

Dolor Crónico en Hemodializados: Prevalencia, Severidad y Estrategias de Afrontamiento

Chronic Pain in Hemodialysis Patients: Prevalence, Severity and Coping Strategies

González, Cecilia (1); Pizarro, Claudia (2)

Resumen

El dolor es un aspecto relevante y escasamente estudiado en los pacientes hemodializados. Las estrategias de afrontamiento son vitales para enfrentar el dolor.

Se evaluó la prevalencia y severidad del dolor crónico, comorbilidad y estrategias de afrontamiento en pacientes en Hemodiálisis del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Para ello, se aplicó la Versión Corta de McGill para dolor (SF-MPQ), con Escala Analógica Visual (VAS) y el Cuestionario para Estrategias de Afrontamiento al Dolor (CAD) a 39 mujeres y 51 hombres, conformándose tres grupos según percentiles de edad. Para el análisis se empleó el SPSS versión 16 para Windows.

La prevalencia de dolor crónico fue de 70%, la causa más frecuente fue el musculoesquelético, con 60,31%. La severidad no tuvo relación con las causas. Para VAS, el promedio fue 6,92 cms y presentó correlaciones altas con las dimensiones sensorial, afectiva y total. El 39,68% experimentó dolor moderado y el 53,96%, severo.

La media para Pain Rating Index (PRI) fue 16,68 (Dt. 8,949) y para el Present Pain Intensity (PPI) 0,81 (Dt. 0,998). Las mujeres presentaron puntuaciones superiores para ambas dimensiones, más altas en el grupo entre 45-70 años. El análisis multivariado para dolor y comorbilidad mostró independencia con hipertensión y no significación para diabetes. La estrategia de afrontamiento más empleada fue autoafirmación (media 16,82%), seguida de búsqueda de información (14,42%) y distracción (11,77%). La catarsis es la menos utilizada. En conjunto, las dimensiones del afrontamiento, hombres y mujeres se comportan diferente, básicamente en religión y catarsis, con valores superiores en mujeres, pero no en cuanto a grupos de edad. Por la elevada prevalencia, severidad y el tipo de afrontamiento, el dolor y la psicoterapia para su enfrentamiento deben incluirse en el manejo de pacientes hemodializados.

Palabras Clave: Dolor crónico, Hemodializados, Cuestionarios de evaluación del dolor crónico, Estrategias de afrontamiento al dolor.

Abstract

Pain is a relevant and poorly studied factor in hemodialysis patients. Coping strategies are essential to face pain. In spite of being such a relevant factor, there has not been enough research in the field of pain in hemodialysis patients and the importance of coping strategies involved. We evaluated the prevalence and severity of chronic pain, comorbidity, and coping strategies in hemodialysis patients at Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. To that end, we applied the Short Form McGill pain (SF-MPQ) with Visual Analog Scale (VAS) and the Coping Strategies Questionnaire for Pain (CAD) to 39 women and 51 men grouped according to age percentiles, which resulted in three different groups. The analysis used the SPSS for Windows, version 16.

The prevalence of chronic pain was 70%. The most frequent cause was musculoskeletal with 60.31%. Severity was not related to the causes. For VAS, there was an average of 6.92 cms and high correlations with the sensory, affective and total dimensions. 39.68% of patients experienced moderate pain while 53.96% experienced severe pain.

The average for Pain Rating Index (PRI) was 16.68 (Dt. 8.949) and the Present Pain Intensity (PPI) 0.81 (Dt. 0.998). Women had higher scores on both dimensions, which were even higher in the 45-70 years old group. Multivariate analysis for pain and morbidity showed independence for hypertension and no significance for diabetes.

Selfassurance (average 16.82%) followed by search for information (14.42%) and distraction (11.77%) were found to be the most frequently used coping strategies. Catharsis is the least used strategy. Coping dimensions all together work different for men and women who behave differently mainly in connection with religion and catharsis where women have higher values, however, not in terms of age groups. Due to the high prevalence, severity and coping strategy, pain and psychotherapy should be factors included in management of hemodialysis patients.

Keywords: Chronic pain, Hemodialysis patients, Questionnaire assessment of chronic pain, Pain coping strategies.

