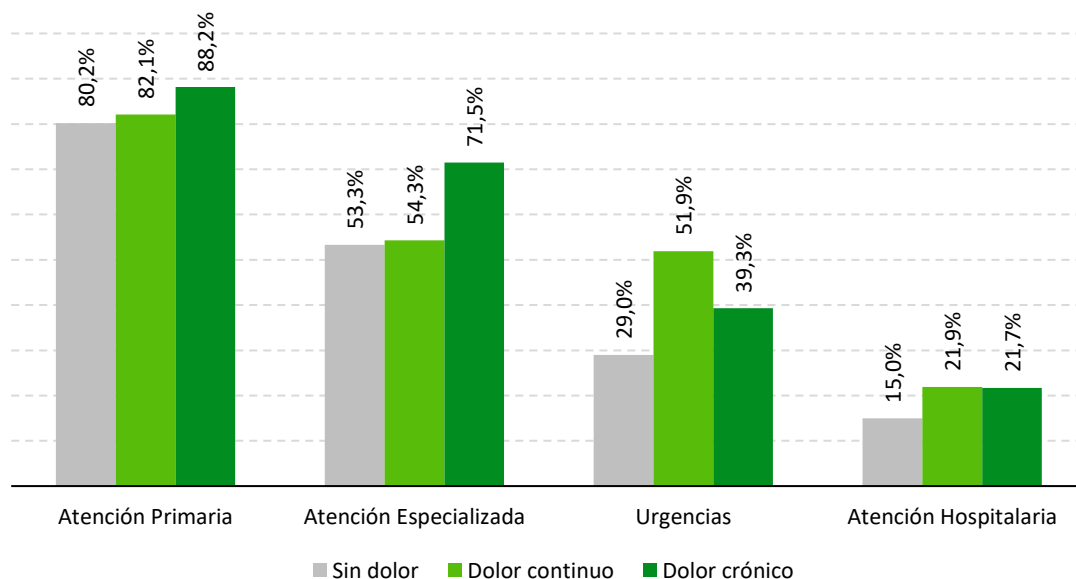


Figura 44. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por servicios sanitarios utilizados.

Si bien la proporción de pacientes con **dolor crónico** que han asistido a Atención Primaria (88,2%) es ligeramente superior a la que ha hecho uso de este servicio en la población sin dolor y con dolor continuo, la principal diferencia en la utilización de los servicios asistenciales se observa en **Atención Especializada**.

Hasta un 71,5% de los pacientes con dolor crónico han visitado a médicos especialistas en el último mes, cifra que supera en más de 16 puntos porcentuales a la proporción de pacientes con dolor continuo o individuos sin dolor que han recibido asistencia especializada en este periodo.

Estas cifras ponen de manifiesto una mayor necesidad de asistencia sanitaria en los individuos con dolor (continuo y crónico) que en la población libre de dolor, si bien cada perfil de paciente demanda una asistencia sanitaria diferente: mayor peso de las **urgencias** en **dolor continuo** y mayor peso de la **Atención Especializada** en los pacientes con dolor **crónico**.

Estado de salud

Escalas

La calidad de vida media de la población encuestada, cuantificada por medio del cuestionario SF-12v2 varía entre los diferentes grupos analizados ([Figura 45](#)).

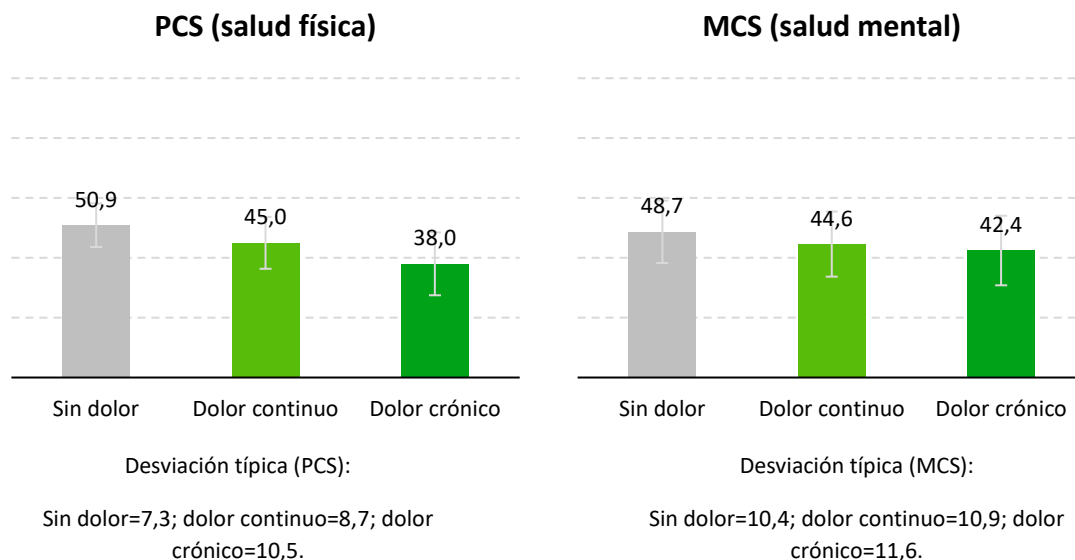


Figura 45. Calidad de vida física y mental de la población sin dolor, con dolor continuo y con dolor crónico.

Los **individuos libres de dolor** presentan una **mayor calidad de vida física y mental** promedio que los pacientes con dolor continuo y dolor crónico.

La puntuación de calidad de vida física del grupo sin dolor se sitúa en 50,9 puntos (DT=7,3), ligeramente por encima del valor de referencia de 50 puntos. No obstante, la calidad de vida mental de los individuos de este grupo, situada en 48,7 puntos (DT=10,4) no alcanza este umbral.

Dentro de los **pacientes con dolor**, los individuos con dolor crónico presentan una menor calidad de vida física (38 puntos; DT=10,5) y mental (42,4 puntos; DT=11,6) que los pacientes con dolor continuo, encontrándose las escalas PCS (*Physical Component Score*) y MCS (*Mental Component Score*) de ambos grupos por debajo del valor de referencia.

Las diferencias observadas en la calidad de vida de los tres grupos se observan también en el nivel de depresión y ansiedad, medido por medio del cuestionario HADS (Figura 46).

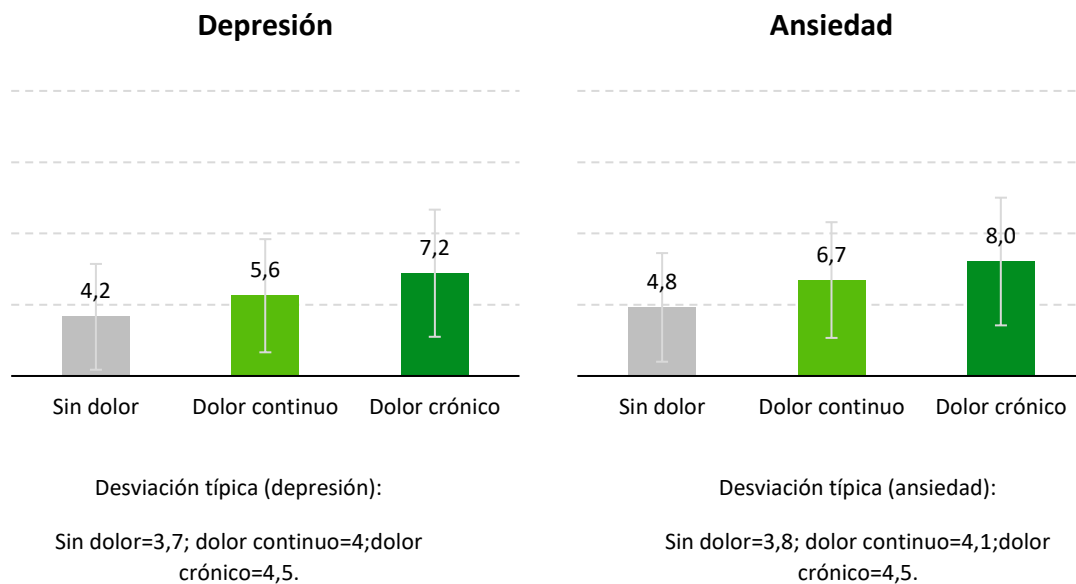


Figura 46. Nivel de depresión y ansiedad de la población sin dolor, con dolor continuo y con dolor crónico.

Los encuestados pertenecientes al **grupo sin dolor** presentan un nivel promedio de **depresión** de 4,2 puntos (DT=3,7) y un nivel de **ansiedad** de 4,8 puntos (DT=3,8) **inferiores** a los valores observados en la población con dolor continuo y dolor crónico.

Los individuos con **dolor crónico** muestran un mayor nivel de depresión y ansiedad que los individuos con dolor continuo. Cabe destacar que los valores promedio medidos en el grupo de pacientes con dolor crónico para **depresión** (7,2 puntos; DT=4,5) y **ansiedad** (8 puntos; DT=4,5) se encuentran cercanos al umbral de 8 puntos, indicativo de **indicios de estas patologías**.

Estos valores promedio calculados para los tres grupos permiten determinar el mayor riesgo de aparición de trastornos de depresión y ansiedad en la población con dolor crónico (Figura 47).

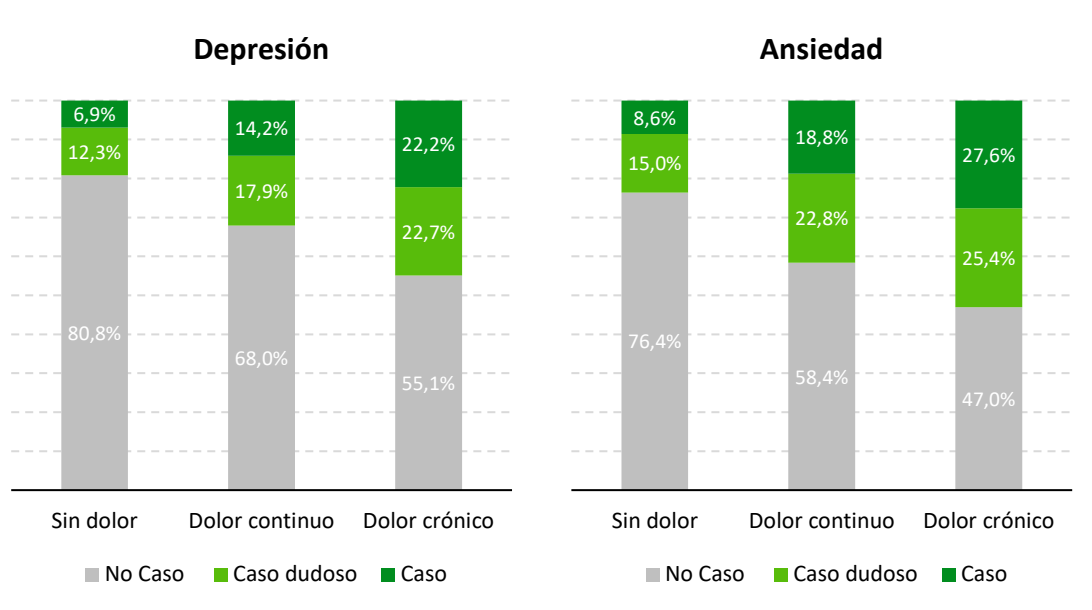


Figura 47. Casos de depresión y ansiedad de la población sin dolor, con dolor continuo y con dolor crónico.

El **22,2% de los pacientes con dolor crónico** muestran puntuaciones en la escala consideradas propias de casos de **depresión** y el 22,7% presentan indicios de la patología. A su vez, un **27,6%** de los pacientes con dolor crónico presentan casos de **ansiedad** y se han detectado indicios de la enfermedad en un 25,9%.

Finalmente, el apoyo social percibido por los individuos que han participado en el estudio, analizado a través del cuestionario Duke, también presenta variaciones entre los grupos sin dolor, con dolor continuo y con dolor crónico ([Figura 48](#)).

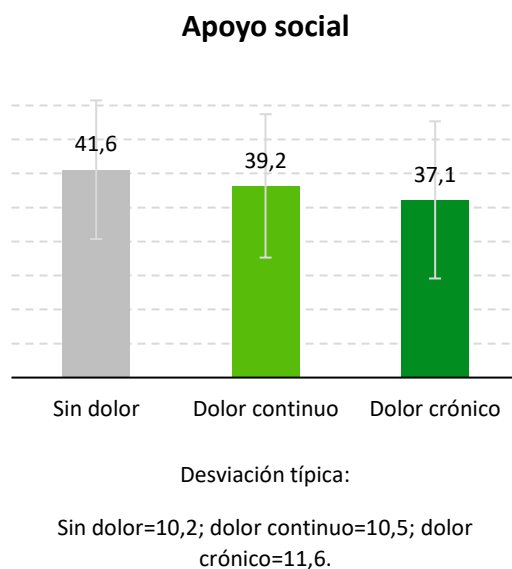


Figura 48. Apoyo social percibido de la población sin dolor, con dolor continuo y con dolor crónico.

Los encuestados del **grupo libre de dolor** presentan un **apoyo social percibido** promedio de 41,6 puntos (DT=10,2), valor **superior** al observado en los grupos de pacientes con dolor.

Los pacientes con **dolor crónico** perciben un menor apoyo social (37,1 puntos; DT=11,6) que los pacientes con **dolor continuo**, si bien los valores medidos en ambos grupos se sitúan por encima del umbral de 32 puntos que indica un **adecuado apoyo social**.

Este apoyo social es percibido mayoritariamente como adecuado en los tres grupos analizados, si bien los pacientes con dolor crónico son más susceptibles a considerar que el apoyo que reciben es bajo (Figura 49).

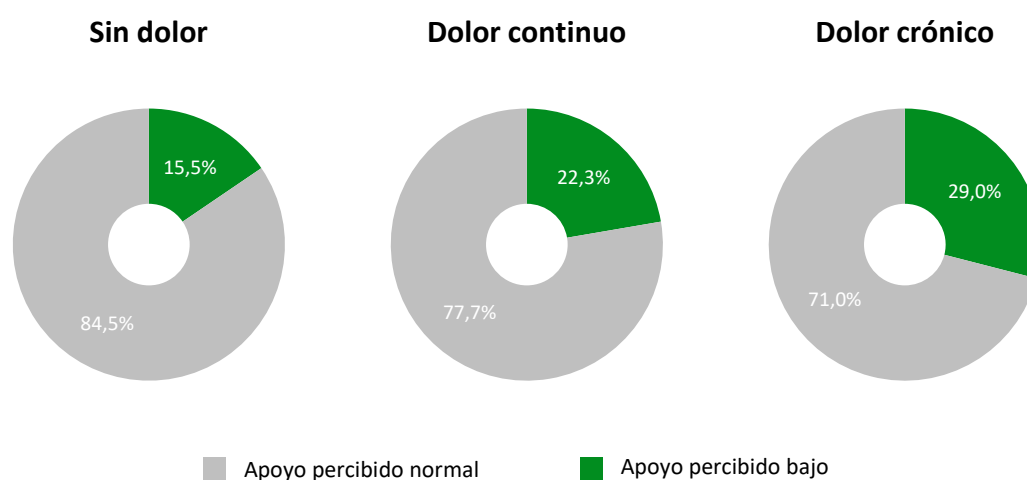


Figura 49. Casos de apoyo percibido bajo de la población sin dolor, con dolor continuo y con dolor crónico.

Un 29% de los pacientes con dolor crónico consideran que el apoyo recibido es bajo, lo que subraya la **importancia de los cuidadores y familiares** de los enfermos en el apoyo cotidiano, que favorece el desarrollo de las actividades diarias.

Los resultados de las tres escalas analizadas confirman que el **estado de salud** de los pacientes con dolor crónico es inferior que el de la población con dolor continuo y el de la población sin dolor, por lo que se antoja fundamental el **seguimiento** personalizado y continuo de la **salud física y mental** de los pacientes, para lograr un adecuado abordaje sanitario y psicosocial de la enfermedad.

Limitaciones de la vida diaria

Tal y como se refleja en las escalas anteriormente presentadas, el estado de salud de la población con dolor crónico está más comprometido que en la población sin dolor y con dolor continuo. En este hecho influyen las dificultades que experimentan los individuos en la realización de sus actividades diarias, que afectan de forma diferente a los individuos de cada uno de los grupos analizados (Figura 50).

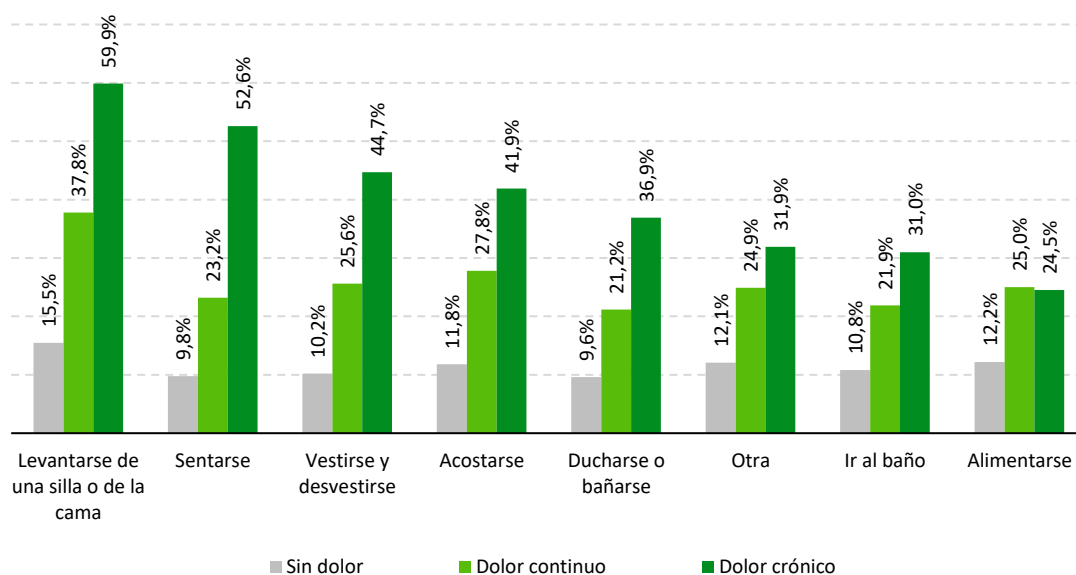


Figura 50. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por dificultad para desarrollar las actividades diarias.

