

# Prevalencia del dolor crónico entre adultos en los Estados Unidos

## Prevalence of chronic pain among adults in the United States

Publicado originalmente en la Revista Pain. 2022; 163(2): e328–e332.

Traducción: Dr. Sergio Sacchettoni.

R. Jason Yong<sup>1,\*</sup>, Peter M. Mullins<sup>2</sup>, Neil Bhattacharyya<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Anestesiología, Medicina Perioperatoria y del Dolor, Brigham and Women's Hospital, Universidad de Harvard, Boston, MA, Estados Unidos.

<sup>2</sup> Departamento de Medicina de Emergencia, Brigham and Women's Hospital, Universidad de Harvard, Boston, MA, Estados Unidos.

<sup>3</sup> Departamento de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Facultad de Medicina de Harvard, Boston, MA, Estados Unidos.

\* Autor para correspondencia. Dirección: Departamento de Anestesiología, Perioperatoria y Medicina del dolor, Brigham and Women's Hospital, 75 Francis St, Boston, MA 02115, Estados Unidos. Teléfono: (617) 732-8210.

Dirección de correo electrónico: [ryong@bwh.harvard.edu](mailto:ryong@bwh.harvard.edu)

PAIN 163 (2022) e328–e332 Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002291>

Cómo citar: Yong RJ, Mullins PM, Bhattacharyya N. Prevalencia del dolor crónico entre adultos en los Estados Unidos: Publicado originalmente en la Revista Pain. 2022; 163(2): e328–e332. Traducción: Dr. Sergio Sacchettoni. NeuroTarget. 2023;17(1):2-7. Disponible en: <https://neurotarget.com/index.php/nt/article/view/457>

### Resumen

El dolor crónico se asocia con una calidad de vida reducida, mayores gastos médicos y costos económicos significativos. El dolor crónico se encuentra entre las afecciones crónicas más comunes de los Estados Unidos, aunque las estimaciones varían ampliamente con respecto a su prevalencia precisa.

Comprender el alcance del problema utilizando los datos más contemporáneos es, por lo tanto, un objetivo importante. Este estudio buscó determinar la prevalencia del dolor crónico y sus impactos entre adultos en los Estados Unidos utilizando la Encuesta Nacional de Entrevista de Salud. Esta es una encuesta anual, hecha en el hogar, sobre el estado de salud de los adultos estadounidenses y se puede utilizar para generar información y estimados a nivel nacional.

Usando un módulo de dolor crónico, presentado en la edición 2019 de la Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud, encontramos que 50.2 millones de adultos (20,5%), declararon tener dolor la mayoría de los días o todos los días. Las partes del cuerpo con dolor más comunes fueron dolor de espalda, cadera, rodilla o pie. Las modalidades terapéuticas más utilizadas fueron la fisioterapia y el masaje. Los encuestados informaron también tener limitaciones en sus actividades cotidianas, incluyendo las actividades sociales. Igualmente informaron tener significativamente más días de ausentismo laboral en comparación con aquellos sin dolor crónico (10,3 frente a 2,8;  $P < 0,001$ ). En general, estos hallazgos indican que más de 1 de cada 5 adultos en Estados Unidos presenta dolor crónico. Por ende, una atención adicional a la gestión de esta condición está muy justificada.

**Palabras clave:** epidemiología, dolor crónico, encuesta nacional de salud.

### Abstract

Chronic pain is associated with reduced quality of life, increased medical expenditures, and significant economic costs. Chronic pain is among the most common chronic conditions in the United States, although estimates vary widely regarding its precise prevalence.

Understanding the scope of the problem using the most contemporaneous data is therefore an important goal. This study sought to determine the prevalence of chronic pain and its impacts among adults in the United States using the National Health Interview Survey, a household-based annual survey of self-reported health status of U.S. adults that can be used to generate national-level estimates.

Using a chronic pain module introduced in the 2019 edition of National Health Interview Survey, we found that 50.2 million adults (20.5%) reported pain on most days or every day. The most common pain locations were back pain and hip, knee, or foot pain. The most commonly used management strategies for chronic pain were physical therapy and massage. Respondents with chronic pain reported limitations in daily functioning, including social activities and activities of daily living. Respondents with chronic pain reported significantly more workdays missed compared with those without chronic pain (10.3 vs 2.8,  $P, 0.001$ ). Overall, these findings indicate that more than 1 in 5 adults in America experiences chronic pain; additional attention to managing the burden of this disease is warranted.