Introducción

La insuficiencia renal crónica terminal es el resultado del deterioro progresivo e irreversible de la función renal, que evoluciona espontáneamente hacia la muerte, ya que sólo es posible sobrevivir

con alguna terapia de sustitución renal. En los últimos veinticinco años, en Chile la hemodiálisis (HD) ha tenido un crecimiento exponencial, registrándose hasta agosto de 2007 un total de 12.523 pacientes en 208 centros a lo largo de todo el país (1). La modernización de las técnicas de diálisis y la mejoría de las coberturas de los planes de salud para la enfermedad renal terminal han sido un factor decisivo en la sobrevida de los pacientes. Sin embargo, el dolor y en especial el dolor crónico, es un aspecto que acompaña a la enfermedad crónica y de manera relevante a los pacientes que viven con hemodiálisis, la edad con

(1) Médico Inmunólogo, Residente Unidad de Hemodiálisis. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.

(2) Psicólogo Clínico y de la Salud, Servicios de Reumatología y Hemodiálisis. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.

la que actualmente llegan los pacientes al tratamiento sustitutivo, la comorbilidad asociada y el tiempo en hemodiálisis son factores que condicionan la aparición del dolor y alteran la calidad de vida de los mismos (2).

La experiencia dolorosa, como resultado de las interacciones existentes entre la dimensión sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa (3) es un fenómeno escasamente estudiado en los pacientes en hemodiálisis. En Chile, recientemente ha comenzado a incorporarse el registro de dolor como signo vital, en algunas unidades de hemodiálisis y aún no forma parte de los datos del Registro Anual Prospectivo Nacional de Hemodiálisis, por lo tanto, el dolor en pacientes hemodializados es una problemática cuya magnitud y comportamiento es un fenómeno desconocido en nuestro país. Otro de los aspectos relevantes asociados a las enfermedades crónicas y a la presencia de dolor son las estrategias de afrontamiento (lo que el paciente piensa, siente y hace para hacer frente a la enfermedad, el tratamiento y a las consecuencias de ambos). Éstas son vitales para comprender el impacto de la enfermedad y los recursos del enfermo para hacer frente a la misma (4).

Las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico han sido clasificadas de diversas formas y las investigaciones han mostrado resultados distintos. Sin embargo, se ha encontrado una relación positiva entre el optimismo y la adaptación al dolor crónico, la tendencia a mantener expectativas positivas de futuro, unida a estados de ánimo positivo y afectivos placenteros, con un ajuste positivo ante la enfermedad y el dolor (5). Dado que las estrategias de afrontamiento son consideradas variables cognitivas susceptibles de evaluación y modificación, el resultado de esta investigación puede tener importantes implicancias para el diseño e implementación de intervenciones interdisciplinarias, con el objeto de mejorar la calidad de vida de las personas con insuficiencia renal crónica y, del mismo modo, incidir en la adopción de comportamientos más funcionales que favorezcan el estado de salud y permitan afrontar de manera positiva los permanentes cambios en el estilo de vida que su condición implica (6).

Este estudio se propone evaluar la prevalencia, severidad y principales causas de dolor crónico en una muestra de noventa pacientes hemodializados en ambas unidades de hemodiálisis de la Pontificia Universidad Católica de Chile, así como identificar las estrategias de afrontamiento de estos pacientes ante el dolor crónico.

De forma paralela, se establecieron asociaciones entre la variable dolor crónico y las comorbilidades hipertensión arterial y diabetes mellitus, ambas de elevada prevalencia en la insuficiencia renal crónica terminal.

La implementación de programas interdisciplinarios para el manejo del dolor en las unidades de hemodiálisis, espíritu que sustenta este trabajo, es imprescindible para mejorar la calidad de vida de estos pacientes, basado en un manejo adecuado del dolor crónico y fomentando además conductas que favorezcan su control.

Material y Método

Diseño

Estudio no experimental, descriptivo y correlacional.

Muestra

El muestreo se realizó entre julio y septiembre de 2008 e incluyó 90 pacientes (39 hombres y 51 mujeres) hemodializados en ambas unidades de hemodiálisis de la Pontificia Universidad Católica de Chile, que cumplieran los criterios de inclusión. La aplicación de los instrumentos fue realizada de forma consecutiva por ambos investigadores durante la sesión de hemodiálisis.

Criterios de Inclusión

1. Aceptar su participación en el estudio.
2. Pacientes en hemodiálisis crónica, mayores de 18 años y con capacidad para responder las preguntas de los cuestionarios del estudio.