Los individuos con **dolor** (continuo y crónico) presentan **mayores dificultades para desarrollar por sí mismos sus actividades diarias** que la población sin dolor. A su vez, los pacientes con dolor crónico sufren más dificultades que los pacientes con dolor continuo.

La actividad para la que los pacientes con **dolor crónico** presentan una menor autonomía es **levantarse de una silla o de la cama**, ya que hasta un 59,9% presentan alguna dificultad o son incapaces de realizarla.

Sentarse, a pesar de ser una de las actividades que permite una mayor autonomía para los individuos sin dolor o con dolor continuo, es otra de las actividades que genera más dificultades en los pacientes con dolor crónico, pues el 52,6% experimenta alguna dificultad o es incapaz de llevarla a cabo.

La existencia de estas dificultades para desarrollar de forma autónoma las actividades cotidianas supone, para las personas que las sufren, la necesidad de contar con apoyo para la adecuada realización de las mismas. Esta **necesidad de apoyo** será más acusada en aquellos individuos con mayores dificultades, que se encuentran principalmente en el grupo con dolor crónico ([Figura 51](#)).

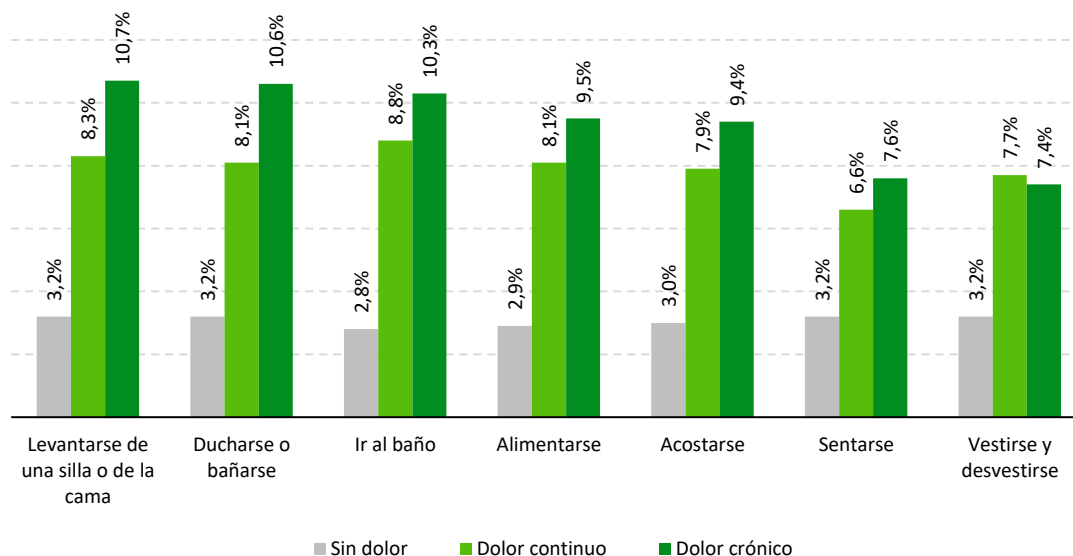


Figura 51. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por apoyo recibido para desarrollar las actividades diarias.

Levantarse de la silla o de la cama es la actividad para la que los pacientes con dolor crónico cuentan con un mayor apoyo, recibiendo ayuda el 10,7% de los pacientes. Ducharse o bañarse, si bien no es uno de los ámbitos en los que los pacientes con dolor crónico presentan más dificultades, es una actividad para la que el 10,6% cuentan con apoyo.

Los resultados muestran, por tanto, que los individuos con dolor (especialmente aquellos que sufren de **dolor crónico**) experimentan **mayores dificultades** en su vida diaria que la población sin dolor y cuentan con un **mayor apoyo** para desarrollar sus actividades cotidianas.

4. Conclusiones

Según los resultados de este estudio, la enfermedad de dolor crónico presenta una **elevada prevalencia** en España, afectando al **25,9% de la población adulta**, lo que supone que más de **9 millones de personas** se ven afectadas por la enfermedad a nivel nacional. Esta prevalencia, no obstante, es variable en los diferentes grupos sociodemográficos de la población.

En cuanto a la **edad**, los individuos **entre 55 y 75 años** presentan la prevalencia más alta (30,6%), siendo la población más joven, entre 18 y 34 años, la que se ve menos afectada por el dolor crónico (prevalencia del 18,8%). Asimismo, la **edad media** del paciente con dolor crónico se sitúa en los **51,5 años**.

En lo que respecta al **sexo**, las **mujeres** presentan una mayor prevalencia de la enfermedad (30,5%) respecto a los hombres (21,3%). Esta prevalencia mayor en el sexo femenino supone que entre los pacientes con dolor crónico las mujeres sean mayoría (58,7%).

Tal y como se ha hecho patente a largo del documento, el dolor crónico genera un gran impacto en los individuos que lo padecen. Los pacientes con dolor crónico sufren la enfermedad durante un **periodo promedio** de **6,8 años** y la **intensidad media** percibida del dolor se sitúa en los **6,8 puntos** en una escala de 0 (ausencia de dolor) a 10 (dolor insoportable).

El dolor crónico tiene habitualmente un origen diagnosticado, siendo el **dolor lumbar** el más habitual, que afecta al 58,1% de los pacientes. A pesar de ello, un 27,1 % desconocen la causa de su enfermedad, lo que dificulta su abordaje terapéutico. A su vez, la localización anatómica más habitual del dolor se encuentra en **extremidades y/o articulaciones**, en un 33,1% de los pacientes.

El alcance que presenta el dolor crónico en los pacientes se extiende al ámbito laboral, social, familiar y personal, limitando el desarrollo de sus **actividades cotidianas**, afectando negativamente a su **desempeño y ocupación profesional** y mermando su **estado de salud**.

En las actividades cotidianas, los pacientes con dolor crónico presentan una importante falta de autonomía para llevarlas a cabo. **Levantarse de una silla o de la cama** es la actividad más problemática, ya que un 59,9% de los pacientes presenta alguna dificultad o es incapaz de realizarla, recibiendo ayuda para ello el 10,7%.

En cuanto a las actividades profesionales, un 28,6% del total de pacientes con dolor crónico ha necesitado de **baja laboral** a causa del dolor en el último año, siendo esta proporción del 46,5% entre los trabajadores remunerados. Esta necesidad de baja laboral ha llevado a un 32,3% de los pacientes a dejar su ocupación previa y a un 17,3% a modificar su puesto de trabajo como consecuencia del dolor.

El estado de salud de los pacientes con dolor crónico se ve afectado a nivel físico, mental y social. Un 42,1% de los pacientes con dolor crónico han acudido a **servicios sanitarios** en el último mes, siendo **Atención Primaria** el servicio de referencia, visitado por el 86,7% de los pacientes que han recibido atención. Dentro de los servicios especializados,

utilizados por un 69,4% de los pacientes, **Traumatología** constituye la especialidad más demandada, visitada por el 47,7% de los pacientes que reciben Atención Especializada.

Cabe destacar también que un 22,2% de los pacientes presentan **depresión** y un 27,6% **ansiedad**, lo que pone de manifiesto la importancia de la prevención y el cuidado en salud mental en el ámbito del dolor crónico.

El mencionado impacto del dolor crónico en la actualidad y las perspectivas futuras ponen de manifiesto la necesidad de situar a la enfermedad como una **prioridad sanitaria** a nivel nacional, con el objetivo de optimizar su abordaje y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Perfil del paciente con dolor crónico

Para ello, se antoja fundamental conocer el **perfil del paciente con dolor crónico** en nuestro país, a fin de identificar factores asociados a la enfermedad que permitan la adecuada prevención y la protección de los grupos sociales más vulnerables (Figura 52).

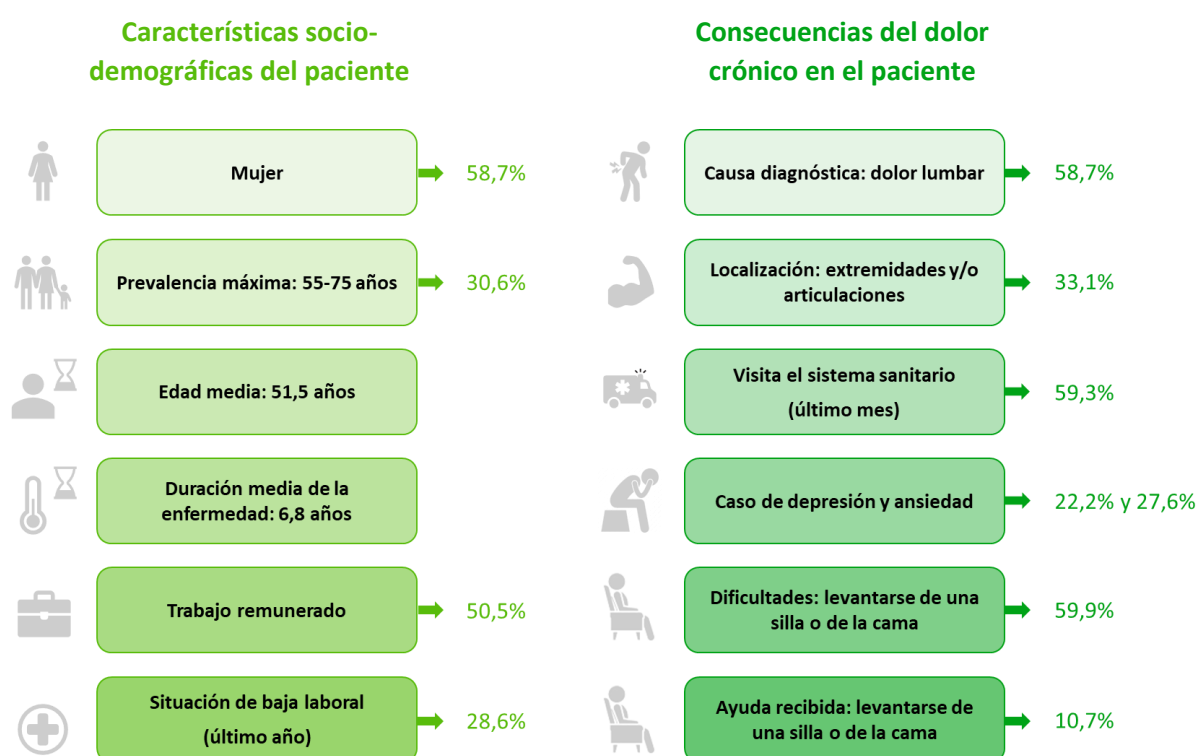


Figura 52. Características más frecuentes del paciente con dolor crónico en España.

En consonancia con los resultados del estudio, el perfil mayoritario de una persona afectada por el dolor crónico se corresponde con una mujer con una edad cercana a los 51 años, que padece la enfermedad durante un periodo de casi siete años y que desempeña una actividad laboral remunerada, si bien algunos pacientes se encuentran en situación de baja laboral.

Si atendemos a la causa fisiopatológica, el diagnóstico más frecuente en el paciente tipo es el dolor lumbar, mientras que, si atendemos a la localización del dolor, la más habitual es en extremidades y/o articulaciones. Además, este paciente tipo ha recibido asistencia sanitaria en el último mes, puede padecer de depresión o ansiedad y presenta dificultades en las actividades cotidianas (siendo la más indicativa levantarse de una silla o de la cama), por lo que recibe ayuda para desempeñarlas.

Reflexión final: retos futuros en el abordaje del dolor crónico

Las enormes limitaciones que genera la enfermedad de dolor crónico en la vida de los pacientes y su creciente impacto sociosanitario requieren de un **compromiso institucional y sanitario** a todos los niveles que permita reorientar el abordaje de la enfermedad y dé respuesta a las necesidades no cubiertas de los pacientes y la sociedad.

A lo largo de este documento se han presentado una serie de **antecedentes** acerca del dolor crónico, destacándose los aspectos más relevantes sobre la enfermedad, los principales agentes implicados en su abordaje y conocimiento y las iniciativas de mayor impacto que han sido puestas en marcha en nuestro país y a nivel internacional.

Estos antecedentes han permitido hacer hincapié en la importancia del dolor crónico en su contexto global y presentar las **necesidades no cubiertas** en el proceso asistencial, recogiendo **propuestas de mejora** para favorecer la calidad asistencial, planteadas por agentes de referencia como la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP), la Sociedad Española del Dolor (SED) o la Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor (SEMDOR).

Adicionalmente, el documento ha recogido los resultados del estudio llevado a cabo por la Fundación Grünenthal y el Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz, lo que ha permitido poner de manifiesto el **impacto actual de la enfermedad** en España y la realidad de los pacientes.

Tomando en consideración, por tanto, las propuestas de mejora planteadas en el análisis de antecedentes y el perfil y necesidades del paciente con dolor crónico, definidos en base a los resultados del estudio, se presenta como conclusión final de este trabajo el siguiente **decálogo de reflexiones**, con el objetivo de contribuir a la mejora en el manejo del dolor crónico y posicionar a la enfermedad como una prioridad sanitaria en España.

Retos futuros en el abordaje del dolor crónico

- 1. Visibilizar el impacto de la enfermedad** de dolor crónico en la población española y la **realidad de los pacientes** a nivel sociosanitario e institucional.
- 2. Impulsar la publicación de nuevos planes** y la actualización de las estrategias existentes en el ámbito del dolor a nivel nacional y autonómico, de acuerdo con las nuevas tendencias en salud (cuidados de larga duración, nuevas tecnologías, evaluación de resultados...).
- 3. Generar investigación e innovación** en el ámbito del dolor crónico, a fin de ampliar la oferta de recursos asistenciales disponibles y modernizar los modelos de atención.
- 4. Desarrollar información y recursos** de calidad orientados a los pacientes y la sociedad en general para mejorar el conocimiento de la patología y la concienciación en todos los ámbitos, así como la implicación del paciente en la gestión de su proceso de salud y su participación en la toma de decisiones .
- 5. Contribuir a la formación de alianzas** entre los diferentes agentes que tienen impacto en la enfermedad, con el fin de promover un abordaje multidisciplinar y participativo desde una perspectiva biopsicosocial.
- 6. Poner en valor el papel de los profesionales de la Atención Primaria** y favorecer su capacitación como punto de referencia para el paciente y coordinador de su proceso asistencial.
- 7. Potenciar la participación de las Unidades de Tratamiento del Dolor** en el proceso asistencial y su adecuada dotación de recursos, favoreciendo el acceso de los pacientes.
- 8. Incorporar un nuevo enfoque** en la atención al dolor que tenga en cuenta a los grupos más vulnerables, en los que la enfermedad presenta un mayor impacto (mujeres, población mayor, trabajadores...).
- 9. Empoderar al paciente y su entorno** como elementos centrales del proceso asistencial, con la meta de lograr una asistencia continua y adaptada a las necesidades individuales.
- 10. Maximizar la formación de los profesionales sanitarios** en la enfermedad de dolor crónico y su abordaje terapéutico, desde una perspectiva multidisciplinar y con un enfoque biopsicosocial de la enfermedad.

Bibliografía

1. Grünenthal. *Fundación Grünenthal España*. Enlace.
2. Fundación Grünenthal. *Presentación*. Enlace.
3. Fundación Grünenthal. *Universidad de Salamanca*. Enlace.
4. Fundación Grünenthal. *Universidad de Cádiz*. Enlace.
5. Fundación Grünenthal. *Universidad Rovira i Virgili*. Enlace.
6. Fundación Grünenthal. *Observatorio del Dolor*. Enlace.
7. Observatorio del Dolor. *Quiénes somos*. Enlace.
8. Federación Europea del Dolor. *12th Congress of the European Pain Federation EFIC*. Enlace.
9. Dueñas M. et al., 2022. *Relationships between sleep, mood disorders and cognitive function in type-II diabetic patients with diabetic neuropathic pain using structural equations [abstract]*. Abstract book of the 12th Congress of the European Pain Federation EFIC; Abstract nº 434.
10. Moral-Muñoz J. et al., 2022. *Profile of patients with low back pain in the PainReApp project [abstract]*. Abstract book of the 12th Congress of the European Pain Federation EFIC; Abstract nº 546.
11. Moreno-Ligero M. et al., 2023. *mHealth Intervention for Improving Pain, Quality of Life, and Functional Disability in Patients With Chronic Pain: Systematic Review*. JMIR Mhealth Uhealth 2023 Feb 2;11:e40844. doi: 10.2196/40844. Enlace.
12. More Than Research. *Inicio*. Enlace.
13. BioInnova Consulting. *Inicio*. Enlace.
14. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, 2020. *IASP Announces Revised Definition of Pain*. Enlace.
15. Dolor.com, 2020. *Nueva definición de dolor según la IASP*. Enlace.
16. Organización Mundial de la Salud, 2022. *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11 - dolor crónico*. Enlace.
17. Dolor.com. *Clasificación del dolor crónico según la OMS*. Enlace.
18. Dolor.com, 2021. *Clasificación del dolor*. Enlace.
19. De Sola H. et al., 2022. *Becoming a secondary actor of one's own life: A qualitative study of the experiences of informal caregivers in the care of people with chronic pain*. Health Expectations 2022; 1-10. doi:10.1111/hex.13671. Enlace.
20. Dueñas M. et al., 2016. *A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system*. J Pain Res. 2016; 9: 457–467. doi: 10.2147/JPR.S105892. Enlace.
21. De Sola H., et al., 2016. *Use and satisfaction with the Healthcare System of the chronic pain patients in Spain: results from a nationwide study*. Current Medical Research and Opinion 2016 Nov;32(11):1813-1820. doi: 10.1080/03007995.2016.1211519. Enlace.