**Keywords:** Epidemiology, Chronic pain, National health interview survey.

## Introducción

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial.<sup>13</sup> El dolor puede ser clasificado en base a la duración y otras causas o factores. La primera diferenciación es entre dolor agudo y crónico. El dolor agudo es una respuesta fisiológica normal, predicha, a un estímulo nocivo, típicamente dura menos de 4 semanas. El dolor subagudo es el término medio entre agudo y crónico y se define como dolor de 4 a 12 semanas de duración. El dolor crónico se define comúnmente como un dolor que dura más de 3 meses y se extiende más allá del tiempo normal de curación del tejido. El dolor crónico afecta a millones de estadounidenses, y se estima una prevalencia entre 18% y 34,5%.<sup>2,10,15</sup> Un informe del Instituto de Medicina de 2011 estimó que 100 millones de estadounidenses experimentan algún grado de dolor crónico, lo que haría del dolor crónico uno de los problemas más significativos de salud pública en los Estados Unidos.<sup>9</sup>

El dolor no tratado afecta negativamente múltiples aspectos de la salud, incluyendo el sueño, los procesos cognitivos y funciones cerebrales, estado de ánimo o salud mental, salud cardiovascular, función sexual y en general la calidad de vida. Dada su alta prevalencia y efecto sobre la salud física, salud social y emocional, el alivio del dolor crónico ha sido declarado, por las asociaciones de profesionales del dolor y cuidados paliativos, como un derecho humano básico, uno que a menudo se descuida.<sup>9</sup> El manejo del dolor implica un enfoque multidisciplinario que involucra a diversas especialidades y modalidades de tratamiento, así como un minucioso plan terapéutico.

Es necesario comprender el alcance actual del dolor crónico para aplicar adecuadamente este enfoque. Estudios previos han utilizado varios métodos y definiciones para estimar la prevalencia del dolor crónico, incluyendo el autoinforme en persona, entrevistas y encuestas basadas en la web.<sup>6,8,13</sup> La Encuesta Nacional de Entrevistas de salud (conocida por sus siglas en inglés NHIS), realizada por el Centro Nacional para Estadísticas de Salud en el Centro para el Control de Enfermedades y Prevención, es una encuesta anual, realizada en hogares, sobre el estado de salud de los adultos estadounidenses. Esta encuesta ha sido ampliamente utilizada para determinar la prevalencia nacional de varias condiciones de salud. En 2019, la NHIS incluyó un suplemento que contenía múltiples preguntas sobre el dolor, incluyendo las estrategias de manejo empleadas y el impacto en el funcionamiento, las actividades sociales y el trabajo de los pacientes. La NHIS incluye datos del dolor crónico y se puede utilizar para generar estimaciones y proyecciones. En este trabajo, analizamos estas encuestas para determinar, a nivel nacional, la prevalencia básica y contemporánea del dolor crónico y su impacto entre adultos de los Estados Unidos.

## Métodos

Este trabajo fue un estudio transversal realizado utilizando la NHIS del año 2019, realizado por el Centro Nacional de Estadísticas de salud en los Estados Unidos. En el 2019, la

NHIS rediseñó un componente especial con campos de datos que incluyó el dolor crónico. Este estudio fue revisado por miembros del Comité de Salud de Investigaciones Clínicas, y lo restringió a pacientes adultos (mayores de 18 años). El conjunto de datos demográficos estándar de la NHIS fue extraído. Luego, desde el módulo de dolor crónico, datos más precisos fueron extraídos y procesados igualmente.