Criterios de exclusión

1. Pacientes que rehusaron participar en el estudio.
2. Pacientes con incapacidad para responder los cuestionarios.

Instrumentos del Estudio

Se aplicó la Versión Corta del Cuestionario de McGill SF-MPQ para el español de Chile versión 2005 (7). El cuestionario consta de once descriptores verbales para evaluar la dimensión sensorial y cuatro descriptores verbales para la dimensión afectiva de la sensación dolorosa. Cuenta además con una Escala Visual Analógica (VAS) para medir la intensidad del dolor durante la última semana, en una escala de 0 a 10. Para la dimensión evaluativa, el cuestionario contiene seis descriptores verbales que evalúan el dolor actual (PPI) desde Ninguno a Insoportable (8). El MPQ es el instrumento para la evaluación del dolor más citado en la investigación, con más de 1.000 citas sólo en MEDLINE y es el que goza de mayor difusión, habiendo sido traducido, al menos, a 15 idiomas, entre ellos el castellano (9). Se aplicó, además, el Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD, 2002), con 31 ítems que explora seis estrategias de afrontamiento al dolor crónico (religión, catarsis, distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información). El cuestionario fue validado en España, en una muestra de 229 pacientes con diagnóstico de dolor crónico de tipo neuropático, somático, visceral y psicógeno. Es un instrumento que tiene una estructura estable y altos índices de consistencia interna (10).

Procesamiento Estadístico

Se calcularon estadísticas descriptivas para la variable total en la cuantificación del dolor, estimando las medias recortadas para las variables dolor y edad, eliminando el 5% de los extremos por encima y por debajo de la distribución.

Para conformar tres grupos etéreos se calcularon el 25 y el 75 percentiles. Se estimaron estadísticas descriptivas de las tres

dimensiones del dolor para sexo y grupos etáreos combinados y se calcularon las medias marginales para las dimensiones sensorial, afectiva, evaluativa (PPI) y total; y las medias marginales e intervalos de confianza al 95%, para las dimensiones de las estrategias de afrontamiento por edad y sexo.

Para estimar el efecto de las variables edad y sexo sobre el dolor, se utilizó una tabla de contingencia múltiple para el sexo y grupos etáreos, en relación a las dimensiones del dolor y un ANOVA de múltiples entradas.

El efecto de la sumatoria de la edad en cada dimensión del dolor del MPQ y en las dimensiones del CAD con pruebas de los efectos intersujetos, se calcularon mediante contrastes multivariados de la Lambda de Wilks para sexo y grupo etáreo. Mediante tablas de contingencia múltiple se estimó la posible asociación entre dolor y comorbilidad (hipertensión arterial y diabetes mellitus).

Para todas las estimaciones, se empleó el sistema SPSS versión 16 para Windows.

Resultados.

Características de la muestra y Prevalencia de dolor

Se seleccionaron 39 mujeres y 51 hombres hemodializados en ambas unidades de hemodiálisis de la Pontificia Universidad Católica de Chile, que cumplieron con los criterios de inclusión. Las características de la serie se muestran en la Tabla 1

Tabla N° 1.
Características de la muestra y Prevalencia de dolor

Características de la serie	
Edad	57,29] 16,32
Mujeres	43,3%
Hombres	56,6%
Con dolor	70% (63 ptes)
Sin dolor	30% (27 ptes)
Co-morbilidades	
Hipertensión	75,5% (68 ptes)
Diabetes	16,6% (15 ptes)
Total	90 ptes

La edad fue estratificada según percentiles, en 3 grupos: hasta 44 años, entre 45 y 70 años y mayores de 70 años. Del total de la muestra, 63 pacientes (70%) reportaron dolor de más de tres meses de evolución y 27 pacientes (30%) no reportaron dolor.