22. Plataforma de Organizaciones de Pacientes & Sociedad Española del Dolor, 2018. *El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes*. Enlace.
23. Organización Mundial de la Salud, 2021. *Envejecimiento y salud*. Enlace.
24. Organización de las Naciones Unidas, 2022. *World Population Prospects 2022*. Enlace.
25. Phillips C., 2006. *Economic burden of chronic pain*. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research 2006 Oct;6(5):591-601. doi: 10.1586/14737167.6.5.591. Enlace.
26. Breivik H. et al., 2006. *Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment*. Eur J Pain 2006; 10: 287-333. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009. Enlace.
27. Langley P., 2011. *The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union*. Current Medical Research and Opinion 2011 Feb;27(2):463-80. doi: 10.1185/03007995.2010.542136. Enlace.
28. Grünenthal, 2020. *2º Congreso Nacional Médico y Farmacéutico organizado por SEMERGEN y SEFAC*. Enlace.
29. Eurostat, 2019. *Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the EU*. Enlace.
30. Federación Europea del Dolor & Federación Europea de Asociaciones Neurológicas, 2010. *Improving the Current and Future Management of Chronic Pain. A European Consensus Report*. Enlace.
31. Torralba A. et al., 2014. *Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal"*. Revista de la Sociedad Española del Dolor 2014; 21(1): 16-22. doi: 10.4321/S1134-80462014000100003. Enlace.
32. Langley P. et al., 2011. *The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain*. J Med Econ 2011;14(3):367-80. doi: 10.3111/13696998.2011.583303. Enlace.
33. Dueñas M., et al., 2015. *A nationwide study of chronic pain prevalence in the general spanish population: identifying clinical subgroups through cluster analysis*. Pain Medicine 2015 Apr;16(4):811-22. doi: 10.1111/pme.12640. Enlace.
34. Instituto Nacional de Estadística, 2017. *Encuesta nacional de salud. Resultados*. Enlace.
35. Dueñas M., et al., 2020. *Differences in physical and psychological health in patients with chronic low back pain: a national survey in general Spanish population*. Quality of Life Research 2020 Nov;29(11):2935-2947. doi: 10.1007/s11136-020-02553-y. Enlace.
36. Salazar A., et al., 2021. *Prevalence of Migraine in General Spanish Population; Factors Related and Use of Health Resources*. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021, 18, 11145. doi: 10.3390/ijerph182111145. Enlace.
37. Plataforma Mujer y Dolor. *Objetivos*. Enlace.
38. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de la Junta de Andalucía, 2020. *Dolor crónico: consecuencias en la salud de las mujeres*. Enlace.
39. Miró, J. et al., 2007. *Pain in older adults: A prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia*. European Journal of Pain 2007 Jan;11(1):83-92. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.01.001. Enlace.
40. El Economista, 2022. *El envejecimiento se dispara en España en 2022 hasta el 133,5%*. Enlace.

41. Instituto Nacional de Estadística, 2022. *Índice de Envejecimiento por Comunidad Autónoma*. Enlace.
42. Expansión, 2022. *España – Natalidad*. Enlace.
43. Expansión, 2022. *España – Esperanza de vida al nacer*. Enlace.
44. Instituto Nacional de Estadística, 2020. *Proyecciones de población 2020-2070*. Enlace.
45. Instituto Nacional de Estadística, 2014. *Encuesta Europea de Salud. Asistencia sanitaria: Cifras relativas - consumo de medicamentos*. Enlace.
46. Ortega-Jiménez P., et al., 2020. *A Nationwide Cross-Sectional Study of Self-Reported Adherence and Factors Associated with Analgesic Treatment in People with Chronic Pain*. *Journal of Clinical Medicine*. 2020; 9(11):3666. doi: 10.3390/jcm9113666. Enlace.
47. Plataforma de Organizaciones de Pacientes, 2021. *Modelo de atención centrado en la persona con enfermedad y dolor crónico*. Enlace.
48. De Sola H., et al., 2016. *Nationwide cross-sectional study of the impact of chronic pain on an individual's employment: relationship with the family and the social support*. *BMJ Open* 2016;6:e012246. doi:10.1136/bmjopen-2016-012246. Enlace.
49. Dolor.com, 2019. *Historia del dolor crónico*. Enlace.
50. Margarit C., 2019. *La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas*. *Rev. Soc. Esp. Dolor* vol.26 no.4 Madrid jul./ago. 2019. doi: 10.20986/resed.2019.3752/2019. Enlace.
51. PubMed, 2022. *Búsqueda avanzada – chronic pain*. Enlace.
52. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. *About*. Enlace.
53. Federación Europea del Dolor. *Objectives*. Enlace.
54. Pain Alliance Europe. *About - Pain Alliance Europe*. Enlace.
55. Sociedad Española del Dolor. *Qué es la SED*. Enlace.
56. Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor. *¿Qué es SEMDOR?* Enlace.
57. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. *¿Quiénes somos?* Enlace.
58. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. *Área de Dolor*. Enlace.
59. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. *Grupos de trabajo*. Enlace.
60. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. *GT - Dolor y Cuidados Paliativos*. Enlace.
61. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. *Quiénes somos*. Enlace.
62. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. *Grupos de trabajo*. Enlace.
63. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, 2016. *Documento de consenso para la atención al paciente con dolor crónico no oncológico en Atención Primaria*. Enlace.
64. Sociedad Española de Reumatología. *Quiénes somos*. Enlace.

65. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Quiénes somos*. Enlace.
66. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. *Historia de la SEGG*. Enlace.
67. Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. *¿Qué es la SECOT?* Enlace.
68. Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. *Quiénes somos - Historia*. Enlace.
69. Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. *Grupos de trabajo*. Enlace.
70. Sociedad Española de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica. *Quiénes somos*. Enlace.
71. Asociación Española de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor. *Quiénes somos*. Enlace.
72. Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria. *Quiénes somos*. Enlace.
73. Sociedad Europea de Anestesia Regional y Tratamiento del Dolor - España. *Sobre nosotros*. Enlace.
74. Sociedad Europea de Anestesia Regional y Tratamiento del Dolor - España. *Artículos - dolor crónico*. Enlace.
75. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. *Quiénes somos*. Enlace.
76. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. *Grupo de trabajo de Dolor de la SEFH*. Enlace.
77. Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria. *Misión, visión y valores*. Enlace.
78. Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria. *Grupos de trabajo*. Enlace.
79. Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. *Qué es la SEFAP*. Enlace.
80. Sociedad Española de Calidad Asistencial. *¿Quiénes somos?* Enlace.
81. Sociedad Española de Directivos de la Salud. *Misión y Visión*. Enlace.
82. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. *Acerca de SEDAP*. Enlace.
83. Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. *Misión - Visión*. Enlace.
84. Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. *Proyecto Nursing Research Challenge*. Enlace.
85. Organización Mundial de la Salud, 2020. *Guidelines on the management of chronic pain in children*. Enlace.
86. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. *Guidelines*. Enlace.
87. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. *Pain reports*. Enlace.
88. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, 2022. *2022 World Congress on Pain*. Enlace.
89. Federación Europea del Dolor. *Global Year Against Pain*. Enlace.
90. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, 2022. *Global Year for Translating Pain Knowledge to Practice*. Enlace.

91. Federación Europea del Dolor, 2023. *Global Year for Integrative Pain Care*. Enlace.
92. Plan de Recuperación Transformación y Resiliencia. *Programa Marco de I+D*. Enlace.
93. Horizonte Europa. *¿Qué es Horizonte 2020?* Enlace.
94. Horizonte 2020. *Work Programme 2014-2015. Health, demographic change and wellbeing*. Enlace.
95. Horizonte 2020. *Work Programme 2016-2017. Health, demographic change and wellbeing*. Enlace.
96. Horizonte 2020. *Work Programme 2018-2020. Health, demographic change and wellbeing*. Enlace.
97. Horizonte Europa. *Horizonte Europa: nuevo Programa Marco de la UE*. Enlace.
98. Horizonte Europa. *Work Programme 2023-2024. Health*. Enlace.
99. Horizonte Europa. *Work Programme 2021-2022. Health*. Enlace.
100. Comisión Europea, 2021. *Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer*. Enlace.
101. Federación Europea del Dolor. *Societal Impact of Pain (SIP)*. Enlace.
102. Societal Impact of Pain. *Cancer Pain Policy*. Enlace.
103. Societal Impact of Pain, 2020. *SIP position on the importance of addressing cancer related pain management in the Europe's Beating Cancer Plan and beyond*. Enlace.
104. Societal Impact of Pain. *ICD-11*. Enlace.
105. Societal Impact of Pain. *Digital Health and Pain Policy*. Enlace.
106. Societal Impact of Pain, 2022. *SIP Position on Digital Health: Pain Assessment and Quality Indicators*. Enlace.
107. Federación Europea del Dolor, 2021. *SIP position on Workplace Integration and Adaptation*. Enlace.
108. Sociedad Española del Dolor, 2018. *Presentación del Foro sobre el impacto del dolor en la población española. SIP España 2018*. Enlace.
109. Sociedad Española del Dolor, 2022. *Foro sobre el impacto del dolor en España. SIP (Societal Impact of Pain)*. Enlace.
110. Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRyCIS), 2021. *CHRONIC PAIN: el proyecto europeo que evalúa y ayuda en la toma de decisión del dolor crónico*. Enlace.
111. Federación Europea del Dolor. *European Pain Forum*. Enlace.
112. Federación Europea del Dolor, 2022. *EFIC Congress 2023*. Enlace.
113. Federación Europea del Dolor. *EFIC-Grünenthal-Grant (E-G-G)*. Enlace.
114. Consejo Europeo, 2022. *Recomendación del Consejo de 8 de diciembre de 2022 sobre el acceso a cuidados de larga duración de alta calidad asequibles*. Diario Oficial de la Unión Europea. Enlace.
115. Sociedad Española del Dolor. *Becas-Ayuda de la FED*. Enlace.
116. Fundación Grünenthal. *Premios de Investigación*. Enlace.

117. Sánchez J. et al., 2023. *ARMS/Kidins220 regulates nociception by controlling brain-derived neurotrophic factor secretion*. Pain. Mar 1;164(3):563-576. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002741. Enlace.
118. Fundación Grünenthal, 2020. *Expertos alcanzan un consenso para establecer los indicadores de calidad en el abordaje del dolor agudo hospitalario*. Enlace.
119. Acreditación en Dolor Oncológico, 2022. *Acreditación enfoques de atención paciente con dolor oncológico*. Enlace.
120. Trisancho R. et al., 2022. *¿Cómo evaluar los resultados en salud en el dolor crónico no oncológico? Investigación cualitativa*. Journal of Healthcare Quality Research. doi: 10.1016/j.jhqr.2022.05.006. Enlace.
121. Foro Español de Pacientes, 2022. *6º Encuentro Nacional de Pacientes*. Enlace.
122. Fundación Grünenthal. *Personalicemos el dolor*. Enlace.
123. Liga Reumatológica de Cataluña. *Jornadas sobre el Dolor en Enfermedades Reumáticas*. Enlace.
124. Reumas, 2021. *Jornada sobre el Dolor Infantil en las Enfermedades Reumáticas*. Enlace.
125. Liga Reumatológica Gallega. *Servicios actuales - servicio de psicología*. Enlace.
126. Asociación Española de Migraña y Cefalea, 2022. *AEMICE insta al Ministerio a poner en marcha una Estrategia Nacional sobre migraña*. Enlace.
127. Federación Española de Diabetes, 2022. *¿A qué duele?* Enlace.
128. Federación Española de Diabetes, 2021. *Rompe con el Dolor*. Enlace.
129. Grupo Español de Pacientes con Cáncer, 2022. *17º Congreso Iberoamericano de pacientes con cáncer*. Enlace.
130. Fundación Internacional de la Osteoartritis, 2022. *6º Congreso Internacional de Pacientes con Artrosis*. Enlace.
131. Fundación Internacional de la Osteoartritis, 2023. *3ª edición Congreso Articulando el Deporte*. Enlace.
132. Fundación Internacional de la Osteoartritis. *OAFI Radio/TV*. Enlace.
133. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014. *Documento Marco para la Mejora del Abordaje del Dolor en el Sistema Nacional de Salud*. Enlace.
134. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2012. *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Enlace.
135. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019. *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación*. Enlace.
136. Ministerio de Sanidad, 2017. *Buenas Prácticas en Abordaje de la Cronicidad en el SNS (Abordaje del Dolor Crónico). Año 2017*. Enlace.
137. Ministerio de Sanidad, 2021. *Actualización de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud*. Enlace.

138. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014*. Enlace.
139. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013. *Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud*. Enlace.
140. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2010. *Plan Andaluz de atención a las personas con dolor 2010-2013*. Enlace.
141. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2018. *Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas*. Enlace.
142. Andalucía Información, 2023. *Salud impulsa el Plan del Dolor Crónico que llegará a todos los pacientes*. Enlace.
143. Servicio Canario de la Salud, 2022. *Estrategia del dolor crónico no oncológico en Canarias 2022-2026*. Enlace.
144. Gobierno de Canarias, 2022. *Sanidad pone en marcha una estrategia para abordar el dolor crónico no oncológico en Canarias*. Enlace.
145. Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, 2010. *Modelo de Atención al Dolor Crónico de Cataluña: manejo del paciente con dolor neuropático en Atención Primaria. Criterios de Planificación de las Unidades de Dolor*. Enlace.
146. Sociedad Catalana del Dolor & Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, 2017. *Consenso catalán de dolor crónico no oncológico*. Enlace.
147. Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, 2016. *Abordaje del dolor crónico no oncológico*. Enlace.
148. Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña & Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Cataluña, 2018. *Guía de atención a los pacientes con dolor crónico no oncológico utilizando analgésicos opioides*. Enlace.
149. Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña & Instituto Catalán de Oncología, 2012. *ICOpraxis para el tratamiento médico y con irradiación del dolor oncológico*. Enlace.
150. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Cataluña, 2021. *Promoción de la autonomía y de la atención a las personas con apoyo de larga duración en el entorno comunitario en Cataluña*. Enlace.
151. Servicio Catalán de la Salud, 2023. *Unidades del dolor en el SISCAT: cartera de servicios y niveles de complejidad*. Enlace.
152. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2017. *Estrategia de atención al dolor 2017-2020*. Enlace.
153. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2022. *Estrategia de Atención al Dolor 2027*. Enlace.
154. Dirección General de Humanización y Atención al Paciente de la Comunidad de Madrid, 2022. *Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2027*. Enlace.
155. Servicio Madrileño de Salud, 2019. *Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2017-2020*. Enlace.
156. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2016. *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019*. Enlace.

157. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2022. *II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025*. Enlace.
158. Escuela de Salud de la Comunidad de Madrid. *Vivir con dolor. Herramientas para el autocuidado y el control del dolor crónico*. Enlace.
159. Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunidad Valenciana, 2022. *V Plan de Salud 2022-2030*. Enlace.
160. Fundación Grünenthal, 2019. *Foro "El reto del dolor crónico en la Comunidad Valenciana"*. Enlace.
161. Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias, 2021. *Estrategia para la transformación del modelo de cuidados de larga duración para personas adultas*. Enlace.
162. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, 2018. *Comité Técnico del Dolor de CYL*. Enlace.
163. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, 2021. *Plan de Salud de Castilla-La Mancha horizonte 2025*. Enlace.
164. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Extremadura, 2021. *Plan de Salud de Extremadura 2021-2028*. Enlace.
165. Consejería de Sanidad de la Junta de Galicia & Servicio Gallego de Salud, 2014. *Estrategia SERGAS 2014*. Enlace.
166. Consejería de Sanidad de la Junta de Galicia & Servicio Gallego de Salud, 2007. *Plan Gallego de Cuidados Paliativos*. Enlace.
167. Redacción Médica, 2012. *Comisión Gallega de Estrategia contra el Dolor*. Enlace.
168. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, 2014. *Plan de Salud de Navarra 2014-2020*. Enlace.
169. Departamento del Salud del Gobierno Vasco, 2017. *Retos y proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020*. Enlace.
170. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. *Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad*. Enlace.
171. Dolor.com, 2016. *¿Qué es una Unidad del Dolor?* Enlace.
172. Ministerio de Sanidad. *Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS)*. Enlace.
173. Expansión, 2021. *Población de las Comunidades Autónomas*. Enlace.
174. Instituto Nacional de Estadística, 2021. *Población por grupo de edad, sexo y Comunidad Autónoma. Valores absolutos*. Enlace.
175. Sociedad Española del Dolor. *Tipos de Unidades de Dolor*. Enlace.
176. Polo-Santos M. et al., 2021. *An Update on Resources, Procedures and Healthcare Provision in Pain Units: A Survey of Spanish Practitioners*. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021 Jan 8;18(2):451. doi: 10.3390/ijerph18020451. Enlace.

177. Dueñas M., et al., 2017. *Relationship Between Using Clinical Practice Guidelines for Pain Treatment and Physicians' Training and Attitudes Toward Patients and the Effects on Patient Care*. Pain Practice 2018 Jan;18(1):38-47. doi: 10.1111/papr.12579. Enlace.
178. Sociedad Española del Dolor, 2019. *Estudio sobre las Unidades del Dolor en España: actualización de sus recursos y actividades*. Enlace.
179. Caramés M. & Navarro M., 2016. *Costes del tratamiento del dolor versus su no tratamiento. Aproximación a la realidad de Portugal y España*. Revista de la Sociedad Española del Dolor. Enlace.
180. Miró, J. et al., 2019. *Pain curricula across healthcare professions undergraduate degrees: a cross-sectional study in Catalonia, Spain*. BMC Medical Education 2019 Aug 13;19(1):307. doi: 10.1186/s12909-019-1741-5. Enlace.
181. Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor, 2022. *Guías de recomendaciones de práctica clínica para el buen uso médico de los opioides de prescripción en el tratamiento del dolor crónico no oncológico*. Enlace.
182. Cint. *Market Research and Insights*. Enlace.
183. Schmidt S. et al., 2012. *Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña*. Médica Clínica. doi: 10.1016/j.medcli.2011.10.024. Enlace.
184. Monteagudo O. et al., 2009. *Valores de referencia de la población diabética para la versión española del SF-12v2*. Gaceta Sanitaria. doi: 10.1016/j.gaceta.2008.11.005. Enlace.
185. Zigmond A. & Snaith R., 1983. *The hospital anxiety and depression scale*. Acta Psychiatrica Scandinavica. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. Enlace.
186. Selvarajah D. et al., 2014. *The contributors of emotional distress in painful diabetic neuropathy*. Diabetes and Vascular Disease Research. doi: 10.1177/1479164114522135. Enlace.
187. Herrero M. et al., 2003. *A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population*. General Hospital Psychiatry. doi: 10.1016/s0163-8343(03)00043-4. Enlace.
188. Bellón J. et al., 1996. *Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11*. Atención Primaria 1996 Sep 15;18(4):153-6, 158-63. Enlace.
189. Carmona L. et al., 2001. *Proyecto EPISER 2000: prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Metodología, resultados del reclutamiento y características de la población*. Revista española de reumatología: Órgano Oficial de la Sociedad Española de Reumatología, ISSN 0304-4815, Vol. 28, Nº 1, 2001, págs. 18-25. Enlace.
190. Kelman L., 2006. *Pain characteristics of the acute migraine attack*. Headache 2006 Jun;46(6):942-53. doi: 10.1111/j.1526-4610.2006.00443.x. Enlace.
191. Russo A. et al., 2012. *The pain in migraine beyond the pain of migraine*. Neurological Sciences 2012 May;33 Suppl 1:S103-6. doi: 10.1007/s10072-012-1052-7. Enlace.
192. Comisión Europea. *CORDIS - Discovery of Immune Therapeutic Targets and Immunomodulators for the Development of Novel Therapies in Rheumatoid Arthritis*. Enlace.