La pregunta principal que se hizo a los encuestados, con respecto al dolor, fue una cuantificación basada en el tiempo durante los últimos 3 meses. “Con qué frecuencia el encuestado tenía el dolor?": 1) nunca, 2) algunos días, 3) la mayoría de los días, o 4) todos los días. Este campo de datos fue dicotomizado en una variable de dolor crónico tal que aquellos encuestados que informaron “nunca” o “algunos días” fueron clasificados como “no padecen dolor crónico”, mientras que los que responden “la mayoría de los días” o “todos los días” fueron clasificados como enfermos de dolor crónico.<sup>2,15</sup> Se realizaron comparaciones demográficas estándar para aquellos con y sin dolor crónico. A continuación, se agregaron campos de datos adicionales en el módulo de dolor crónico e incluyeron la cuantificación del dolor (las respuestas eran “nada”, “un poco”, “mucho” y “en algún punto intermedio entre poco y mucho”), impacto del dolor crónico en la vida o limitación laboral y el impacto familiar. Del mismo modo, los datos para el tratamiento del dolor crónico fueron analizados incluyendo fisioterapia, atención quiropráctica y otras formas de manejo del dolor crónico. Otros campos de datos determinaron las ubicaciones del dolor crónico, incluyendo la espalda, las manos, cadera, migraña, dolor abdominal y dolor de muelas o mandíbula. Finalmente, analizamos la relación entre los aspectos sociales y laborales y el dolor crónico, incluyendo la dificultad para hacer recados, participar en actividades sociales y días de ausentismo laboral.

Los datos se presentan con un 95% de intervalo de confianza a nivel nacional y se obtienen a partir de una estructurada encuesta que utiliza conglomerados de estratificación y pesos de muestra. Por lo tanto, los métodos estadísticos tienen este diseño de encuesta, en el análisis estadístico se aplicaron para proporcionar las estimaciones representativas para las variables examinadas a nivel nacional. Para la tabulación de estimaciones nacionales y muestras complejas de SPSS, se utilizaron algoritmos de comando de tabulación y tabulaciones cruzadas. Las proporciones se compararon con el Rao-Scott  $\chi^2$  ajustado. La significación estadística se fijó en  $P \leq 0,05$ . Para respuestas enumeradas como “rechazado”, “no comprobado” o “no saber” dentro de la encuesta, se establecieron como perdidos y eliminados del análisis. El análisis de verificación cruzada tabular indicó que, entre todas las variables, el número máximo de entradas faltantes fue del 1,68%.<sup>3</sup>

## Resultados

La NHIS de 2019 incluyó datos de 31.997 encuestados adultos, lo que representa un estimado de 244,6 millones de adultos estadounidenses (IC del 95%: 237,7-251,4 millones).

La tasa de respuesta en los hogares para la NHIS en 2019 fue del 61,1%. Cuando se le preguntó acerca de la frecuencia del dolor sobre los últimos 3 meses, 100.5 millones o 41,1% (IC 95 %: 40,2-41,9) informaron que "nunca" habían tenido dolor, mientras que 50,2 millones o el 20,5% (IC 95%: 19,9-21,2) informaron "la mayoría de los días" o "todos los días" (Tabla 1). Para nuestras suposiciones, categorizamos a los encuestados "la mayoría de los días" o "todos los días" como sufrimiento de dolor crónico.

Tabla 1

¿Con qué frecuencia los adultos encuestados informaron haber tenido dolor durante los últimos 3 meses?				
Frecuencia	N (millones)	95% CI	% de población	95% CI
Todos los días	31.5	30.0-33.0	12.9	12.4-13.4
Mayoría de días	18.7	17.7-19.7	7.6	7.3-8.0
Algunos días	93.9	90.7-97.1	38.4	37.7-39.1
Nunca	100.5	97.0-104.0	41.1	40.2-41.9
Total	244.6	237.7-251.4	100	

Las tablas 2 y 3 presentan la distribución de ubicación o tipo de dolor entre los encuestados. Los lugares de dolor más comunes fueron la espalda, cadera, rodilla o pie. Entre ellos, 22,1 millones de adultos (44,1%) informaron que les molestaba "mucho" la cadera, la rodilla o el pie y 20,5 millones (40,9%) reportaron estar "muy molestos" por el dolor de espalda. Otros tipos de dolor tenían una severidad distribuida más uniformemente.

Entre las estrategias específicas de manejo del dolor enumeradas en la NHIS, la estrategia más utilizada fue la fisioterapia, con 9,4 millones de encuestados (18,6%) y el masaje, que fue la segunda más aplicada, con 8,8 millones (17,6%) (Tabla 4).

La Tabla 5 presenta el impacto en la vida y las limitaciones funcionales en pacientes con dolor crónico. Los encuestados reportaron significativamente más días de ausentismo laboral que aquellos sin dolor crónico (10.3 vs 2.8,  $P < 0.001$ ). El 10% de las personas con dolor crónico tuvieron dificultades significativas en hacer mandados y participar en actividades sociales.