Las causas de dolor fueron diversas (Gráfico 1). El dolor musculoesquelético fue el más frecuente (60,31%), siendo

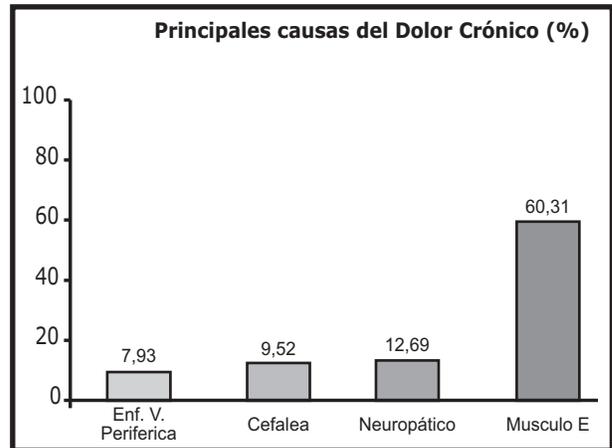


Gráfico 1

principalmente atribuido a osteoartritis y osteoporosis (23,50%). Por otra parte, en un 12,69% la causa del dolor musculoesquelético no estaba diagnosticada. Otras causas, como la artritis inflamatoria y la osteodistrofia renal, mostraron un comportamiento similar como causa de dolor musculoesquelético, representando cada una un 6,34%.

El dolor de causa neuropática representó el 12,69% de las causas de dolor, siendo la mitad de los casos como consecuencia de síndrome del túnel carpiano.

La cefalea incluyó el 9,52% del dolor, siendo la tercera causa de dolor más referida por los pacientes. La enfermedad vascular periférica representó el 7,93% de las causas de dolor, principalmente presentada como claudicación intermitente. El dolor relacionado con la FAV fue reportado sólo por el 3,17%, como causa de dolor crónico en la muestra. El estudio excluyó el dolor relacionado con el procedimiento de hemodiálisis.

Severidad del dolor

Para evaluar la severidad del dolor en la muestra se utilizó la Escala Visual Analógica (de 10 cms de longitud) del SF-MPQ, que mide la intensidad de dolor en la última semana (VAS), registrándose un valor promedio de 6,92 cms.

La evaluación analógica del dolor mostró correlaciones muy altas, tanto con la dimensión sensorial como afectiva del dolor, así como para la sumatoria de las dimensiones (Gráfico 2). El SF-MPQ empleado para la evaluación multidimensional de dolor presentó un valor en la muestra para el Pain Rating Index de 19,68 (Dt. 8,949), el Present Pain Intensity (PPI) fue de 0,81 (Dt. 0,998).

El análisis para el sexo mostró que, si bien la prevalencia de dolor en ambos sexos se comportó de manera similar, para el sexo femenino se obtuvieron puntuaciones más altas, tanto para la dimensión sensorial como para la afectiva del SF-MPQ (Gráfico 3). El análisis para los grupos de edad mostró que los puntajes más altos se dan el grupo etáreo intermedio (Gráfico 4).

La severidad del dolor no mostró diferencia entre los grupos.

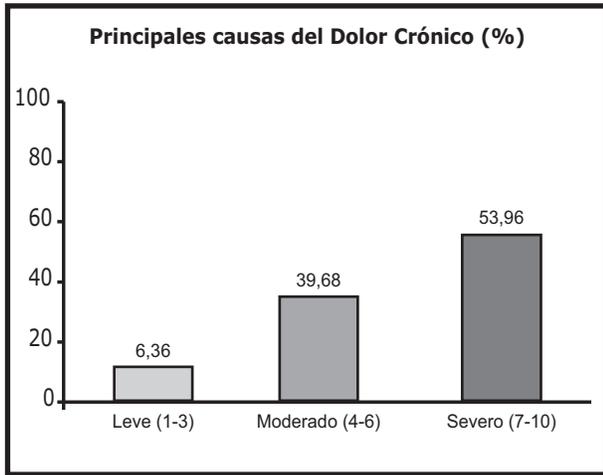


Gráfico 2

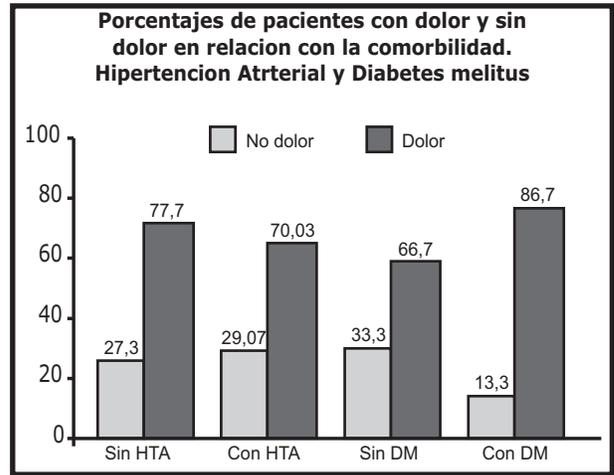


Gráfico 5

La causa de dolor no constituye un predictor de severidad en este estudio.