193. Comisión Europea. *CORDIS - Novel nanometrically structured therapeutic hydrogel as injectable for fascial tissues surrounding the nerves intended for preventive treatment of chronic pain*. Enlace.
194. Comisión Europea. *CORDIS - Advancing Smart Optical Imaging and Sensing for Health*. Enlace.
195. Comisión Europea. *CORDIS - Rehabilitation Hub: The World's first Digital Recovery Therapy solution*. Enlace.
196. Comisión Europea. *CORDIS - The future of precise personalised robotic physiotherapy*. Enlace.
197. Comisión Europea. *CORDIS - DOLORisk: Understanding risk factors and determinants for neuropathic pain*. Enlace.
198. Comisión Europea. *CORDIS - Comparing the effectiveness and safety of additional low-dose glucocorticoid in treatment strategies for elderly patients with rheumatoid arthritis*. Enlace.
199. Comisión Europea. *CORDIS - Secondary prEvention of CardiovascUlaR disease in the Elderly trial*. Enlace.
200. Comisión Europea. *CORDIS - RECOVERING LIFE WELLBEING THROUGH PAIN SELF-MANAGEMENT TECHNIQUES INVOLVING ICTs*. Enlace.
201. Comisión Europea. *CORDIS - Modelling Neuron-Glia Networks into a drug discovery platform for Pain Efficacious Treatments - Sofia ref.: 116072*. Enlace.
202. Comisión Europea. *Funding & tender opportunities - Developing and implementing innovative Patient-Centred Care Pathways for cancer patients*. Enlace.
203. Accelopment, 2022. *MyPath - Developing and implementing innovative Patient-Centred Care Pathways for cancer patients*. Enlace.
204. Comisión Europea. *Funding & tender opportunities - Pain relief in palliative care of cancer using home-based neuromodulation and predictive biomarkers*. Enlace.
205. Universidad de Santiago de Compostela, 2022. *O proxecto PAINLESS testará a estimulación eléctrica transcranial para paliar a dor oncolóxica*. Enlace.
206. Comisión Europea. *Funding & tender opportunities - PALliative Care Yields Cancer wellBeing Support*. Enlace.
207. Health News, 2022. *Cuidados paliativos: Católica participa em projeto europeu com financiamento em mais de cinco milhões de euros*. Enlace.
208. Comisión Europea. *Funding & tender opportunities - PREFERABLE-II - Personalised Exercise-Oncology for improvement of supportive care: a super umbrella trial to demonstrate the (cost)effectiveness of live-remote exercise in cancer survivors*. Enlace.
209. UMC Utrecht, 2022. *Horizon Europe grant for prof. Anne May*. Enlace.
210. Comisión Europea. *Funding & tender opportunities - Towards Cancer Patient Empowerment for Optimal Use of Antithrombotic Therapy at the End of Life*. Enlace.

ANEXO 1 - Proyectos de investigación en dolor crónico (Programas Marco Horizonte 2020 y Horizonte Europa)

Horizonte 2020

Tabla A1 – 1 (I). Proyectos de impacto en I+D+i de dolor crónico financiados por el Programa Marco Horizonte 2020.

Nombre	ID	Programa	Patología	Coordinador	Participantes en España	Presupuesto	Fechas
<u>SmallDrugRheuma</u> ¹⁹²	799037	H2020-EU.1.3.2. - <i>Nurturing excellence by means of cross-border and cross-sector mobility</i>	Artritis reumatoide	Universidad de Santiago de Compostela (España)	Universidad de Santiago de Compostela (público)	0,2M€	2018-2020
<u>TherGelFas</u> ¹⁹³	795417	H2020-EU.1.3.2. - <i>Nurturing excellence by means of cross-border and cross-sector mobility</i>	Dolor crónico neuropático	I+Med Biomedical Intelligence (España)	I+Med Biomedical Intelligence (privado)	0,2M€	2018-2020

¹⁹² Comisión Europea. *CORDIS - Discovery of Immune Therapeutic Targets and Immunomodulators for the Development of Novel Therapies in Rheumatoid Arthritis*. Enlace.

¹⁹³ Comisión Europea. *CORDIS - Novel nanometrically structured therapeutic hydrogel as injectable for fascial tissues surrounding the nerves intended for preventive treatment of chronic pain*. Enlace.

Tabla A1 – 1 (II). Proyectos de impacto en I+D+i de dolor crónico financiados por el Programa Marco Horizonte 2020.

Nombre	ID	Programa	Patología	Coordinador	Participantes en España	Presupuesto	Fechas
<u>ASTONISH</u> ¹⁹⁴	692470	H2020-EU.2.1.1.7. - <i>ECSEL</i>	Dolor crónico (general)	Philips Medical Systems (Países Bajos)	G.tec Medical Engineering (privado); Centro Superior de Investigaciones Científicas - CSIC (público); Ibermática (privado); Fundación Tecnalia (privado); Noray Bioinformatics (privado); Universidad del País Vasco (público)	5,9M€	2016-2019
<u>ReHub</u> ¹⁹⁵	811755	H2020-EU.2.3. - <i>INDUSTRIAL LEADERSHIP - Innovation In SMEs</i>	Dolor crónico musculoesquelético	Bio-Sensing Solutions (España)	Bio-Sensing Solutions (privado)	1,1M€	2018-2021

¹⁹⁴ Comisión Europea. *CORDIS - Advancing Smart Optical Imaging and Sensing for Health*. Enlace.

¹⁹⁵ Comisión Europea. *CORDIS - Rehabilitation Hub: The World's first Digital Recovery Therapy solution*. Enlace.

Tabla A1 – 1 (III). Proyectos de impacto en I+D+i de dolor crónico financiados por el Programa Marco Horizonte 2020.

Nombre	ID	Programa	Patología	Coordinador	Participantes en España	Presupuesto	Fechas
ADAMO Robot ¹⁹⁶	887731	H2020-EU.2.3. - <i>INDUSTRIAL LEADERSHIP - Innovation In SMEs</i> H2020-EU.2.1. - <i>INDUSTRIAL LEADERSHIP - Leadership in enabling and industrial technologies</i>	Dolor crónico de espalda	Future Sense (España)	Future Sense (privado)	0,05M€	2019-2020
DOLORisk ¹⁹⁷	633491	H2020-EU.3.1.1. - <i>Understanding health, wellbeing and disease</i>	Dolor crónico neuropático	Universidad de Oxford (Reino Unido)	Neuroscience Technologies (privado)	6M€	2015-2020

¹⁹⁶ Comisión Europea. *CORDIS - The future of precise personalised robotic physiotherapy*. Enlace.

¹⁹⁷ Comisión Europea. *CORDIS - DOLORisk: Understanding risk factors and determinants for neuropathic pain*. Enlace.

Tabla A1 – 1 (IV). Proyectos de impacto en I+D+i de dolor crónico financiados por el Programa Marco Horizonte 2020.

Nombre	ID	Programa	Patología	Coordinador	Participantes en España	Presupuesto	Fechas
GLORIA ¹⁹⁸	634886	H2020-EU.3.1.3. - <i>Treating and managing disease</i>	Artritis reumatoide	Fundación Centro Médico Universitario Vanderbilt (Países Bajos)	Linical Spain (privado)	5,9M€	2015-2021
SECURE ¹⁹⁹	633765	H2020-EU.3.1.3. - <i>Treating and managing disease</i>	Enfermedades cardiovasculares	Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares - CNIC (España)	Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares - CNIC (público); Ferrer Spain (privado)	6M€	2015-2021

¹⁹⁸ Comisión Europea. *CORDIS - Comparing the effectiveness and safety of additional low-dose glucocorticoid in treatment strategies for elderly patients with rheumatoid arthritis*. Enlace.

¹⁹⁹ Comisión Europea. *CORDIS - Secondary prEvention of CardiovasCUlaR disease in the Elderly trial*. Enlace.

Tabla A1 – 1 (V). Proyectos de impacto en I+D+i de dolor crónico financiados por el Programa Marco Horizonte 2020.

Nombre	ID	Programa	Patología	Coordinador	Participantes en España	Presupuesto	Fechas
RELIEF ²⁰⁰	689476	H2020-EU.3.1.4. - <i>Active ageing and self-management of health</i>	Dolor crónico (general)	Bravosolution Spain (España)	Bravosolution Spain (privado); Servicio Andaluz de Salud (público); Fundación para la Universitat Oberta de Catalunya (público)	1,9M€	2016-2021
NGN-PET ²⁰¹	116072	H2020-EU.3.1.7. - <i>Innovative Medicines Initiative 2 (IMI2)</i>	Dolor crónico neuropático	AXXAM (Italia)	Esteve Pharmaceuticals (privado)	1,5M€	2017-2020

Fuente: elaboración propia a partir de información de la Comisión Europea y los organismos implicados en los proyectos.

²⁰⁰ Comisión Europea. *CORDIS - RECOVERING LIFE WELLBEING THROUGH PAIN SELF-MANAGEMENT TECHNIQUES INVOLVING ICTs*. Enlace.

²⁰¹ Comisión Europea. *CORDIS - Modelling Neuron-Glia Networks into a drug discovery platform for Pain Efficacious Treatments - Sofia ref.: 116072*. Enlace.

PILAR 1 - Ciencia Excelente

Proyecto SmallDrugRheuma:

Contexto:

Este proyecto formó parte de las Acciones Marie Skłodowska-Curie, en su convocatoria de “Becas individuales 2017”.

Esta convocatoria (MSCA-IF-2017: *Individual Fellowships*), que dispuso de un presupuesto de 248,7 millones de euros para el año 2017, tuvo el objetivo de potenciar la creatividad e innovación de los investigadores experimentados y favorecer la adquisición de competencias por medio de la formación avanzada y la movilidad internacional e intersectorial.

Presentación del proyecto:

El proyecto **SmallDrugRheuma (Descubrimiento de dianas inmunoterapéuticas e inmunomoduladores para el desarrollo de nuevas terapias en la artritis reumatoide)** tuvo como objetivo la búsqueda de nuevos compuestos efectivos en el tratamiento de la artritis reumatoide por medio de ensayos preclínicos y clínicos que incorporaron tecnologías de screening.

Este proyecto fue coordinado por la **Universidad de Santiago de Compostela**, único participante en la iniciativa.

El proyecto contó con un presupuesto de 170.000 euros y se desarrolló entre junio de 2018 y septiembre de 2020.

Proyecto TherGelFas:

Contexto:

Este proyecto formó parte de las Acciones Marie Skłodowska-Curie, en su convocatoria de “Becas individuales 2017”.

Esta convocatoria (MSCA-IF-2017: *Individual Fellowships*), que dispuso de un presupuesto de 248,7 millones de euros para el año 2017, tuvo el objetivo de potenciar la creatividad e innovación de los investigadores experimentados y favorecer la adquisición de competencias por medio de la formación avanzada y la movilidad internacional e intersectorial.

Presentación del proyecto:

El proyecto **TherGelFas (Novedoso hidrogel terapéutico de estructura nanométrica como inyectable para los tejidos fasciales que rodean los nervios y destinado al tratamiento preventivo del dolor crónico)** tuvo como objetivo el desarrollo de biomateriales poliméricos basados en ácido hialurónico con aplicaciones médicas en el tratamiento del dolor agudo y la prevención de la cronificación.

Este proyecto fue coordinado y desarrollado en solitario por **I+Med Biomedical Intelligence**, empresa española de ingeniería biomédica dedicada a la investigación,

desarrollo y fabricación de dispositivos biomédicos y medicamentos innovadores de alto valor añadido.

El proyecto contó con un presupuesto de 170.000 euros y tuvo lugar entre noviembre de 2018 y octubre de 2020.

PILAR 2 - Liderazgo industrial

Proyecto ASTONISH:

Contexto:

Este proyecto formó parte de la convocatoria “Liderazgo en tecnologías industriales y de capacitación - Tecnologías de la información y la comunicación”, que englobó a la temática “Salud inteligente”, enfocada en desarrollar tecnologías médicas de apoyo a los pacientes que abarcasen todas las fases del proceso asistencial (prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento).

Presentación del proyecto:

El proyecto **ASTONISH (Avanzar en la obtención de imágenes y sensores ópticos inteligentes para la salud)** presentó el objetivo de desarrollar tecnologías de imagen y detección innovadoras para aplicaciones de diagnóstico y tratamiento mínimamente invasivas para cirugías y procesos de rehabilitación. Estas tecnologías permitirían monitorizar la situación de los pacientes con dolor y brindar la atención adaptada más adecuada.

Este proyecto fue coordinado por la empresa Philips Medical Systems (Países Bajos) y contó con la participación de varios agentes a nivel nacional: **G.tec Medical Engineering** (empresa privada especializada en las tecnologías sanitarias), el **Centro Superior de Investigaciones Científicas, Ibermática** (empresa privada de tecnologías de la información), la **Fundación Tecnia** (centro privado de investigación en salud y tecnologías sanitarias), **Noray Bioinformatics** (empresa privada especializada en la bioinformática y las tecnologías) y la **Universidad del País Vasco**.

La iniciativa dispuso de un presupuesto de 5,9 millones de euros y se desarrolló entre junio de 2016 y mayo de 2019.

Proyecto ReHub:

Contexto:

Este proyecto formó parte de la convocatoria de “Innovación en las PYMEs”, que estableció como objetivo favorecer el crecimiento económico de las empresas pequeñas y medianas por medio de una mejora en sus niveles de innovación e internacionalización. Las PYMEs son consideradas como un elemento clave de la estructura económica europea, por lo que el crecimiento innovador de estas empresas constituye un proyecto decisivo en el pilar de “Liderazgo Industrial”.

El proyecto estuvo englobado en la convocatoria de “Liderazgo en tecnologías industriales y capacitación”, cuyo objetivo fue mantener y construir un liderazgo global del sector industrial por medio de la investigación e innovación y el fortalecimiento de la competitividad empresarial e industrial.

Presentación del proyecto:

El proyecto **ReHub (Rehabilitation Hub: La primera solución digital de terapia de recuperación del mundo)** se puso en marcha con el objetivo de desarrollar una solución de rehabilitación telemática que ofreciese soporte al diagnóstico y permitiese la terapia personalizada en paciente con dolor crónico musculoesquelético. Por medio de sensores y algoritmos inteligentes, pretendía facilitar el seguimiento a tiempo real por parte de los médicos y la medición de parámetros objetivos a fin de adecuar las actividades de rehabilitación de los pacientes.

Este proyecto fue coordinado y desarrollado en solitario por **Bio-Sensing Solutions**, empresa española especializada en el desarrollo de dispositivos sanitarios y soluciones tecnológicas con aplicaciones en salud.

La iniciativa contó con un presupuesto de 1,1 millones de euros y se desarrolló entre junio de 2018 y febrero de 2021.

Proyecto ADAMO Robot:

Contexto:

Este proyecto formó parte de la convocatoria de “Innovación en las PYMEs”, que estableció como objetivo favorecer el crecimiento económico de las empresas pequeñas y medianas por medio de una mejora en sus niveles de innovación e internacionalización. Las PYMEs son consideradas como un elemento clave de la estructura económica europea, por lo que el crecimiento innovador de estas empresas constituye un proyecto decisivo en el pilar de “Liderazgo Industrial”.

El proyecto estuvo englobado en la convocatoria de “Liderazgo en tecnologías industriales y capacitación”, cuyo objetivo fue mantener y construir un liderazgo global del sector industrial por medio de la investigación e innovación y el fortalecimiento de la competitividad empresarial e industrial.

Presentación del proyecto:

El proyecto **ADAMO Robot (El futuro de la fisioterapia robótica precisa y personalizada)** presentó el objetivo de desarrollar un brazo robótico para la realización de actividades de fisioterapia adaptadas en pacientes con dolor de espalda crónico. El robot, que funcionaría por medio de un sistema de aire comprimido, estaría conectado a una Inteligencia Artificial que permitiría analizar la situación del paciente en tiempo real y adaptar las sesiones de fisioterapia a sus necesidades individuales.

Esta iniciativa fue coordinada y puesta en marcha por la empresa española **Future Sense**, especializada en el desarrollo de soluciones y herramientas de ortopedia y fisioterapia.

El proyecto contó con 50.000 euros de financiación y se desarrolló entre diciembre de 2019 y marzo de 2020.

PILAR 3 - Retos sociales

Proyecto DOLORisk:

Contexto:

Este proyecto formó parte del reto de “Salud, cambio demográfico y bienestar”, en su convocatoria de “Personalización de la salud”, que englobó el área de intervención de “Comprender la salud, el envejecimiento y la enfermedad”.

En esta área de intervención se encontraba la temática de “**Comprender la salud, el envejecimiento y la enfermedad: determinantes, factores de riesgo y vías de acceso**” (PHC 1 – 2014: *Understanding health, ageing and disease: determinants, risk factors and pathways*).

Esta temática, que contó con un presupuesto de 54 millones de euros para el año 2014, estableció como desafío sanitario el mantenimiento de la salud y la comprensión de las interacciones entre el individuo y los factores determinantes de enfermedades, a fin de mejorar la identificación de riesgos y el diagnóstico temprano de las patologías.

Presentación del proyecto:

El proyecto **DOLORisk (Comprender los factores de riesgo y los determinantes del dolor neuropático)** presentó el objetivo de identificar los principales factores de riesgo del dolor neuropático y determinar, por medio de técnicas genómicas y algoritmos de predicción de riesgo, la evolución de la enfermedad y el impacto en los pacientes.