Casi la mitad de los encuestados con dolor crónico vieron afectado su trabajo (48,8%) frente a sólo 15,0% de los que no reportaron dolor crónico ( $P < 0,001$ ).<sup>4</sup>

## Discusión

En esta investigación encontramos una prevalencia anual de dolor crónico entre los adultos estadounidenses del 20,5%; esto representa 1 de cada 5 adultos. De los 50,2 millones de adultos que se estima sufren de dolor crónico, 24,4 millones (10% de los EE. UU.) sufren dolor de alto impacto con limitaciones laborales.

Nuestra prevalencia calculada es similar a un estudio de 2016, en el que se encontró que aproximadamente el 20,4% de los adultos estadounidenses (50 millones) tenían dolor y el 8% (19,6 millones) sufrían dolor de alto impacto (dolor crónico

que limita la vida cotidiana y las actividades laborales).<sup>2</sup> Además, esta prevalencia es similar a la encontrada en otros países industrializados como Suecia (18%) y Dinamarca (16%), mientras que en el Reino Unido oscilan entre el 13% y el 50%.<sup>7,13</sup> En nuestro análisis, nos enfocamos en el dolor crónico severo, y a pesar de la concordancia con otros estudios, podemos estar subestimando la verdadera prevalencia.

Individuos con "algo de dolor", que puede persistir más de 3 meses pueden ser clasificados técnicamente como dolor crónico basado en la duración.

Nuestro análisis, además, demostró la prevalencia más alta de dolor en cadera, rodilla, y pie, seguido de cerca por dolor de espalda. Consistente con estos hallazgos, un análisis de 2012 concluyó que son los más comunes. Los procedimientos de quirófano más comunes para pacientes hospitalizados incluyeron artroplastia de rodilla, laminectomía de columna, reemplazo de cadera y fusión espinal.<sup>4</sup> Sin embargo, no son mutuamente excluyentes, por lo que los encuestados podrían informar dolor, tanto de espalda como de rodillas. Aunque las limitaciones en los datos de la NHIS no nos aclaran si el dolor crónico en este estudio estuvo relacionado con los procedimientos quirúrgicos. La alta prevalencia de quejas dentro de la encuesta sugiere importantes problemas de salud pública y los beneficios se verían con la mejora en la atención médica de estas condiciones.

La medicina del dolor implica un enfoque multidisciplinario y multimodal para el manejo de pacientes que sufren de dolor crónico. Muchas de las modalidades incluyen medicamentos, terapias intervencionistas, corrección o mitigación quirúrgica, terapia conductual y fisioterapia. La terapia se puede medir y cuantificar utilizando bases de datos de reclamos y quejas.

Sin embargo, el uso de la medicina complementaria y alternativa (CAM) es más difícil de analizar y estudiar dada la falta histórica de cobertura del seguro. Millones de estadounidenses usan CAM para ayudar a aliviar sus síntomas y este análisis ayuda a estimar la utilización de tipos específicos de CAM.<sup>1</sup> Sorprendente es la tasa de masoterapia (17,6%) comparado con la fisioterapia (18,6%). Existe buena evidencia sobre la eficacia de la terapia física y los médicos del dolor consideran que la fisioterapia es una de las principales partes del algoritmo multidisciplinario.<sup>8</sup> La evidencia del masaje, sin embargo, es menos robusta. Revisiones sistemáticas recientes han encontrado poca evidencia en el apoyo del masaje como terapia para el dolor crónico.<sup>12</sup>

Sin embargo, hay heterogeneidad significativa en los estudios que han investigado el uso de masajes para el dolor y pocos estudios han utilizado un riguroso método. La falta de evidencia de alta calidad, especialmente a la luz de su popularidad como opción de tratamiento, insta a una mejor investigación sobre esta modalidad.

El enfoque psicológico para manejar el dolor forma parte integral en el manejo del dolor. Se ha demostrado consistentemente que la terapia conductual mejora los resultados en el

Tabla 2

Ubicación o tipo de dolor informado por los encuestados que informaron dolor crónico, en millones de habitantes.