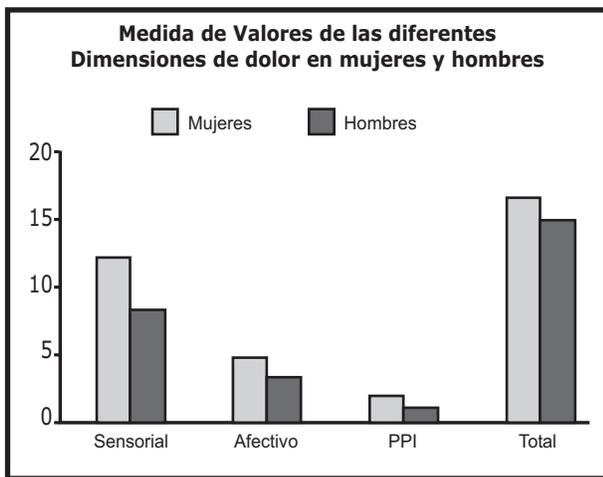


Gráfico 3

Dolor y comorbilidades (hipertensión arterial y diabetes mellitus)

El análisis multivariado para dolor y comorbilidades mostró independencia con hipertensión arterial y no significación para diabetes mellitus (Gráfico 5).

Estrategias de afrontamiento al dolor crónico

Se aplicó el Cuestionario de Afrontamiento al Dolor Crónico (CAD) a los pacientes del estudio que registraron dolor con la aplicación del SF-MPQ. El análisis de los datos mostró que la estrategia de afrontamiento más empleada por los pacientes del estudio fue autoafirmación, seguida de búsqueda de información y distracción. La estrategia catarsis fue la menos empleada. Autoafirmación fue la estrategia más empleada por ambos sexos y grupos etáreos (Gráfico 6).

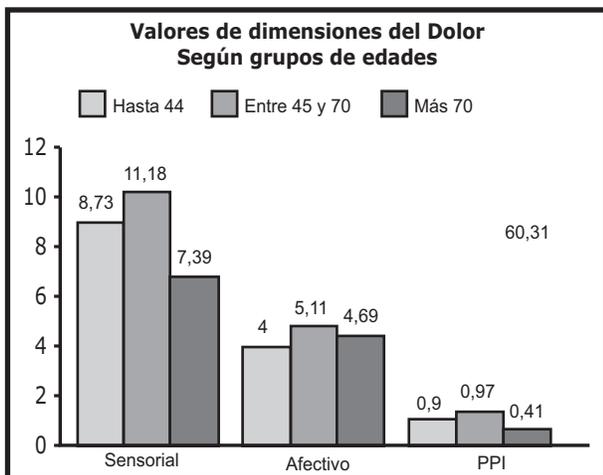


Gráfico 4

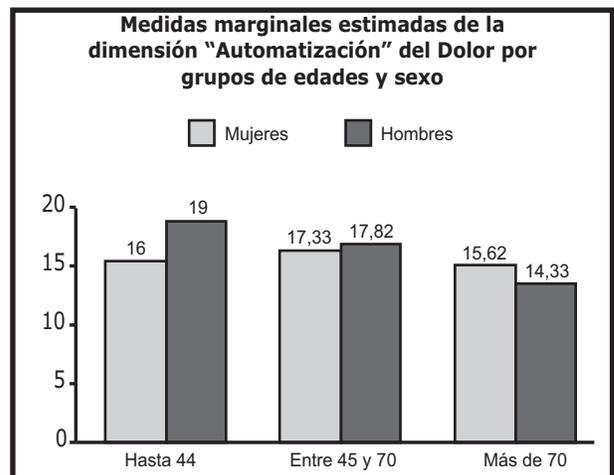


Gráfico 6

Hombres y mujeres mostraron comportamientos diferentes, básicamente a expensas de la estrategia religión, siendo principalmente empleada por las mujeres en todos los grupos etáreos. Otras dimensiones del afrontamiento no registraron diferencias para las variables sexo ni edad.