Este proyecto fue coordinado por la Universidad de Oxford (Reino Unido) y contó con la participación de la empresa española **Neuroscience Technologies**, especializada en la investigación en ciencias naturales y de la salud, principalmente en el ámbito de la neurología.

La iniciativa dispuso de un presupuesto de 6 millones de euros y se desarrolló entre julio de 2015 y septiembre de 2020.

Proyecto GLORIA:

Contexto:

Este proyecto formó parte del reto de “Salud, cambio demográfico y bienestar”, en su convocatoria de “Personalización de la salud”, que englobó el área de intervención de “Tratamientos y tecnologías innovadoras”.

Esta área de intervención comprendía la temática “**Comparación de la eficacia de las intervenciones sanitarias existentes en personas mayores**” (PHC 17 – 2014: *Comparing the effectiveness of existing healthcare interventions in the elderly*).

Esta temática, que contó con una dotación presupuestaria de 48 millones de euros para el año 2014, planteó como desafío específico garantizar la atención sanitaria eficaz a la población de edad avanzada, dando una respuesta adecuada al envejecimiento poblacional en Europa y a las enfermedades de mayor impacto, entre las que se incluye el dolor crónico.

Presentación del proyecto:

El proyecto **GLORIA (Comparación de la eficacia y seguridad de dosis bajas adicionales de glucocorticoides en las estrategias de tratamiento de pacientes mayores con artritis reumatoide)** estudió la seguridad y coste-efectividad de la adición de glucocorticoides a bajas dosis a las terapias antirreumáticas en pacientes mayores con artritis reumatoide.

La artritis reumatoide es una de las enfermedades autoinmunes más frecuentemente asociadas al dolor crónico, por lo que el adecuado manejo de la enfermedad en la población mayor se antoja decisivo para reducir la carga de dolor en los pacientes y mejorar su bienestar.

En este proyecto, coordinado por la Fundación Centro Médico Universitario Vanderbilt (Países Bajos), participó la **filial española de la empresa farmacéutica Linical**. Esta compañía es una multinacional que participa en el desarrollo de productos farmacéuticos desde sus fases iniciales como Organización de Investigación por Contrato (*Contract Research Organization, CRO*).

La iniciativa contó con una dotación presupuestaria de 5,9 millones de euros y se desarrolló entre septiembre de 2015 y agosto de 2021.

Proyecto SECURE:

Contexto:

Este proyecto formó parte del reto de “Salud, cambio demográfico y bienestar”, en su convocatoria de “Personalización de la salud”, que englobó el área de intervención de “Tratamientos y tecnologías innovadoras”.

Esta área de intervención comprendía la temática “Comparación de la eficacia de las intervenciones sanitarias existentes en personas mayores” (PHC 17 – 2014: *Comparing the effectiveness of existing healthcare interventions in the elderly*).

Esta temática, que contó con una dotación presupuestaria de 48 millones de euros para el año 2014, planteó como desafío específico garantizar la atención sanitaria eficaz a la población de edad avanzada, dando una respuesta adecuada al envejecimiento poblacional en Europa y a las enfermedades de mayor impacto, entre las que se incluye el dolor crónico.

Presentación del proyecto:

El proyecto **SECURE (Ensayo de prevención secundaria de enfermedades cardiovasculares en la tercera edad)** planteó como objetivo maximizar la adherencia de los pacientes a los tratamientos de prevención cardiovascular secundaria, que constituye uno de los grandes problemas del tratamiento en pacientes mayores. Para

ello, se estudió la eficacia de una combinación a dosis fijas de aspirina, atorvastatina y ramipril con respecto a la administración de los tres componentes por separado, que constituyen el tratamiento estándar, en población mayor.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte a nivel nacional y las enfermedades coronarias son, a su vez, una de las patologías más habitualmente asociadas al dolor crónico, lo que refleja la importancia de una correcta adherencia de los pacientes a los tratamientos para reducir el impacto de la enfermedad de dolor crónico en la población.

Esta iniciativa fue coordinada por el **Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC)** del Instituto de Salud Carlos III, organismo público dedicado a comprender las bases fundamentales de la salud y la enfermedad cardiovascular y trasladar dicho conocimiento al paciente. Además, la empresa farmacéutica española **Ferrer** participó en el proyecto. Una de las líneas estratégicas de esta compañía es el desarrollo de medicamentos para la prevención secundaria de eventos cardiovasculares.

El proyecto dispuso de un presupuesto de 6 millones de euros y se desarrolló entre mayo de 2015 y diciembre de 2021.

Proyecto RELIEF:

Contexto:

Este proyecto formó parte del reto de “Salud, cambio demográfico y bienestar”, en su convocatoria de “Personalización de la salud”, que englobó el área de intervención de “Atención integrada, sostenible y centrada en el ciudadano”.

Esta área de intervención incluía la temática “**Autogestión de la salud y la enfermedad y empoderamiento del paciente con el apoyo de las TIC**” (PHC 27 – 2015: *Self-management of health and disease and patient empowerment supported by ICT*).

Esta temática, dotada con un presupuesto de 15 millones de euros para el año 2015, planteó el desafío de empoderar a los pacientes para su participación en los procesos asistenciales y la gestión de su salud y enfermedad por medio de nuevas herramientas y tecnologías sanitarias.

Presentación del proyecto:

El proyecto **RELIEF (Recuperar el bienestar vital a través de las técnicas de autogestión del dolor con las TIC)** fue puesto en marcha con el objetivo de acompañar y acelerar el acceso al mercado de nuevas soluciones tecnológicas innovadoras que favorezcan el autocuidado del paciente con dolor.

Este proyecto fue coordinado por la filial española de la empresa de tecnologías de la información **Bravosolution** y contó con la participación del **Servicio Andaluz de Salud (SAS)** y la **Fundación para la Universitat Oberta de Catalunya**, organismo público enfocado en favorecer la interacción entre la tecnología y la ciencia.

La iniciativa contó con un presupuesto de 1,9 millones de euros y se desarrolló entre febrero de 2016 y marzo de 2021.

Proyecto NGN-PET:

Contexto:

Este proyecto formó parte del reto de “Salud, cambio demográfico y bienestar”, en su Iniciativa de Medicinas Innovadoras 2 (IMIM2). Esta iniciativa fue desarrollada a través de la cooperación entre la Comisión Europea y la industria farmacéutica europea, representada por la Federación Europea de Industrias y Asociaciones Farmacéuticas (*European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations*, EFPIA), y tuvo como objetivo mejorar la salud acelerando el desarrollo de medicamentos innovadores y el acceso de los pacientes a estos, especialmente en áreas en las que existen necesidades no cubiertas.

Una de las temáticas dentro de esta iniciativa fueron las “Interacciones patológicas neurona-glia en el dolor neuropático” (IMI2-2015-07-03: *PATHOLOGICAL NEURON-GLIA INTERACTIONS IN NEUROPATHIC PAIN*), que tuvo como objetivo mejorar el conocimiento en las interacciones nerviosas que intervienen en el dolor e identificar, por medio de cultivos celulares y tecnologías de *screening*, nuevos fármacos e intervenciones sanitarias que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor neuropático.

Presentación del proyecto:

El proyecto **NGN-PET (Modelización de las redes de neuroglía en una plataforma de descubrimiento de fármacos para tratamientos eficaces contra el dolor)** tuvo como objetivo el desarrollo de terapias que tengan como diana las interacciones entre neuronas y células de glía para el tratamiento del dolor crónico. Para ello, se pretende profundizar en el conocimiento de las interacciones moleculares neuronales responsables del dolor, diseñar un biomodelo basado en células madre que simule el organismo humano *in vivo* y descubrir nuevas moléculas terapéuticas por medio de un sistema de screening de alto rendimiento.

El proyecto estuvo coordinado por la empresa AXXAM (Italia), que colabora como *innovative Partner Research Organization* en las fases iniciales de desarrollo de productos farmacéuticos, y contó con la participación española de la empresa farmacéutica **Esteve**.

La iniciativa dispuso de un presupuesto de 1,5 millones de euros y se desarrolló entre abril de 2017 y marzo de 2020.

Horizonte Europa

Tabla A1 – 2 (I). Proyectos de impacto en I+D+i de dolor crónico financiados por el Programa Marco Horizonte Europa.

Nombre	ID	Programa	Patología	Coordinador	Participantes en España	Presupuesto	Fechas
MyPath ^{202,203}	101057514	HORIZON-HLTH-2021-DISEASE-04	Dolor crónico oncológico	Hospital Universitario de Oslo (Noruega)	Fundación INCLIVA (público)	6,5M€	2022-2027
PAINLESS ^{204,205}	101057367	HORIZON-HLTH-2021-DISEASE-04	Dolor crónico oncológico	Universidad de Santiago de Compostela (España)	Universidad de Santiago de Compostela (público); Servicio Gallego de Salud - SERGAS (público)	6M€	N.A.
PAL-CYCLES ^{206,207}	101057243	HORIZON-HLTH-2021-DISEASE-04	Dolor crónico oncológico	Fundación del Centro Médico Universitario de Radboud (Países Bajos)	Universidad de Navarra (privado)	5,5M€	2022-2027

²⁰² Comisión Europea. *Funding & tender opportunities - Developing and implementing innovative Patient-Centred Care Pathways for cancer patients*. Enlace.

²⁰³ Accelompment, 2022. *MyPath - Developing and implementing innovative Patient-Centred Care Pathways for cancer patients*. Enlace.

²⁰⁴ Comisión Europea. *Funding & tender opportunities - Pain relief in palliative care of cancer using home-based neuromodulation and predictive biomarkers*. Enlace.

²⁰⁵ Universidad de Santiago de Compostela, 2022. *O proxecto PAINLESS testará a estimulación eléctrica transcranial para paliar a dor oncolóxica*. Enlace.

²⁰⁶ Comisión Europea. *Funding & tender opportunities - PALliative Care Yields Cancer wellbEing Support*. Enlace.

²⁰⁷ Health News, 2022. *Cuidados paliativos: Católica participa em projeto europeu com financiamento em mais de cinco milhões de euros*. Enlace.

Tabla A1 – 2 (II). Proyectos de impacto en I+D+i de dolor crónico financiados por el Programa Marco Horizonte Europa.

Nombre	ID	Programa	Patología	Coordinador	Participantes en España	Presupuesto	Fechas
<u>PREFERABLE-II</u> ^{208,209}	101057059	HORIZON- HLTH-2021- DISEASE-04	Dolor crónico oncológico	Centro Médico Universitario de Utrecht (Países Bajos)	Fundación Onkológikoa (público-privado)	6M€	2022-2027
<u>SERENITY</u> ²¹⁰	101057292	HORIZON- HLTH-2021- DISEASE-04	Dolor crónico oncológico	Hospital Universitario de Leiden (Países Bajos)	Fundación Clínic para la Investigación Biomédica (público)	N.A.	N.A.

Fuente: elaboración propia a partir de información de la Comisión Europea y los organismos implicados en los proyectos.

²⁰⁸ Comisión Europea. *Funding & tender opportunities - PREFERABLE-II - Personalised Exercise-Oncology for improvement of supportive care: a super umbrella trial to demonstrate the (cost)effectiveness of live-remote exercise in cancer survivors*. Enlace.

²⁰⁹ UMC Utrecht, 2022. *Horizon Europe grant for prof. Anne May*. Enlace.

²¹⁰ Comisión Europea. *Funding & tender opportunities - Towards Cancer Patient Empowerment for Optimal Use of Antithrombotic Therapy at the End of Life*. Enlace.

PILAR - Desafíos Globales y Competitividad Industrial Europea (Clúster Salud)

Proyecto MyPath:

Contexto:

Este proyecto forma parte del programa “Clúster Salud”, que establece las metas prioritarias de Horizonte Europa a nivel sanitario. La tercera meta del programa, “Abordar las enfermedades y reducir su morbilidad”, presenta cuatro convocatorias, enfocadas en la lucha contra las enfermedades de mayor impacto y la creación de alianzas en salud.

La convocatoria de “Lucha contra las enfermedades (2021)” presenta la temática “Mejora de los cuidados de apoyo, paliativos, de supervivencia y al final de la vida de los pacientes con cáncer” (HORIZON-HLTH-2021-DISEASE-04-01: *Improved supportive, palliative, survivorship and end-of-life care of cancer patients*).

Esta temática, de la que forma parte el proyecto, dispuso de un presupuesto asignado de 50 millones de euros para 2021 y pretende garantizar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes con cáncer y mitigar el impacto sociosanitario de la enfermedad, por medio de la actualización de las guías de tratamiento y la incorporación del paciente en la toma de decisiones asistenciales.

Presentación del proyecto:

El proyecto **MyPath (Desarrollar y aplicar vías innovadoras de atención centrada en el paciente para los enfermos de cáncer)** tiene el objetivo de desarrollar rutas asistenciales centradas en el paciente, basadas en la evidencia y la tecnología, que puedan combinarse con las habituales rutas centradas en la enfermedad para ofrecer una atención integral y multidisciplinar a pacientes oncológicos.

Este proyecto, coordinado por el Hospital Universitario de Oslo (Noruega), cuenta con la participación de la **Fundación INCLIVA** (Fundación para la Investigación del Hospital Clínico de la Comunidad Valenciana), organismo público encargado de gestionar la investigación biomédica del Hospital Clínico Universitario de Valencia y su Departamento de Salud.

La dotación presupuestaria asignada al proyecto es de 6,5 millones de euros y este se desarrollará entre septiembre de 2022 y agosto de 2027.

La implementación de modelos asistenciales que sitúen al paciente en el centro se antoja decisiva para el futuro de la atención a pacientes con dolor crónico, ya que la adaptación de la asistencia y la adecuada respuesta a las necesidades individuales son clave para el mantenimiento del bienestar del paciente.

Proyecto PAINLESS:

Contexto:

Este proyecto forma parte del programa “Clúster Salud”, que establece las metas prioritarias de Horizonte Europa a nivel sanitario. La tercera meta del programa,

“Abordar las enfermedades y reducir su morbilidad”, presenta cuatro convocatorias, enfocadas en la lucha contra las enfermedades de mayor impacto y la creación de alianzas en salud.

La convocatoria de “Lucha contra las enfermedades (2021)” presenta la temática “Mejora de los cuidados de apoyo, paliativos, de supervivencia y al final de la vida de los pacientes con cáncer” (HORIZON-HLTH-2021-DISEASE-04-01: *Improved supportive, palliative, survivorship and end-of-life care of cancer patients*).

Esta temática, de la que forma parte el proyecto, dispuso de un presupuesto asignado de 50 millones de euros para 2021 y pretende garantizar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes con cáncer y mitigar el impacto sociosanitario de la enfermedad, por medio de la actualización de las guías de tratamiento y la incorporación del paciente en la toma de decisiones asistenciales.

Presentación del proyecto:

El proyecto **PAINLESS (Alivio del dolor en los cuidados paliativos del cáncer mediante neuromodulación domiciliaria y biomarcadores predictivos)** pretende analizar las claves moleculares del dolor oncológico y su alivio, por medio de una aproximación innovadora y basada en evidencias. El objetivo del proyecto es implementar en los sistemas de salud europeos una intervención domiciliaria basada en la neuromodulación para el tratamiento del dolor y la mejora de la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico oncológico.

El proyecto será coordinado por la **Universidad de Santiago de Compostela** y cuenta con la participación del **Servicio Gallego de Salud (SERGAS)**, por medio de la Fundación del Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (FIDIS) y la Fundación Biomédica Galicia Sur (FBGS), centros públicos de investigación biomédica traslacional y multidisciplinar.

La iniciativa cuenta con una financiación de 6 millones de euros y, si bien no se ha concretado públicamente la fecha de inicio, se espera que comience antes del final de este año.

Proyecto PAL-CYCLES:

Contexto:

Este proyecto forma parte del programa “Clúster Salud”, que establece las metas prioritarias de Horizonte Europa a nivel sanitario. La tercera meta del programa, “Abordar las enfermedades y reducir su morbilidad”, presenta cuatro convocatorias, enfocadas en la lucha contra las enfermedades de mayor impacto y la creación de alianzas en salud.

La convocatoria de “Lucha contra las enfermedades (2021)” presenta la temática “Mejora de los cuidados de apoyo, paliativos, de supervivencia y al final de la vida de los pacientes con cáncer” (HORIZON-HLTH-2021-DISEASE-04-01: *Improved supportive, palliative, survivorship and end-of-life care of cancer patients*).

Esta temática, de la que forma parte el proyecto, dispuso de un presupuesto asignado de 50 millones de euros para 2021 y pretende garantizar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes con cáncer y mitigar el impacto sociosanitario de la enfermedad, por medio de la actualización de las guías de tratamiento y la incorporación del paciente en la toma de decisiones asistenciales.

Presentación del proyecto:

El proyecto **PAL-CYCLES (Cuidados Paliativos de apoyo al bienestar en cáncer)** pretende desarrollar un programa paliativo para pacientes con cáncer avanzado que permita la personalización de la asistencia y potencie el peso de la asistencia comunitaria y domiciliaria. El objetivo fundamental del proyecto es favorecer la puesta en marcha de un sistema de comunicación y atención centrado en el paciente que permita el seguimiento y tratamiento domiciliario de pacientes oncológicos crónicos por medio de la adaptación de la asistencia y la participación del paciente.

La institución encargada de la coordinación del proyecto es la Fundación del Centro Médico Universitario de Radboud (Países Bajos) y la **Universidad de Navarra** es el participante español en la iniciativa, universidad privada con una destacada participación en la investigación sanitaria a través de la Clínica Universidad de Navarra.

El proyecto contará con un presupuesto de 5,5 millones de euros y se extenderá desde septiembre de 2022 hasta 2027.

Proyecto PREFERABLE-II:

Contexto:

Este proyecto forma parte del programa “Clúster Salud”, que establece las metas prioritarias de Horizonte Europa a nivel sanitario. La tercera meta del programa, “Abordar las enfermedades y reducir su morbilidad”, presenta cuatro convocatorias, enfocadas en la lucha contra las enfermedades de mayor impacto y la creación de alianzas en salud.