Tipo de dolor	Cantidad de dolor							
	Nada		Un poco		Algún lugar entre un poco y mucho		Mucho	
	N	95% CI	N	95% CI	N	95% CI	N	95% CI
Dolor de espalda	10.4	9.6-11.1	11.2	10.4-11.9	8.0	7.4-8.6	20.5	19.3-21.6
Manos, brazos u hombros	16.0	15.1-16.9	11.1	10.4-11.8	7.0	6.5-7.6	15.8	14.8-16.9
Caderas, rodillas o pies	10.5	9.8-11.3	9.9	9.2-10.5	7.6	7.0-8.2	22.1	20.9-23.2
Dolor de cabeza o migraña	29.0	27.7-30.3	10.3	9.6-11.1	3.8	3.4-4.3	6.8	6.1-7.4
Dolor abdominal, pélvico o genital.	38.6	37.0-40.2	5.0	4.5-5.2	2.3	2.0-2.6	4.1	3.7-4.6
Dolor de muelas o dolor de mandíbula	39.7	38.0-41.4	5.6	5.1-6.1	1.5	1.2-1.7	3.2	2.8-3.6

Tabla 3

Ubicación o tipo de dolor informado por los encuestados que informaron dolor crónico, en porcentaje de la población.

Tipo de dolor	Cantidad de dolor							
	Nada		Un poco		En algún lugar entre un poco y mucho		Mucho	
	N	95% CI	N	95% CI	N	95% CI	N	95% CI
Dolor de espalda	20.7	19.5-21.9	22.3	21.2-23.6	16.1	15.1-17.1	40.9	39.5-42.3
Manos, brazos u hombros	32.0	30.6-33.4	22.2	21.1-23.4	14.1	13.1-15.1	31.7	30.4-33.1
Caderas, rodillas o pies	21.0	19.9-22.2	19.7	18.6-20.9	15.1	14.1-16.3	44.1	42.7-45.5
Dolor de cabeza o migraña	58.0	56.5-59.5	20.7	19.6-21.9	7.7	6.8-8.6	13.6	12.5-14.7
Dolor abdominal, pélvico o genital	77.3	76.0-78.5	10.0	9.2-10.8	4.5	4.0-5.2	8.2	7.4-9.1
Dolor de muelas o dolor de mandíbula	79.4	78.2-80.5	11.2	10.3-12.2	3.0	2.5-3.5	6.5	5.8-7.3

Tabla 4

Estrategias de manejo del dolor informadas para los encuestados que informaron dolor crónico.

Estrategia de manejo del dolor	N (millones)	95% CI	% de población	95% CI
Terapia física	9.4	8.8-10.1	18.6	17.8-19.9
Masaje	8.8	8.1-9.5	17.6	16.5-18.7
Meditación, visualización guiada o relajación.	7.8	7.2-8.4	15.6	14.6-16.7
Manipulación espinal o atención quiropráctica.	5.8	5.3-6.3	11.6	10.7-12.6
Yoga o Tai Chi	4.3	3.8-4.7	8.6	7.8-9.4
Un programa o taller de autocontrol del dolor crónico.	2.6	2.2-2.9	5.1	4.5-5.8
Psicoterapia	1.9	1.6-2.2	3.8	3.3-4.4
Grupos de apoyo de pares para el dolor crónico	0.9	0.7-1.1	1.8	1.5-2.3
Cualquier otro enfoque	19.6	18.3-20.8	39.1	37.4-40.9

Tabla 5

## Comparación de las limitaciones funcionales en los encuestados que informaron dolor crónico vs aquellos sin dolor crónico.