Discusión

El dolor es una problemática relevante en la vida de las personas que viven con hemodiálisis y un componente desequilibrante de la calidad de vida de los mismos (11). A pesar de que la terapia de diálisis mantiene la vida, en estos pacientes subyacen enfermedades sistémicas y síndromes dolorosos persistentes como la isquemia de extremidades y las neuropatías. Adicionalmente, se presentan síndromes dolorosos exclusivos de la enfermedad renal terminal, tales como la calcifilaxis y la osteodistrofia renal, a pesar de ello son pocos los estudios publicados de dolor crónico en pacientes hemodializados (2). El dolor crónico como fenómeno multidimensional fue reportado por el 70% de los pacientes de nuestro estudio y el 53,96% de los pacientes lo refirió como dolor severo. La prevalencia de dolor varía significativamente en cada una de las series de hemodializados, de 8% a 82% (2, 12, 13). En pacientes hemodializados se reportan valores de prevalencia de dolor crónico superiores a los valores de dolor crónico no oncológico descritos para la población adulta en general (14), lo cual es coincidente con este estudio. Se encontró sólo un estudio de prevalencia en hemodializados que empleó el SF-MPQ en la evaluación del dolor.

Para los pacientes de esta muestra, la severidad del dolor resultó ser muy elevada (53,96%), más aún si se considera que el 39,68% reportó dolor moderado. La mayoría de los estudios en este tipo de pacientes muestran que la severidad no sólo es mayor que en la población en general, sino que su magnitud es similar a la de los pacientes con cáncer o virus de inmunodeficiencia (11). Davison S N, en su serie de 205 pacientes, reportó que el 82,5% de los pacientes presentó dolor de moderado a severo. Resultados similares fueron reportados por un estudio de calidad de vida con 110 pacientes hemodializados chilenos, utilizando el SF-36, en la dimensión dolor corporal, el 64,4% de los pacientes presentó dolor en alguna parte de su cuerpo y el 54% refirió que el dolor afectó en algún grado la realización del trabajo habitual (15). El sexo femenino presentó las puntuaciones más elevadas de dolor en todas las dimensiones del SF-MPQ. En la mayoría de los estudios de dolor crónico, las mujeres presentan una intensidad de dolor significativamente mayor que los hombres; resultados similares reporta el estudio ITACA (16) y el reporte de epidemiología del dolor en mujeres de la IASP, 2007 (17). Los factores de riesgo relacionados con el sexo no se encuentran totalmente esclarecidos: se han descrito factores hormonales (18, 19), diferencias en la respuesta a medicamentos opioides, lo cual sugiere que el sistema opioide endógeno puede diferir en ambos sexos, influyendo en los coeficientes de dolor (17).

Las mujeres, además, presentan más de una causa de dolor; esta condición pudiera influir en la percepción del dolor. En un estudio de 311 pacientes brasileños en hemodiálisis, la prevalencia de síndrome de fibromialgia fue similar a la de la población general (20), condición clínica que pudiera estar subvalorada en esta y otras series.

En relación al análisis para la edad, el grupo etáreo intermedio (entre 45 y 70 años) presentó puntuaciones más elevadas, tanto en la dimensión sensorial como afectiva del cuestionario de dolor, produciéndose una disminución de la severidad en el grupo mayor de 70 años. Este hallazgo no es coincidente con la serie de Davison, en la cual la edad no constituyó una variable significativa en la intensidad del dolor. Existe abundante literatura en relación a las características del dolor crónico y la edad. Si bien el dolor crónico afecta del 50% al 80% de las personas de edad avanzada (14), otros autores reportan que la prevalencia de dolor hace un peak alrededor de las edades medias para después decrecer con la progresión de la edad (21). Numerosos estudios en animales han reportado cambios neurofisiológicos con la edad; éstos incluyen disminución en la expresión del gen relacionado con calcitonina y sustancia P, una baja en los niveles de serotonina en la médula y el cerebro, así como en su metabolismo. Otros estudios muestran una declinación en la síntesis, transporte y unión de neurotransmisores involucrados en el procesamiento del dolor (GABA, dopamina, norepinefrina, acetilcolina, glutamato) y receptores opioides y cambios en la modulación descendente (22). Sin embargo, se necesitan más investigaciones para establecer claridad en cuanto al comportamiento de la edad en la percepción del dolor crónico, particularmente músculoesquelético.