La convocatoria de “Lucha contra las enfermedades (2021)” presenta la temática “Mejora de los cuidados de apoyo, paliativos, de supervivencia y al final de la vida de los pacientes con cáncer” (HORIZON-HLTH-2021-DISEASE-04-01: *Improved supportive, palliative, survivorship and end-of-life care of cancer patients*).

Esta temática, de la que forma parte el proyecto, dispuso de un presupuesto asignado de 50 millones de euros para 2021 y pretende garantizar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes con cáncer y mitigar el impacto sociosanitario de la enfermedad, por medio de la actualización de las guías de tratamiento y la incorporación del paciente en la toma de decisiones asistenciales.

Presentación del proyecto:

El proyecto **PREFERABLE-II (Oncología personalizada para mejorar los cuidados de apoyo: un ensayo general para demostrar la relación coste-efectividad del ejercicio en supervivientes de cáncer)** tiene el objetivo de analizar los beneficios de una nueva

terapia de ejercicio en pacientes con cáncer que permita mitigar los efectos adversos de la enfermedad, sea controlada de forma remota y a tiempo real, sea accesible para todos los pacientes y favorezca un modelo asistencial centrado en el paciente. Este proyecto pretende promover un modelo de cuidados en el que la comunicación y la toma de decisiones compartidas sean los motores de una atención basada en el ejercicio y la actividad física adaptada.

Esta iniciativa será coordinada por el Centro Médico Universitario de Utrecht (Países Bajos) y cuenta con la participación de la **Fundación Onkologikoa**, centro monográfico de prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer adscrito al Servicio Vasco de Salud-Osakidetza y con financiación público-privada.

El presupuesto asignado al proyecto es de 6 millones de euros y abarcará el periodo 2022-2027, si bien la fecha de inicio no ha sido confirmada.

Proyecto SERENITY:

Contexto:

Este proyecto forma parte del programa “Clúster Salud”, que establece las metas prioritarias de Horizonte Europa a nivel sanitario. La tercera meta del programa, “Abordar las enfermedades y reducir su morbilidad”, presenta cuatro convocatorias, enfocadas en la lucha contra las enfermedades de mayor impacto y la creación de alianzas en salud.

La convocatoria de “Lucha contra las enfermedades (2021)” presenta la temática “Mejora de los cuidados de apoyo, paliativos, de supervivencia y al final de la vida de los pacientes con cáncer” (HORIZON-HLTH-2021-DISEASE-04-01: *Improved supportive, palliative, survivorship and end-of-life care of cancer patients*).

Esta temática, de la que forma parte el proyecto, dispuso de un presupuesto asignado de 50 millones de euros para 2021 y pretende garantizar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes con cáncer y mitigar el impacto sociosanitario de la enfermedad, por medio de la actualización de las guías de tratamiento y la incorporación del paciente en la toma de decisiones asistenciales.

Presentación del proyecto:

El proyecto **SERENITY (Hacia el empoderamiento del paciente con cáncer para el uso óptimo de la terapia antitrombótica al final de la vida)** pretende desarrollar una herramienta de apoyo a la toma de decisiones basada en la información que facilite el uso adecuado de terapias antitrombóticas en pacientes oncológicos paliativos. Este proyecto plantea una revisión de las evidencias disponibles, la puesta en marcha de tres estudios epidemiológicos a nivel europeo y el desarrollo de un consenso Delphi acerca de los procedimientos asistenciales en oncología como base para el desarrollo de la herramienta de soporte, cuya efectividad será posteriormente analizada en ensayos clínicos.

El Hospital Universitario de Leiden (Países Bajos) es el coordinador del proyecto, en el que participa la **Fundación Clínic para la Investigación Biomédica**, entidad pública

surgida del convenio entre el Hospital Clínic de Barcelona y la Universidad de Barcelona con el objetivo de promover, gestionar y llevar a cabo investigación e innovación en biomedicina y docencia relacionada con las ciencias de la salud.

El presupuesto asignado a este proyecto y el calendario del mismo no han sido todavía publicados.

ANEXO 2 - Metodología

Distribución poblacional y muestral

Tabla A2 – 1 (I). Distribución de la población española por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia (número).

	Total	Hombre	Mujer	18-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65-75 años	76-85 años
Andalucía	6.772.098	3.334.010	3.438.088	1.618.733	1.250.859	1.368.227	1.184.548	808.400	541.324
Aragón	1.045.219	517.502	527.717	226.086	179.943	208.948	187.547	139.627	103.067
Principado de Asturias	832.723	400.319	432.404	139.177	135.774	167.270	162.185	136.253	92.059
Islas Baleares	988.720	493.754	494.966	245.332	202.535	204.796	157.561	108.971	69.521
Canarias	1.866.634	922.384	944.250	447.550	347.161	398.383	324.793	213.253	135.486
Cantabria	473.412	231.546	241.866	90.918	83.266	96.393	88.661	69.570	44.603
Castilla y León	1.926.752	960.071	966.681	367.038	305.701	372.918	374.460	286.787	219.843
Castilla - La Mancha	1.620.286	817.157	803.129	379.179	295.808	327.169	289.049	190.081	139.006
Cataluña	6.076.627	2.968.762	3.107.865	1.454.308	1.103.224	1.234.873	999.873	755.207	529.154
C. Valenciana	4.065.129	1.997.152	2.067.977	904.961	728.876	829.850	708.199	528.492	364.748
Extremadura	848.349	422.877	425.472	193.111	141.466	162.737	161.597	108.914	80.527
Galicia	2.197.253	1.065.099	1.132.154	407.763	376.974	439.327	390.474	325.301	257.416
C. de Madrid	5.388.841	2.569.547	2.819.294	1.298.146	1.015.842	1.123.008	884.649	627.562	439.638
Región de Murcia	1.187.794	593.981	593.813	304.857	228.000	242.819	195.426	128.821	87.868
La Rioja	250.685	123.931	126.754	53.036	44.386	50.800	44.963	33.436	24.074
C. Foral de Navarra	518.638	257.210	261.428	118.996	90.187	105.402	89.809	66.751	47.491
País Vasco	1.742.688	845.073	897.615	347.905	285.006	350.896	324.277	252.544	182.062

TOTAL	37.801.848	18.520.375	19.281.473	8.597.096	6.815.008	7.683.816	6.568.071	4.779.970	3.357.887
--------------	-------------------	-------------------	-------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

Tabla A2 – 1 (II). Distribución de la población española por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia (porcentaje).

	Total	Hombre	Mujer	18-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65-75 años	76-85 años
Andalucía	6.772.098	49,2%	50,8%	23,9%	18,5%	20,2%	17,5%	11,9%	8,0%
Aragón	1.045.219	49,5%	50,5%	21,6%	17,2%	20,0%	17,9%	13,4%	9,9%
Principado de Asturias	832.723	48,1%	51,9%	16,7%	16,3%	20,1%	19,5%	16,4%	11,1%
Islas Baleares	988.720	49,9%	50,1%	24,8%	20,5%	20,7%	15,9%	11,0%	7,0%
Canarias	1.866.634	49,4%	50,6%	24,0%	18,6%	21,3%	17,4%	11,4%	7,3%
Cantabria	473.412	48,9%	51,1%	19,2%	17,6%	20,4%	18,7%	14,7%	9,4%
Castilla y León	1.926.752	49,8%	50,2%	19,0%	15,9%	19,4%	19,4%	14,9%	11,4%
Castilla - La Mancha	1.620.286	50,4%	49,6%	23,4%	18,3%	20,2%	17,8%	11,7%	8,6%
Cataluña	6.076.627	48,9%	51,1%	23,9%	18,2%	20,3%	16,5%	12,4%	8,7%
C. Valenciana	4.065.129	49,1%	50,9%	22,3%	17,9%	20,4%	17,4%	13,0%	9,0%
Extremadura	848.349	49,8%	50,2%	22,8%	16,7%	19,2%	19,0%	12,8%	9,5%
Galicia	2.197.253	48,5%	51,5%	18,6%	17,2%	20,0%	17,8%	14,8%	11,7%
C. de Madrid	5.388.841	47,7%	52,3%	24,1%	18,9%	20,8%	16,4%	11,6%	8,2%
Región de Murcia	1.187.794	50,0%	50,0%	25,7%	19,2%	20,4%	16,5%	10,8%	7,4%
La Rioja	250.685	49,4%	50,6%	21,2%	17,7%	20,3%	17,9%	13,3%	9,6%
C. Foral de Navarra	518.638	49,6%	50,4%	22,9%	17,4%	20,3%	17,3%	12,9%	9,2%
País Vasco	1.742.688	48,5%	51,5%	20,0%	16,4%	20,1%	18,6%	14,5%	10,4%
TOTAL	37.801.848	49%	51%	23%	18%	20%	17%	13%	9%

Tabla A2 – 2 (I). Distribución muestral por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia (número).

	Total	Hombre	Mujer	18-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65-75 años	76-85 años
Andalucía	1.245	727	518	343	222	229	197	144	110
Aragón	203	94	109	37	41	50	42	16	17
Principado de Asturias	165	76	89	28	30	44	30	17	16
Islas Baleares	173	81	92	39	27	20	16	54	17
Canarias	310	150	160	73	33	49	47	76	32
Cantabria	94	34	60	27	17	14	15	10	11
Castilla y León	365	185	180	72	67	98	62	34	32
Castilla - La Mancha	298	161	137	88	57	47	39	40	27
Cataluña	1.153	507	646	258	206	250	205	132	102
C. Valenciana	762	368	394	146	160	157	125	96	78
Extremadura	162	84	78	42	28	33	19	22	18
Galicia	424	202	222	76	85	79	82	58	44
C. de Madrid	1.034	567	467	192	182	228	219	111	102
Región de Murcia	213	116	97	74	40	28	28	24	19
La Rioja	47	16	31	11	16	7	7	3	3
C. Foral de Navarra	83	36	47	23	11	13	16	13	7
País Vasco	327	135	192	67	68	74	59	30	29
TOTAL	7.058	3.539	3.519	1.596	1.290	1.420	1.208	880	664

Tabla A2 – 2 (II). Distribución muestral por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia (porcentaje).

	Total	Hombre	Mujer	18-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65-75 años	76-85 años
Andalucía	1.245	58,4%	41,6%	27,6%	17,8%	18,4%	15,8%	11,6%	8,8%
Aragón	203	46,3%	53,7%	18,2%	20,2%	24,6%	20,7%	7,9%	8,4%
Principado de Asturias	165	46,1%	53,9%	17,0%	18,2%	26,7%	18,2%	10,3%	9,7%
Islas Baleares	173	46,8%	53,2%	22,5%	15,6%	11,6%	9,2%	31,2%	9,8%
Canarias	310	48,4%	51,6%	23,5%	10,6%	15,8%	15,2%	24,5%	10,3%
Cantabria	94	36,2%	63,8%	28,7%	18,1%	14,9%	16,0%	10,6%	11,7%
Castilla y León	365	50,7%	49,3%	19,7%	18,4%	26,8%	17,0%	9,3%	8,8%
Castilla - La Mancha	298	54,0%	46,0%	29,5%	19,1%	15,8%	13,1%	13,4%	9,1%
Cataluña	1.153	44,0%	56,0%	22,4%	17,9%	21,7%	17,8%	11,4%	8,8%
C. Valenciana	762	48,3%	51,7%	19,2%	21,0%	20,6%	16,4%	12,6%	10,2%
Extremadura	162	51,9%	48,1%	25,9%	17,3%	20,4%	11,7%	13,6%	11,1%
Galicia	424	47,6%	52,4%	17,9%	20,0%	18,6%	19,3%	13,7%	10,4%
C. de Madrid	1.034	54,8%	45,2%	18,6%	17,6%	22,1%	21,2%	10,7%	9,9%
Región de Murcia	213	54,5%	45,5%	34,7%	18,8%	13,1%	13,1%	11,3%	8,9%
La Rioja	47	34,0%	66,0%	23,4%	34,0%	14,9%	14,9%	6,4%	6,4%
C. Foral de Navarra	83	43,4%	56,6%	27,7%	13,3%	15,7%	19,3%	15,7%	8,4%
País Vasco	327	41,3%	58,7%	20,5%	20,8%	22,6%	18,0%	9,2%	8,9%
TOTAL	7.058	50%	50%	23%	18%	20%	17%	12%	9%

Encuesta

INTRODUCCIÓN:

Buenos días/tardes, mi nombre es (nombre entrevistador/a). Estamos realizando un estudio para conocer la opinión de la población española sobre el dolor, la duración aproximada de esta encuesta es de 10 minutos.

De acuerdo con la LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS vigente y el código CCI ESOMAR referidos a la protección y tratamiento de datos, toda la información que nos facilite en este cuestionario será tratada exclusivamente de forma confidencial y anónima y con fines estadísticos, no pudiendo ser utilizada de forma nominal ni facilitada a terceros.

La encuesta es confidencial y su contestación es de carácter voluntario. Los datos solicitados se tratarán informáticamente para realizar análisis estadísticos de una forma anónima. Los datos personales serán tratados de conformidad con el Reglamento Europeo 2016/679 de Protección de Datos, la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y la normativa vigente en materia de seguridad y protección de datos de carácter personal.

Muchas gracias de antemano por su colaboración.

A. Usted es...

Hombre – 1

Mujer – 2

B. Tiene usted... (SP)

__ años

Entre 76 y 85 años - 1

C. Provincia de residencia (anotar provincia de residencia)

D. ¿Cuál es su nivel de estudios? [LEER. RESPUESTA ÚNICA]

Sin estudios – 1

Estudios Primarios – 2

Estudios Secundarios – 3

FP – 4

Estudios Universitarios – 5

No contesta – 6

E. ¿Y cuál es su situación laboral? [LEER. RESPUESTA ÚNICA]

Tengo trabajo actualmente – 1

Estoy en paro – 2

Estoy Jubilado/retirado – 3

Tengo la incapacidad laboral permanente – 4

Estoy estudiando – 5

Trabajo doméstico no remunerado – 6

HACER A QUIENES EN P.E RESPONDEN CÓDIGOS 1

F. ¿Ha necesitado baja laboral en el último año? [LEER. RESPUESTA ÚNICA]

Sí – 1

No – 2

G. Por favor, dígame ¿ha tenido que ser atendido en un Centro Sanitario en las últimas 4 semanas? [LEER. RESPUESTA ÚNICA]

Sí – 1

No → P1

HACER A QUIENES EN P.G HAN RESPONDIDO SÍ

H. En las últimas 4 semanas ¿Cuántas veces ha acudido a...? [LEER. RESPUESTA ÚNICA PARA CADA FRASE]

	Ninguna	1	2	3	4	5 o más
Atención Primaria	1	2	3	4	5	6
Atención Especializada (incluye consulta para diagnóstico/tratamiento sin ingreso)	1	2	3	4	5	6
Atención Hospitalaria (cirugía, ingreso,...)	1	2	3	4	5	6
Urgencias	1	2	3	4	5	6

A TODOS

1. ¿Sufre dolor continuo (al menos 4 o 5 días a la semana durante el último mes)? [LEER. RESPUESTA ÚNICA]

Sí – HACER P.2

No - Pasar a “cuestionario principal” (P.16)

2. ¿Ese dolor continuo es crónico, es decir, desde hace al menos 3 meses?

Sí – HACER P.3

No – Pasar a “cuestionario principal” (P.16)

BLOQUE DOLOR CRÓNICO:

HACER SI EN P.2 RESPONDE SÍ

3. ¿Cuánto tiempo lleva padeciendo este dolor?

Años (0-99)

Meses (máx. 12)

4. ¿Podría indiciar cuales son las causas de su dolor crónico? [LEER. RESPUESTA ÚNICA. ROTAR]

	Sí	No
1. Artrosis	1	2
2. Osteoporosis	1	2
3. Dolor cervical	1	2
4. Dolor lumbar	1	2
5. Traumatismo	1	2
6. Migraña y otros dolores de cabeza crónicos	1	2
7. Dolor relacionado con una intervención quirúrgica	1	2
8. Artritis reumatoide	1	2
9. Ciática	1	2
10. Contracturas musculares	1	2
11. Cáncer	1	2
12. Hombro doloroso	1	2
13. Fibromialgia	1	2
14. Neuropatía diabética u otras neuropatías	1	2
15. Síndrome del túnel carpiano	1	2
16. Enfermedad de Crohn o Colitis ulcerosa	1	2
17. Desconoce la causa patológica	1	2
18. Otra...¿Cuál?(respuesta abierta)	1	2

5. Y ¿Dónde se localiza su dolor, o el dolor que más le afecta? [LEER. RESPUESTA ÚNICA]

1. Es un dolor generalizado
2. Cabeza
3. Cuello (cervicales)
4. Espalda
5. Extremidades y/o articulaciones
6. Pecho
7. Abdomen
8. Otro (Especificar)

6. Su dolor crónico, ¿le produce trastornos del sueño? [LEER. RESPUESTA ÚNICA]

Sí – 1

No – 2

7. En una escala del 0 al 10 cómo calificaría la intensidad de su dolor crónico la última semana (donde 0 significa que no tiene ningún dolor y 10 el máximo de dolor). Puede dar puntuaciones intermedias para matizar su opinión.

___ INTENSIDAD DEL DOLOR

8. En las últimas 4 semanas ¿En qué medida ha tenido que limitar sus actividades habituales debido al dolor crónico? [RESPUESTA ÚNICA POR ACTIVIDAD. LEER. ROTAR]

	Sí, mucho	Sí, algo	No, no las he limitado
Alimentarse	1	2	3
Sentarse	1	2	3
Levantarse de una silla o de la cama	1	2	3
Acostarse	1	2	3
Vestirse y desvestirse	1	2	3
Ir al baño	1	2	3
Ducharse o bañarse	1	2	3
Otras	1	2	3

9. ¿Ha necesitado baja laboral en el último año a causa de su dolor?

Sí – 1

No – 2

HACER A QUIENES EN P.9 RESPONDEN SÍ

10. ¿Cuánto tiempo ha estado de baja laboral a causa de su dolor?

Días (máx. 31)

Meses (máx. 12)

HACER A QUIENES EN P.9 RESPONDEN SÍ

11. ¿Ha tenido que dejar el trabajo o cambiar de puesto a causa del dolor?