	No dolor crónico				Dolor crónico				P
	N (millones)	95% CI	%	95% CI	N (millones)	95% CI	%	95% CI	
Días de trabajo perdidos/año	2.8	2.6-2.9			10.3	9.2-11.5			< 0.001
Dificultad para hacer recados solo									
Sin dificultad	184.8	179.4-190.3	95.1	94.8-95.5	39.4	37.7-41.1	78.5	77.3-79.7	<0.001
Alguna dificultad	5.0	4.5-5.5	2.6	2.4-2.8	5.6	5.1-6.2	11.2	10.3-12.2	
Mucha dificultad	1.2	1.0-1.5	0.6	0.5-0.8	2.4	2.0-2.7	4.7	4.1-5.4	
No puedo hacer nada	3.2	2.8-3.7	1.7	1.4-1.9	2.8	2.4-3.1	5.6	4.9-6.3	
Dificultad para participar en actividades sociales.									
Sin dificultad	183.2	177.8-188.5	94.3	93.9-94.7	37.3	35.7-39.0	74.6	73.3-75.8	<0.001
Alguna dificultad	7.2	6.6-7.9	3.7	3.4-4.1	7.3	6.7-7.9	14.5	13.5-15.6	
Mucha dificultad	2.0	1.7-2.3	1.0	0.9-1.2	3.6	3.2-4.0	7.2	6.6-8.0	
No puedo hacer nada	1.8	1.5-2.1	0.9	0.8-1.1	1.8	1.5-2.1	3.6	3.1-4.2	
Trabajo limitado por problema de salud									
Si	29.1	27.6-30.7	15.0	14.4-15.7	24.4	23.3-25.7	48.8	47.2-50.3	<0.001
No	165.1	160.1-170.1	85.0	84.3-85.6	25.7	24.3-27.1	51.2	49.7-52.8	

dolor lumbar, la fibromialgia y muchas otras condiciones de dolor.<sup>11</sup> Nuestro análisis muestra la subutilización de psicoterapia (1,9%), programas de autogestión (2,6%) y grupos de apoyo (0,9%). Aunque el 7,8% de los encuestados con dolor crónico usó meditación o visualización guiada, en general nuestros hallazgos indican que hay un espacio sustancial para mejorar con las terapias psicológicas para ayudar a aliviar el dolor crónico.

Un hallazgo importante en nuestro análisis es el impacto funcional que tenían los encuestados con dolor. En comparación con los que no tienen dolor crónico, los encuestados con dolor crónico informaron un aumento en la dificultad para realizar actividades de la vida diaria (21,5% vs 4,9%), vida social (25,4% frente a 5,7%) y limitaciones laborales (48,8% frente a un 15% de los que no sufren dolor). Estos hallazgos subrayan la importancia de manejar y tratar pacientes que sufren de dolor crónico y destacan los efectos nocivos que el dolor crónico hace en la calidad de vida global. La carga que representa el dolor crónico, tanto a nivel poblacional como a nivel individual, requiere la comprensión de las limitaciones funcionales y la consideración del impacto en la vida cotidiana de estos pacientes. Por lo tanto, es necesario una evaluación integral, que se base en un enfoque fenomenológico, en lugar de clasificaciones numéricas simplistas. Aunque existen estudios que han investigado las diversas etiologías de dolor crónico, la literatura sobre la relación entre el dolor crónico y el estado funcional es muy escasa. A nivel poblacional, se requieren más investigaciones para caracterizar el impacto del dolor crónico en la capacidad funcional.

Dada la prevalencia del dolor crónico y su impacto en el estado funcional de los pacientes, nuestro análisis demuestra que los costos económicos del dolor crónico son significativamente altos. El número de días de ausencia laboral por año por los encuestados con dolor crónico (10,3

días) fue de 7,5 días más que aquellos sin dolor crónico (2,8 días). Según el Instituto de Política Económica, el promedio del salario por hora en los Estados Unidos para 2019 fue de \$26.53.<sup>3</sup> Tomando una jornada laboral promedio de 8 horas, nuestro análisis sugiere que a causa del dolor, en los Estados Unidos resulta en un estimado de \$79.9 mil millones en salarios perdidos. La Organización para la Cooperación Económica y Desarrollo mide la productividad laboral como producto interno bruto, producto por hora trabajada.<sup>14</sup> El PIB por hora trabajada en Estados Unidos en 2019, se calculó en \$71,78, por lo que el impacto causado por dolor en el PIB, se puede estimar en \$ 216 mil millones, con lo que el valor total de la pérdida de productividad es de \$296 mil millones por año. Esta cifra es comparable con un análisis de 2011, que estimó la pérdida anual en productividad debido al dolor, de \$299 a \$335 mil millones.<sup>5</sup>