Al igual que los hallazgos para la población adulta en general, el dolor músculoesquelético fue el de mayor prevalencia en nuestra muestra. Sin embargo, las localizaciones más frecuentes fueron las articulaciones, principalmente hombros y rodillas, columna cervical y osteomuscular generalizado, los cuales reemplazaron al dolor de espalda bajo, que caracteriza a la población general. Los hallazgos en este estudio son coincidentes con otro estudio para la población de hemodializados (2). El dolor músculoesquelético, de tan alta prevalencia en este estudio, probablemente requiere mayor precisión en el diagnóstico, el cual se basa principalmente en radiografías o antecedentes registrados en la ficha clínica. La osteodistrofia renal, la amiloidosis, las artropatías por depósito y otras enfermedades óseas relacionadas con diálisis pudieran estar subdiagnosticadas en esta muestra. Más aún, pudiera existir un sinergismo entre las enfermedades óseas relacionadas con la patología renal y las enfermedades óseas degenerativas relacionadas con la edad, considerando que la edad media de la muestra es cercana a la sexta década.

El dolor neuropático, en esta serie, registra una prevalencia que supera a los estudios poblacionales (23). Esto pudiera estar en relación a la prevalencia de neuropatía diabética, neuralgias y, en especial, al síndrome del túnel carpiano referido por la mitad de los pacientes con dolor neuropático en la muestra. Otras series

en pacientes hemodializados mostraron prevalencias del 12% y 24%, respectivamente (2, 24).

En este estudio, la cefalea constituyó la tercera causa de dolor crónico. Fue reportada principalmente por el sexo femenino y todos los pacientes tenían una edad inferior a los 60 años. La cefalea es un síntoma frecuentemente reportado por los pacientes sometidos a hemodiálisis, llegando en algunas series hasta el 70% (25). La mayoría de los estudios se refieren a la cefalea durante el procedimiento de diálisis, principalmente por hipertensión o hipotensión asociada a la remoción de volumen (26). La fisiopatología de la cefalea relacionada con hemodiálisis no se encuentra totalmente esclarecida, la hipertensión sistólica, el aumento de los niveles de mediadores de la inflamación (bradicinina y óxido nítrico), así como glaucoma transitorio por aumento de la presión intraocular durante la sesión de hemodiálisis son los mecanismos hasta ahora propuestos (27, 28, 29). La cefalea, como causa de dolor crónico en pacientes hemodializados, requiere de un mayor número de investigaciones. Interesantemente, en esta muestra, la cefalea presentó un comportamiento similar a la población general; principalmente en mujeres menores de 60 años.

En relación a las dos comorbilidades analizadas en este estudio, hipertensión arterial y diabetes mellitus, ambas de elevada prevalencia en la población de hemodializados y en muchos casos relacionadas con la etiología del daño renal (30), ninguna mostró una relación con el dolor crónico. La hipertensión arterial se comportó como variable independiente, siendo muy similar la prevalencia de dolor, tanto para los pacientes hipertensos como para los no hipertensos. La literatura al respecto es escasa, en otra serie se encontró que los pacientes caucásicos e hipertensos reportaron niveles consistentemente mayores de dolor, concluyendo que en la raza caucásica más hipertensión era un predictor de severidad de dolor (2). Por razones obvias, en relación a las características demográficas de esta muestra, este tipo de comparación no es posible.

La prevalencia de dolor no mostró relación con la diabetes mellitus, lo cual es también coincidente con otra serie (2). Sin embargo, no podemos descartar que estos resultados pudieran estar en relación a las características de esta muestra, especialmente al número de pacientes diabéticos. En el ámbito del dolor crónico, un aspecto relevante son los recursos que la persona utiliza para hacerle frente, cualquiera sean estos esfuerzos, ellos pueden ser adaptativos, constructivos o desadaptativos, que puedan empeorar la condición de los pacientes. Del mismo modo, las estrategias de afrontamiento son variables cognitivas susceptibles de intervención y modificación (6).

Las investigaciones realizadas han demostrado que, tanto la enfermedad renal crónica como el tratamiento de diálisis, afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, así como la salud física y psicológica, especialmente a nivel emocional, cognitivo y social, lo que altera de manera notable su calidad de vida relacionada con la salud (31).