Sí, lo tuve que dejar – 1

Sí, cambié de puesto – 2

No – 3

12. Por favor, dígame ¿ha tenido que ser atendido en un Centro Sanitario en las últimas 4 semanas a causa del dolor?

Sí

No -> pasar a cuestionario principal

HACER A QUIENES EN P.12 RESPONDEN SÍ

13. En las últimas 4 semanas ¿Cuántas veces ha acudido a...a causa del dolor?

	Ninguna	1	2	3	4	5 o más
Atención Primaria	1	2	3	4	5	6
Atención Especializada (incluye consulta para diagnóstico/tratamiento sin ingreso)	1	2	3	4	5	6
Atención Hospitalaria (cirugía, ingreso,...)	1	2	3	4	5	6
Urgencias	1	2	3	4	5	6

14. ¿En qué Unidad/ Especialidad ha sido atendido a causa del dolor?

Unidad del dolor – Sí (1), No (2)

Rehabilitación – Sí (1), No (2)

Traumatología – Sí (1), No (2)

Reumatología – Sí (1), No (2)

Neurología – Sí (1), No (2)

Medicina Interna – Sí (1), No (2)

Oncología – Sí (1), No (2)

Neurocirugía – Sí (1), No (2)

Fisioterapia – Sí (1), No (2)

Otras (especificar) – Sí (1), No (2)

HACER SI HA RESPONDIDO QUE SÍ A UNIDAD DEL DOLOR

15. ¿Cuánto tiempo ha esperado hasta la primera consulta de la Unidad del Dolor desde que se solicita?

Días (máx. 31)

Meses (máx. 12)

Años (máx. 99)

Gracias por responder a estas preguntas relacionadas con su dolor crónico. A partir de ahora nos gustaría que respondiera a las siguientes preguntas referidas a su estado de salud de forma general.

CUESTIONARIO PRINCIPAL:

16. En 2021, en general Usted diría que su salud ha sido...

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Mala

17. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas cosas actividades o cosas? Si es así ¿Cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar 1 hora	1	2	3
Subir varios pisos por la escalera	1	2	3

18. Durante las 4 últimas semanas ¿Con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en actividades cotidianas a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2	3	4	5
Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas	1	2	3	4	5

19. Durante las 4 últimas semanas ¿Con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	1	2	3	4	5
Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional	1	2	3	4	5

20. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

21. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. Responda en cada pregunta lo que se parezca más a como se ha sentido. Durante las últimas 4 semanas ¿con que frecuencia ...?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
¿Se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5
¿Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5
¿Se sintió desanimado y deprimido?	1	2	3	4	5

22. Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
1	2	3	4	5

23. Esta pregunta está dirigida a determinar cómo se ha sentido en la última semana a pesar de que las preguntas están formuladas en presente. Debe elegir entre una de cuatro posibilidades con respecto a la pregunta realizada.

23.1. Me siento tenso o nervioso

- (0) Nunca
- (1) A veces
- (2) Muchas veces
- (3) Todos los días

23.2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

- (0) Como siempre
- (1) No lo bastante
- (2) Sólo un poco
- (3) Nada

23.3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder

- (0) Nada
- (1) Un poco, pero me preocupa
- (2) Sí, pero no es muy fuerte
- (3) Definitivamente, y es muy fuerte

23.4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

- (0) Al igual que siempre lo hice
- (1) No tanto ahora
- (2) Casi nunca
- (3) Nunca

23.5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

- (0) Sólo en ocasiones
- (1) A veces, aunque no muy a menudo
- (2) Con bastante frecuencia
- (3) La mayoría de las veces

23.6. Me siento alegre

- (0) Casi siempre
- (1) A veces
- (2) No muy a menudo
- (3) Nunca

23.7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado

- (0) Siempre
- (1) Por lo general
- (2) No muy a menudo
- (3) Nunca

23.8. Me siento como si cada día estuviera más lento

- (0) Nunca
- (1) A veces
- (2) Muy a menudo
- (3) Por lo general en todo momento

23.9. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago

- (0) Nunca
- (1) En ciertas ocasiones
- (2) Con bastante frecuencia
- (3) Muy a menudo

23.10. He perdido interés por mi aspecto personal

- (0) Me preocupo al igual que siempre
- (1) Podría tener un poco más cuidado
- (2) No me preocupo tanto como debiera
- (3) Totalmente

23.11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme

- (0) Nada
- (1) No mucho
- 2) Bastante
- (3) Mucho

23.12. Me siento optimista respecto al futuro

- (0) Igual que siempre
- (1) Menos de lo que acostumbraba
- (2) Mucho menos de lo que acostumbraba
- (3) Nada

23.13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

- (0) Nada
- (1) No muy a menudo
- (2) Bastante a menudo
- (3) Muy frecuentemente

23.14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

- (0) A menudo
- (1) A veces
- (2) No muy a menudo
- (3) Rara vez

24. En las últimas 4 semanas ¿Podría indicar si ha tenido dificultad para realizar cada una de las siguientes actividades?

	No puedo hacerlo por mí mismo	Si, mucha dificultad	Si, alguna dificultad	No, ninguna dificultad
Alimentarse	1	2	3	4
Sentarse	1	2	3	4
Levantarse de una silla o de la cama	1	2	3	4
Acostarse	1	2	3	4
Vestirse y desvestirse	1	2	3	4
Ir al baño	1	2	3	4
Ducharse o bañarse	1	2	3	4
Otras	1	2	3	4

25. Podría indicar si dispone habitualmente de ayuda familiar, social, de entidades para realizar...

	Sí	No
Alimentarse	1	2
Sentarse	1	2
Levantarse de una silla o de la cama	1	2
Acostarse	1	2
Vestirse y desvestirse	1	2
Ir al baño	1	2
Ducharse o bañarse	1	2
Otras	1	2

26. En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios.

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	1	2	3	4	5
Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	1	2	3	4	5
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	1	2	3	4	5

ANEXO 3 - Resultados

Características de la muestra

Tabla A3 – 1. Datos sociodemográficos de los encuestados.

Variables	Categorías	N	%
N=7.058			
Edad	18-34	1.596	22,6
	35-54	2.710	38,4
	55-75	2.088	29,6
	76-85	664	9,4
	Media(DT)	49,45 (16,53)	
Sexo	Hombre	3.539	50,1
	Mujer	3.519	49,9
Comunidad Autónoma	Andalucía	1.245	17,6
	Aragón	203	2,9
	Principado de Asturias	165	2,3
	Islas Baleares	173	2,5
	Canarias	310	4,4
	Cantabria	94	1,3
	Castilla y León	365	5,2
	Castilla - La Mancha	298	4,2
	Cataluña	1.153	16,3
	Comunidad Valenciana	762	10,8
	Extremadura	162	2,3
	Galicia	424	6
	Comunidad de Madrid	1.034	14,7
	Región de Murcia	213	3
	La Rioja	47	0,7
	C. Foral de Navarra	83	1,2
País Vasco	327	4,6	
Nivel de estudios	Sin Estudios	66	0,9
	Estudios Primarios	455	6,4
	Estudios Secundarios	1.433	20,3
	Formación Profesional	1.755	24,9
	Estudios universitarios	3.325	47,1
	No contesta	24	0,3
Situación laboral	Tengo trabajo actualmente	4.028	57,1
	Estoy en paro	670	9,5
	Estoy Jubilado/retirado	1.537	21,8
	Tengo la incapacitación laboral permanente	170	2,4
	Estoy estudiando	309	4,4
	Trabajo doméstico no remunerado	344	4,9
Baja Laboral (N=4.028) (<i>Contestan sólo los que trabajan actualmente</i>)	Sí	1.204	29,9
	No	2.824	70,1

Tabla A3 – 2. Datos de utilización del sistema sanitario por parte de los encuestados.

Variables	Categorías	N	%
N=7.058			
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas	Sí	2.723	38,6
	No	4.335	61,4
Frecuencia con la que acude a Atención Primaria (<i>contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior</i>)	Ninguna vez	447	16,4
	1 vez	1.528	56,1
	2 veces	486	17,8
	3 veces o más	262	9,6
Frecuencia con la que acude a Atención Especializada (<i>contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S</i>)	Ninguna vez	1.072	39,4
	1 vez	1.105	40,6
	2 veces	316	11,6
	3 veces o más	230	8,5
Frecuencia con la que acude a Atención Hospitalaria (<i>contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S</i>)	Ninguna vez	2.220	81,5
	1 vez	322	11,8
	2 veces	72	2,6
	3 veces o más	109	4
Frecuencia con la que acude a Urgencias (<i>contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S</i>)	Ninguna vez	1.747	64,2
	1 vez	721	26,5
	2 veces	133	4,9
	3 veces o más	122	4,5

Tabla A3 – 3. Datos del estado de salud de los encuestados (cuestionario principal).

Variables	Categorías	N	%
N=7.058			
Calidad de Vida (SF 12v.2) PCS MCS	Media (DT)	47,09 (10,06)	
		46,74 (11,14)	
HADS- Depresión	Media (DT)	5.05 (4,16)	
	No Caso	5.163	73,2
	Caso dudoso	1.089	15,4
	Caso	806	11,4
HADS- Ansiedad	Media (DT)	5.79 (4.26)	
	No Caso	4.758	67,4
	Caso dudoso	1.290	18,3
	Caso	1010	14,3
Limitaciones vida diaria: Alimentarse	No puedo hacerlo por mí mismo	300	4,3
	Sí, mucha dificultad	274	3,9
	Sí alguna dificultad	580	8,2
	No, ninguna dificultad	5.904	83,6
Limitaciones vida diaria: Sentarse	No puedo hacerlo por mí mismo	256	3,6
	Sí, mucha dificultad	200	2,8
	Sí alguna dificultad	905	12,8
	No, ninguna dificultad	5.697	80,7

Limitaciones vida diaria: Levantarse de una silla o de la cama	No puedo hacerlo por mí mismo	250	3,5
	Sí, mucha dificultad	329	4,7
	Sí alguna dificultad	1.448	20,5
	No, ninguna dificultad	5.031	71,3
Limitaciones vida diaria: Acostarse	No puedo hacerlo por mí mismo	250	3,5
	Sí, mucha dificultad	229	3,2
	Sí alguna dificultad	990	14
	No, ninguna dificultad	5.589	79,2
Limitaciones vida diaria: Vestirse y desvestirse	No puedo hacerlo por mí mismo	255	3,6
	Sí, mucha dificultad	241	3,4
	Sí alguna dificultad	936	13,3
	No, ninguna dificultad	5.626	79,7
Limitaciones vida diaria: Ir al baño	No puedo hacerlo por mí mismo	243	3,4
	Sí, mucha dificultad	213	3
	Sí alguna dificultad	736	10,4
	No, ninguna dificultad	5.866	83,1
Limitaciones vida diaria: Ducharse o bañarse	No puedo hacerlo por mí mismo	277	3,9
	Sí, mucha dificultad	243	3,4
	Sí alguna dificultad	720	10,2
	No, ninguna dificultad	5.818	82,4
Limitaciones vida diaria: Otras	No puedo hacerlo por mí mismo	286	4,1
	Sí, mucha dificultad	209	3
	Sí alguna dificultad	790	11,2
	No, ninguna dificultad	5.773	81,8
Recibe ayuda familiar, social de entidades para: Alimentarse	Sí	328	4,6
	No	6.730	95,4
Sentarse	Sí	355	5
	No	6.703	95
Levantarse de una silla o de la cama	Sí	390	5,5
	No	6.668	94,5
Acostarse	Sí	355	5,2
	No	6.693	94,8
Vestirse y desvestirse	Sí	365	5,2
	No	6.693	94,8
Ir al baño	Sí	326	4,6
	No	6.732	95,4
Ducharse o bañarse	Sí	386	5,5
	No	6.672	94,5
Apoyo social: DUKE Puntuación (11-55) <i>Menor puntuación menor apoyo</i>	Media (DT)	40,23 (10,76)	
	Apoyo social percibido bajo	1.379	19,5
	Apoyo normal	5.679	80,5

Prevalencias de dolor continuo y dolor crónico

Tabla A3 – 4. Prevalencias de dolor continuo y dolor crónico.

Variables	Categorías	Dolor continuo		Dolor crónico	
		N	% (IC95%)	N	%(IC95%)
Prevalencia global		543	7,7 (7,1-8,3)	1.825	25,9 (24,8-26,9)
Edad	18-34	178	11,2 (9,6-12,7)	300	18,8 (16,8-20,7)
	35-54	192	7,1 (6,1-8,1)	719	26,5 (24,9-28,2)
	55-75	140	6,7 (5,6-7,8)	639	30,6 (28,6-32,6)
	76-85	33	4,9 (3,2-6,7)	167	25,2 (21,8-28,5)
Sexo	Hombre	234	6,6 (5,8-7,4)	753	21,3 (19,9-22,6)
	Mujer	309	8,8 (7,8-9,7)	1.072	30,5 (28,9-32,0)
Comunidad Autónoma (prevalencias brutas)	Andalucía	101	8,1 (6,6-9,7)	323	26 (23,5-28,5)
	Aragón	13	6,4 (2,7-10)	54	26,6 (20,3-32,9)
	Principado de Asturias	17	10,3 (5,4-15,2)	39	23,6 (16,9-30,4)
	Islas Baleares	8	4,6 (1,2-8)	50	28,9 (21,9-35,9)
	Canarias	19	6,1 (3,3-8,9)	84	27,1 (22-32,2)
	Cantabria	6	6,4 (0,9-11,9)	21	22,3 (13,4-31,3)
	Castilla y León	29	7,9 (5-10,9)	84	23 (18,6-27,5)
	Castilla - La Mancha	25	8,4 (5,1-11,7)	64	21,5 (16,6-26,3)
	Cataluña	86	7,5 (5,9-9)	316	27,4 (24,8-30)
	Comunidad Valenciana	70	9,2 (7,1-11,3)	199	26,1 (22,9-29,3)
	Extremadura	6	3,7 (0,5-6,9)	51	31,5 (24-38,9)
	Galicia	38	8,9 (6,1-11,8)	113	26,7 (22,3-31)
	Comunidad de Madrid	73	7,1 (5,5-8,7)	258	24,9 (22,3-27,6)
	Región de Murcia	15	7 (3,4-10,7)	55	25,8 (19,7-31,9)
	La Rioja	4	8,5 (2,4-20,4)	10	21,3 (8,5-34)
	C. Foral de Navarra	6	7,2 (1,1-13,4)	21	25,3 (15,3-35,3)
	País Vasco	27	8,3 (5,1-11,4)	83	25,4 (20,5-30,3)
Comunidad Autónoma (prevalencias ajustadas)	Andalucía	101	7,9	323	26,6
	Aragón	13	6,5	54	25,8
	Principado de Asturias	17	10,9	39	22,8
	Islas Baleares	8	4,7	50	27,4
	Canarias	19	6,1	84	27
	Cantabria	6	5,9	21	21,4
	Castilla y León	29	8,1	84	23,1
	Castilla - La Mancha	25	8,2	64	22
	Cataluña	86	7,5	316	27,4
	Comunidad Valenciana	70	9,5	199	26
	Extremadura	6	3,6	51	31,7
	Galicia	38	9,3	113	26,1
	Comunidad de Madrid	73	7,1	258	24,7
	Región de Murcia	15	7,5	55	27,6
	La Rioja	4	8,4	10	22,3
	C. Foral de Navarra	6	6,6	21	24,8
	País Vasco	27	8,2	83	25

Características asociadas con el dolor crónico

Tabla A3 – 5. Características del dolor crónico.

Variables	Categorías	N	%	
N=1.825				
Prevalencia	Sin dolor	4.690	66,4	
	Dolor Continuo	543	7,7	
	Dolor Crónico	1.825	25,9	
Duración del dolor crónico en años	Media(DT)	6,83 (8,41)		
Causa diagnóstica del DC <i>(puede haber más de una)</i>	Artrosis	Sí	603	33
		No	1.222	67
	Osteoporosis	Sí	600	32,9
		No	1.225	67,1
	Dolor cervical	Sí	843	46,2
		No	982	53,8
	Dolor lumbar	Sí	1.061	58,1
		No	764	41,9
	Traumatismo	Sí	264	14,5
		No	1.561	85,5
	Migraña y otros dolores de cabeza crónicos	Sí	574	31,5
		No	1.251	68,5
	Dolor relacionado intervención quirúrgica	Sí	275	15,1
		No	1.550	84,9
	Artritis reumatoide	Sí	330	18,1
		No	1.495	81,9
	Ciática	Sí	468	25,6
		No	1.357	74,4
Contracturas musculares	Sí	923	50,6	
	No	902	49,4	

	Cáncer	Sí	66	3,6
		No	1.759	96,4
	Hombro	Sí	533	29,2
		No	1.292	70,8
	Fibromialgia	Sí	190	10,4
		No	1.635	89,6
	Neuropatía diabética u otras neuropatías	Sí	140	7,7
		No	1.685	92,3
	Síndrome del túnel carpiano	Sí	223	12,2
		No	1.602	87,8
	Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa	Sí	74	4,1
		No	1.751	95,9
Hernia discal	Sí	21	1,2	
	No	1.804	98,8	
Dismenorrea/ endometriosis	Sí	19	1	
	No	1.806	99	
Desconoce la causa patológica	Sí	495	27,1	
	No	1.330	72,9	
Otras (N=1810)	Sí	107	5,9	
	No	1.703	94,1	
Donde se localiza el dolor que más afecta	Es un dolor generalizado		240	13,2
	Cabeza		165	9,1
	Cuello (cervicales)		193	10,6
	Espalda		511	28
	Extremidades y/o articulaciones		603	33,1
	Pecho		18	1
	Abdomen		73	4
	Otro		20	1,1
Trastorno del sueño debido al DC	Sí		1.182	64,8
	No		643	35,2