Nuestro estudio tiene varias fortalezas y limitaciones. La NHIS es una encuesta de salud multipropósito realizada por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y es la principal fuente de información sobre la salud de la población en hogares de los Estados Unidos. Por lo tanto, la encuesta representa una muestra grande y diversa de la población en general y no está sesgado hacia aquellos que buscan atención médica y tratamiento. Además, cada persona encuestada es escogida de forma que tiene una probabilidad de ser escogida distinta a cero. Aunque la NHIS en 2019 informó una tasa de falta de respuesta del 39,9%, la estrategia de muestreo es una fortaleza de este estudio porque los 50 estados y el Distrito de Columbia son encuestados y la encuesta sobremuestra a negros, hispanos y poblaciones asiáticas, con el fin de lograr estimados más precisos de prevalencia en las poblaciones minoritarias del país. Nosotros no hemos ido mas allá en estratificar los datos según información demográfica en este estudio y más bien, planificamos dedicar un análisis futuro al

impacto de la demografía y determinantes sociales de la salud. Finalmente, dada la naturaleza retrospectiva del estudio, nuestro análisis puede tener el sesgo de recuerdos inexactos por parte de los encuestados, aunque no está claro si este sesgo (de recuerdo) tendría efectos en nuestros resultados.

Nuestro estudio describe la carga que representa el dolor crónico en la población adulta en los EE.UU y establece la prevalencia más reciente de esta condición. Los pacientes con dolor crónico tienen más probabilidades de tener limitación funcional y hay costos económicos sustanciales debido a esta condición. Es necesario una investigación adicional y más completa sobre estrategias necesarias para mitigar esta carga.

### Referencias bibliográficas

1. Bauer BA, Tilburt JC, Sood A, Li GX, Wang SH. Complementary and alternative medicine therapies for chronic pain. *Chin J Integr Med* 2016;22:403–11.
2. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya C, Nahin R, Mackey S, DeBar L, Kerns R, Von Korff M, Porter L, Helmick C. Prevalence of chronic pain and high-impact chronic pain among adults - United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018;67:1001–6.
3. Economic Policy Institute. State of working america data library. “Hourly wages.” 2019. Available at: <https://www.epi.org/data/#?subject5wage-avg>. Accessed December 27, 2020.
4. Fingar KR (Truven Health Analytics), Stocks C (AHRQ), Weiss AJ (Truven Health Analytics), Steiner CA (AHRQ). Most frequent operating room procedures performed in U.S. Hospitals, 2003–2012. HCUP Statistical Brief #186. December 2014. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. Available at: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb186-Operating-Room-Procedures-United-States-2012.pdf>. Accessed December 27, 2020.
5. Gaskin DJ, Richard P. The economic costs of pain in the United States. In: Institute of medicine (US) Committee on advancing pain research, care, and education. *Relieving pain in america: a blueprint for transforming prevention, care, education, and research*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92521/>. Accessed December 27, 2020.
6. Hardt J, Jacobsen C, Goldberg J, Nickel R, Buchwald D. Prevalence of chronic pain in a representative sample in the United States. *Pain Med* 2008;9:803–12.
7. Harker J, Reid KJ, Bekkering GE, Kellen E, Bala MM, Riemsma R, Worthy G, Misso K, Kleijnen J. Epidemiology of chronic pain in Denmark and Sweden. *Pain Res Treat* 2012;2012:371248.
8. Hylands-White N, Duarte RV, Raphael JH. An overview of treatment approaches for chronic pain management. *Rheumatol Int* 2017;37: 29–42.
9. Institute of Medicine. *Relieving pain in america: a blueprint for transforming prevention, care, education, and research*. Washington, DC: National Academies Press, 2011.
10. Johannes CB, Le TK, Zhou X, Johnston JA, Dworkin RH. The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an Internet-based survey. *J Pain* 2010;11:1230–9.
11. Mariano TY, Urman RD, Hutchison CA, Jamison RN, Edwards RR. Cognitive behavioral therapy (CBT) for subacute low back pain: a systematic review. *Curr Pain Headache Rep* 2018;22:15.
12. Miake-Lye IM, Mak S, Lee J, Luger T, Taylor SL, Shanman R, Beroes-Severin JM, Shekelle PG. Massage for pain: an evidence map. *J Altern Complement Med* 2019;25:475–502.
13. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth* 2019;123:e273–83.
14. Organization for Economic Co-operation and Development. GDP per hour worked (indicator). OECD iLibrary, Paris, France. doi: 10.1787/1439e590-en.
15. Pitcher MH, Von Korff M, Bushnell MC, Porter L. Prevalence and profile of high-impact chronic pain in the United States. *J Pain* 2019;20:146–60.