Intensidad del Dolor	Muy poco o poco (1-3)		85	4,7
	Moderado (4-6)		608	33,3
	Mucho (7-9)		1.051	57,6
	Insoportable (10)		81	4,4
	Media (DT)		6,78 (1,72)	
Intensidad del Dolor por grupos de edad	18-34		300	6,66 (1,58)
	35-54		719	6,95 (1,63)
	55-75		639	6,89 (1,65)
	76-85		167	5,85 (2,21)
Causas del dolor de individuos con intensidad de dolor moderado (N=608)	Artrosis	Sí	176	28,9
		No	432	71,1
	Osteoporosis	Sí	175	28,8
		No	433	71,2
	Dolor cervical	Sí	241	39,6
		No	367	60,4
	Dolor lumbar	Sí	332	54,6
		No	276	45,4
	Traumatismo	Sí	77	12,7
		No	531	87,3
	Migraña y otros dolores de cabeza crónicos	Sí	153	25,2
		No	455	74,8
	Dolor relacionado intervención quirúrgica	Sí	77	12,7
		No	531	87,3
	Artritis reumatoide	Sí	83	13,7
		No	525	86,3
	Ciática	Sí	119	19,6
		No	489	80,4
Contracturas musculares	Sí	270	44,4	
	No	338	55,6	
Cáncer	Sí	18	3,0	
	No	590	97,0	

	Hombro	Sí	139	22,9
		No	469	77,1
	Fibromialgia	Sí	29	4,8
		No	579	95,2
	Neuropatía diabética u otras neuropatías	Sí	42	6,9
		No	566	93,1
	Síndrome del túnel carpiano	Sí	53	8,7
		No	555	91,3
	Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa	Sí	23	3,8
No		585	96,2	
Hernia discal	Sí	2	0,3	
	No	606	99,7	
Dismenorrea/ endometriosis	Sí	2	0,3	
	No	606	99,7	
Desconoce la causa patológica	Sí	175	28,8	
	No	433	71,2	
Causas del dolor de individuos con intensidad de dolor mucha (N=1051)	Artrosis	Sí	366	34,8
		No	685	65,2
	Osteoporosis	Sí	365	34,7
		No	686	65,3
	Dolor cervical	Sí	529	50,3
		No	522	49,7
	Dolor lumbar	Sí	642	61,1
		No	409	38,9
Traumatismo	Sí	157	14,9	
	No	894	85,1	
Migraña y otros dolores de cabeza crónicos	Sí	359	34,2	
	No	692	65,8	
Dolor relacionado intervención quirúrgica	Sí	166	15,8	
	No	885	84,2	

Artritis reumatoide	Sí	206	19,6
	No	845	80,4
Ciática	Sí	304	28,9
	No	747	71,1
Contracturas musculares	Sí	570	54,2
	No	481	45,8
Cáncer	Sí	42	4,0
	No	1009	96,0
Hombro	Sí	334	31,8
	No	717	68,2
Fibromialgia	Sí	137	13,0
	No	914	87,0
Neuropatía diabética u otras neuropatías	Sí	81	7,7
	No	970	92,3
Síndrome del túnel carpiano	Sí	155	14,7
	No	896	85,3
Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa	Sí	44	4,2
	No	1007	95,8
Hernia discal	Sí	17	1,6
	No	1034	98,4
Dismenorrea/ endometriosis	Sí	14	1,3
	No	1037	98,7
Desconoce la causa patológica	Sí	267	25,4
	No	784	74,6

Tabla A3 – 6. Consecuencias del dolor crónico.

Variables	Categorías	N	%
N=1.825			
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC (N=1.825): Alimentarse	Sí, mucho	113	6,2
	Sí, algo	363	19,9
	No, no las he limitado	1.349	73,9
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC (N=1.825): Sentarse	Sí, mucho	215	11,8
	Sí, algo	710	38,9
	No, no las he limitado	900	49,3
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC (N=1.825): Levantarse de una silla o de la cama	Sí, mucho	322	17,6
	Sí, algo	810	44,4
	No, no las he limitado	693	38
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC (N=1.825): Acostarse	Sí, mucho	234	12,8
	Sí, algo	666	36,5
	No, no las he limitado	925	50,7
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC (N=1.825): Vestirse y desvestirse	Sí, mucho	171	9,4
	Sí, algo	699	38,3
	No, no las he limitado	955	52,3
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC (N=1.825): Ir al baño	Sí, mucho	138	7,6
	Sí, algo	395	21,6
	No, no las he limitado	1.292	70,8
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC (N=1.825): Ducharse o bañarse	Sí, mucho	163	8,9
	Sí, algo	491	26,9
	No, no las he limitado	1.171	64,2
Baja laboral a causa del dolor en el último año	Sí	474	28,6
	No	1.186	71,4
Tiempo Baja laboral en el último año (Meses) (N=473)	Media (DT)	4,56 (4,35)	

Deja o cambia de puesto de trabajo a causa de DC <i>(sólo los que ha respondido sí en la pregunta anterior)</i>	Sí, lo tuve que dejar	153	32,3
	Sí, cambié de puesto	82	17,3
	No	239	50,4

Tabla A3 – 7. Uso del sistema sanitario a causa del dolor crónico.

Variables	Categorías		N	%
N=1.825				
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas	Sí		769	42,1
	No		1.056	57,9
Frecuencia con la que acude a Atención Primaria <i>(contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior)</i>	Ninguna vez		102	13,3
	1 vez		408	53,1
	2 veces		168	21,8
	3 veces o más		91	11,8
Frecuencia con la que acude a Atención Especializada <i>(contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)</i>	Ninguna vez		235	30,6
	1 vez		312	40,6
	2 veces		112	14,6
	3 veces o más		110	14,3
Unidad/especialidad en la que ha sido atendido. <i>(Contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta anterior)</i> (N=769)	Unidad del dolor	Sí	185	24,1
		No	584	75,9
	Rehabilitación	Sí	212	27,6
		No	557	72,4
	Traumatología	Sí	367	47,7
		No	402	52,3
	Reumatología	Sí	173	22,5
		No	596	77,5
	Neurología	Sí	175	22,8
		No	594	77,2

	Medicina Interna	Sí	240	31,2
		No	529	68,8
	Oncología	Sí	41	5,3
		No	728	94,7
	Neurocirugía	Sí	91	11,8
		No	678	88,2
	Fisioterapia	Sí	282	36,7
		No	487	63,3
Tiempo de espera primera consulta Unidad de Dolor (Meses) (N=167)	Media (DT)	10,47 (9,72)		
Frecuencia con la que acude a Atención Hospitalaria <i>(contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)</i>	Ninguna vez		587	76,3
	1 vez		90	11,7
	2 veces		37	4,8
	3 veces o más		55	7,2
Frecuencia con la que acude a Urgencias <i>(contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)</i>	Ninguna vez		423	55
	1 vez		215	28
	2 veces		65	8,5
	3 veces o más		66	8,6

Análisis comparativo: características asociadas con el dolor crónico, el dolor continuo y la ausencia de dolor.

Tabla A3 – 8. Datos sociodemográficos de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.

Variables	Categorías	Sin dolor (N=4.690)		Dolor continuo no crónico (N=543)		Dolor crónico (N=1.825)		p-Valor
		N	%	N	%	N	%	
Edad	18-34	1.118	23,8	178	32,8	300	16,4	<0,001 ^a
	35-54	1.799	38,4	192	35,4	719	39,4	
	55-75	1.309	27,9	140	25,8	639	35	
	76-85	464	9,9	33	6,1	167	9,2	
Edad	Media(DT)	49,12 (16,75)		45,31 (16,78)		51,52 (15,58)		<0,001 ^b
Sexo	Hombre	2.552	54,4	234	43,1	753	41,3	<0,001 ^a
	Mujer	2.138	45,6	309	56,9	1.072	58,7	
Comunidad Autónoma	Andalucía	821	17,5	101	18,6	323	17,7	0,812 ^a
	Aragón	136	2,9	13	2,4	54	3	
	Principado de Asturias	109	2,3	17	3,1	39	2,1	
	Islas Baleares	115	2,5	8	1,5	50	2,7	
	Canarias	207	4,4	19	3,5	84	4,6	
	Cantabria	67	1,4	6	1,1	21	1,2	
	Castilla y León	252	5,4	29	5,3	84	4,6	
	Castilla - La Mancha	209	4,5	25	4,6	64	3,5	
	Cataluña	751	16	86	15,8	316	17,3	
	Comunidad Valenciana	493	10,5	70	12,9	199	10,9	
	Extremadura	105	2,2	6	1,1	51	2,8	
	Galicia	273	5,8	38	7	113	6,2	
	Comunidad de Madrid	703	15	73	13,4	258	14,1	

	Región de Murcia	143	3	15	2,8	55	3	
	La Rioja	33	0,7	4	0,7	10	0,5	
	C. Foral de Navarra	56	1,2	6	1,1	21	1,2	
	País Vasco	217	4,6	27	5	83	4,5	
Nivel de estudios	Sin Estudios	44	0,9	3	0,6	19	1	<0,001 ^a
	Estudios Primarios	293	6,2	28	5,2	134	7,3	
	Estudios Secundarios	926	19,7	106	19,5	401	22	
	Formación Profesional	1.085	23,1	135	24,9	535	29,3	
	Estudios universitarios	2.325	49,6	270	49,7	730	40	
	NC	17	0,4	1	0,2	6	0,3	
Situación laboral	Tengo trabajo actualmente	2.772	59,1	335	61,7	921	50,5	<0,001 ^a
	Estoy en paro	419	8,9	53	9,8	198	10,8	
	Estoy Jubilado/retirado	1.022	21,8	86	15,8	429	23,5	
	Tengo la incapacidad laboral permanente	57	1,2	6	1,1	107	5,9	
	Estoy estudiando	219	4,7	38	7	52	2,8	
	Trabajo doméstico no remunerado	201	4,3	25	4,6	118	6,5	
Baja Laboral (Contestan sólo los que trabajan actualmente)	Sí	646	23,3	130	38,8	428	46,5	<0,001 ^a
	No	2.126	76,7	205	61,2	493	53,5	

^aChi-cuadrado de Pearson

^bH de Kruskal Wallis

Si p-Valor<0,05, entonces el resultado es estadísticamente significativo y las variables están asociadas (existen diferencias por grupos).

Si p-Valor≥0,05, entonces el resultado no es estadísticamente significativo y las variables no están asociadas (no existen diferencias por grupos).

Tabla A3 – 9. Datos de utilización del sistema sanitario por parte de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.

Variables	Categorías	Sin dolor (N=4.690)		Dolor continuo no crónico (N=543)		Dolor crónico (N=1.825)		p-Valor
		N	%	N	%	N	%	
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas	Sí	1.316	28,1	324	59,7	1.083	59,3	<0,001 ^a
	No	3.374	71,9	219	40,3	742	40,7	
Frecuencia con la que acude a Atención Primaria (contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior)	Ninguna vez	261	19,8	58	17,9	128	11,8	<0,001 ^a
	1 vez	791	60,1	172	53,1	565	52,2	
	2 veces	176	13,4	63	19,4	247	22,8	
	3 veces o más	88	6,7	31	9,6	143	13,2	
Frecuencia con la que acude a Atención Especializada (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	615	46,7	148	45,7	309	28,5	<0,001 ^a
	1 vez	524	39,8	117	36,1	464	42,8	
	2 veces	115	8,7	32	9,9	169	15,6	
	3 veces o más	62	4,7	27	8,3	141	13	
Frecuencia con la que acude a Atención Hospitalaria (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	1.119	85	253	78,1	848	78,3	<0,001 ^a
	1 vez	140	10,6	43	13,3	139	12,8	
	2 veces	26	2	13	4	33	3	
	3 veces o más	31	2,4	15	4,6	63	5,8	
Frecuencia con la que acude a Urgencias (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	934	71	156	48,1	657	60,7	<0,001 ^a
	1 vez	313	23,8	129	39,8	279	25,8	
	2 veces	41	3,1	22	6,8	70	6,5	
	3 veces o más	28	2,1	17	5,2	77	7,1	

^aChi-cuadrado de Pearson
^bH de Kruskal Wallis
Si p-Valor<0,05, entonces el resultado es estadísticamente significativo y las variables están asociadas (existen diferencias por grupos).
Si p-Valor≥0,05, entonces el resultado no es estadísticamente significativo y las variables no están asociadas (no existen diferencias por grupos).

Tabla A3 – 10. Datos del estado de salud de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor (cuestionario principal).

Variables	Categorías	Sin dolor (N=4.690)		Dolor continuo no crónico (N=543)		Dolor crónico (N=1.825)		p-Valor	
		N	%	N	%	N	%		
Calidad de Vida (SF 12v.2) PCS MCS	Media (DT)	50,88 (7,31)		44,99 (8,66)		37,98 (10,5)		<0,001 ^b	
		48,67 (10,44)		44,58 (10,88)		42,43 (11,62)			
HADS- Depresión	Media (DT)	4,15 (3,71)		5,63 (3,97)		7,21 (4,46)		<0,001 ^b	
	No Caso	3.789	80,8	369	68	1.005	55,1		<0,001 ^a
	Caso dudoso	577	12,3	97	17,9	415	22,7		
	Caso	324	6,9	77	14,2	405	22,2		
HADS- Ansiedad	Media (DT)	4,81(3,81)		6,73(4,06)		8,03(4,48)		<0,001 ^b	
	No Caso	3.584	76,4	317	58,4	857	47		<0,001 ^a
	Caso dudoso	702	15	124	22,8	464	25,4		
	Caso	404	8,6	102	18,8	504	27,6		
Limitaciones vida diaria: Alimentarse	No puedo hacerlo por mí mismo	180	3,8	25	4,6	95	5,2	<0,001 ^a	
	Sí, mucha dificultad	129	2,8	32	5,9	113	6,2		
	Sí alguna dificultad	262	5,6	79	14,5	239	13,1		
	No, ninguna dificultad	4.119	87,8	407	75	1.378	75,5		
Limitaciones vida diaria: Sentarse	No puedo hacerlo por mí mismo	158	3,4	23	4,2	75	4,1	<0,001 ^a	
	Sí, mucha dificultad	76	1,6	15	2,8	109	6		
	Sí alguna dificultad	224	4,8	88	16,2	593	32,5		
	No, ninguna dificultad	4.232	90,2	417	76,8	1.048	47,4		
Limitaciones vida diaria: Levantarse de una silla o de la cama	No puedo hacerlo por mí mismo	161	3,4	17	3,1	72	3,9	<0,001 ^a	
	Sí, mucha dificultad	81	1,7	35	6,4	213	11,7		
		486	10,4	153	28,2	809	44,3		

	Sí alguna dificultad No, ninguna dificultad	3.962	84,5	338	62,2	731	40,1	
Limitaciones vida diaria: Acostarse	No puedo hacerlo por mí mismo	163	3,5	23	4,2	64	3,5	<0,001 ^a
		78	1,7	24	4,4	127	7	
	Sí, mucha dificultad	313	6,7	104	19,2	573	31,4	
	Sí alguna dificultad No, ninguna dificultad	4.136	88,2	392	72,2	1.061	58,1	
Limitaciones vida diaria: Vestirse y desvestirse	No puedo hacerlo por mí mismo	168	3,6	19	3,5	68	3,7	<0,001 ^a
		71	1,5	23	4,2	147	8,1	
	Sí, mucha dificultad	239	5,1	97	17,9	600	32,9	
	Sí alguna dificultad No, ninguna dificultad	4.212	89,8	404	74,4	1.010	55,3	
Limitaciones vida diaria: Ir al baño	No puedo hacerlo por mí mismo	162	3,5	19	3,5	62	3,4	<0,001 ^a
		77	1,6	21	3,9	115	6,3	
	Sí, mucha dificultad	269	5,7	79	14,5	388	21,3	
	Sí alguna dificultad No, ninguna dificultad	4.182	89,2	424	78,1	1.260	69	
Limitaciones vida diaria: Ducharse o bañarse	No puedo hacerlo por mí mismo	177	3,8	18	3,3	82	4,5	<0,001 ^a
		80	1,7	21	3,9	142	7,8	
	Sí, mucha dificultad	194	4,1	76	14	450	24,7	
	Sí alguna dificultad No, ninguna dificultad	4.239	90,4	428	78,8	1.151	63,1	
Limitaciones vida diaria: Otra	No puedo hacerlo por mí mismo	178	3,8	23	4,2	85	4,7	<0,001 ^a
		66	1,4	11	2	132	7,2	
	Sí, mucha dificultad	323	6,9	101	18,6	366	20,1	
	Sí alguna dificultad No, ninguna dificultad	4.123	87,9	408	75,1	1.242	68,1	
Recibe ayuda familiar, social de entidades para:	Sí	151	3,2	42	7,7	135	7,4	<0,001 ^a
	No	4.539	96,8	501	92,3	1.690	92,6	

Alimentarse								
Recibe ayuda familiar, social de entidades para:	Sí	137	2,9	44	8,1	174	9,5	<0,001 ^a
Sentarse	No	4.553	97,1	499	91,9	1.651	90,5	
Recibe ayuda familiar, social de entidades para:	Sí	149	3,2	45	8,3	196	10,7	<0,001 ^a
Levantarse de una silla o de la cama	No	4.541	96,8	498	91,7	1.629	89,3	
Recibe ayuda familiar, social de entidades para:	Sí	140	3	43	7,9	172	9,4	<0,001 ^a
Acostarse	No	4.550	97	500	92,1	1.653	90,6	
Recibe ayuda familiar, social de entidades para:	Sí	129	2,8	48	8,8	188	10,3	<0,001 ^a
Vestirse y desvestirse	No	4.561	97,2	495	91,2	1.637	89,7	
Recibe ayuda familiar, social de entidades para:	Sí	151	3,2	36	6,6	139	7,6	<0,001 ^a
Ir al baño	No	4.539	96,8	507	93,4	1.686	92,4	
Recibe ayuda familiar, social de entidades para:	Sí	148	3,2	44	8,1	194	10,6	<0,001 ^a
Ducharse o bañarse	No	4.542	96,8	499	91,9	1.631	89,4	
Apoyo social:	Media (DT)	41,56 (10,19)		39,18 (10,54)		37,12 (11,55)		<0,001 ^b
DUKE Puntuación (11-55)	Apoyo social percibido bajo	729	15,5	121	22,3	529	29	<0,001 ^a
<i>Menor puntuación menor apoyo</i>	Apoyo normal	3.961	84,5	422	77,7	1.825	71	

^aChi-cuadrado de Pearson

^bH de Kruskal Wallis

Si p-Valor<0,05, entonces el resultado es estadísticamente significativo y las variables están asociadas (existen diferencias por grupos).

Si p-Valor≥0,05, entonces el resultado no es estadísticamente significativo y las variables no están asociadas (no existen diferencias por grupos).