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran que los

pacientes emplean principalmente como estrategias de afrontamiento al dolor crónico la autoafirmación, búsqueda de información y distracción, todas ellas descritas por los autores del CAD como las más adaptativas en muestras españolas (5). Más aún, otra investigación con este cuestionario muestra que la autoafirmación, estrategia más usada por los pacientes de esta muestra, es la que mejor predice la disminución de la ansiedad y depresión en enfermos con dolor crónico (4). Potenciar el empleo de estas estrategias pudiera tener implicaciones importantes para la intervención, pues constituye un recurso con que cuentan estos pacientes, permitiendo una mejoría en la sensación de incapacidad que condiciona el círculo vicioso dolor - incapacidad - depresión - dolor. Esta muestra de pacientes hace intentos por afrontar de manera eficaz el dolor, sin embargo, la falta de eficacia pone de manifiesto la necesidad de implementar una intervención sistemática, bajo dirección y supervisión profesional interdisciplinaria.

Este estudio pretendió un primer acercamiento a nuestra realidad, en relación al dolor crónico en hemodializados, desde la perspectiva de una evaluación interdisciplinaria. No podemos afirmar que nuestros datos puedan extrapolarse a otras series de hemodializados ni hacer generalizaciones. Sin embargo, nos permitió presentar resultados que demuestran la relevancia del dolor crónico en los pacientes sometidos a hemodiálisis, su elevada prevalencia y severidad que conduce a un importante menoscabo en su calidad de vida, relacionada con la salud, así como una aproximación al conocimiento de las principales estrategias con las que cuentan para afrontar el dolor crónico. Consideramos que se requiere trabajar en el diseño de instrumentos para evaluar estrategias de afrontamiento al dolor crónico específicas para este tipo de pacientes con múltiples comorbilidades.

Proponemos continuar investigando en esta dirección, para el diseño e implementación de un Programa de Manejo del Dolor Crónico en Hemodializados, tanto farmacológico como de intervención psicoterapéutica que favorezcan su control.

Correspondencia

Dra. Cecilia González Amarillo
Unidad de Hemodiálisis
Hospital Clínico de la Pontificia Universidad
Católica de Chile.
Lira 85 4to piso - Santiago.
cegonzal@med.puc.cl

Referencias Bibliográficas

1. Poblete Badal H. XXVII Cuenta de Hemodiálisis Crónica en Chile. Registro de Diálisis 2007. Soc. Nefrología de Chile.
2. Davison S.N. Pain in Hemodialysis Patients: Prevalence, Cause, Severity and Management. *Am. J of Kid. Dis* 2003; Vol 42, N° 6 (Dec): 1239-1247.
3. Melzack R. Del umbral a la neuromatriz. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2000; 7: 149-156.
4. Soucase B, Monsalve V, Soriano J. Afrontamiento al dolor crónico: el papel de

- las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2005; 12: 8-16.
5. Soriano J, Monsalve V. El Afrontamiento del Dolor Crónico. *Boletín de Psicología* 2005; Nº 84 (Julio): 91-107.
 6. Contreras F, Esguerra G, Espinosa J C, Gómez V. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Col. Ps* 2007; 10(2): 169-179.
 7. Melzack R. Comunicación personal, 06/06/2008.
 8. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain* 1987; 30: 191-197.
 9. Boyle G J, Fernández E, Ortet G. El cuestionario de McGill (MPQ) consideraciones lingüísticas y estadísticas. *Rev. Ps. Univ. Chile* 2003; Vol XII, 1: 111-119.
 10. Soriano J, Monsalve V. CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2002; 9: 13-22.
 11. Cerezo S, Barceló P, Belvis-V J A, Calls J M, Cebollada J et al. Dolor en Hemodiálisis 2005; *DyT*, 26(2): 47-60.
 12. Brown E A, Gower P E. Joint problems in patients on maintenance hemodialysis. *Clin. Nephrol.* 1982; 18: 247-250.
 13. Cohen L M, Germain M J, Poppel D M, et al. Dying well after discontinuing the life support treatment of dialysis. *Arch. Int. Med* 2000; 2513-2518.
 14. Verhaak P F M, Kerssens J J, Dekker J J. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: A review of the literature. *Pain* 1998; 77: 231-239.
 15. Rodríguez M, Castro M, Merino J M. Calidad de vida en pacientes hemodializados. *Ciencia y Enfermería* 2005; ISSN 0717-9553 versión on-line.
 16. Casals M, Samper D. Epidemiología, Prevalencia y Calidad de vida del dolor crónico no oncológico. *Estudio ITACA. Rev. Soc. Esp. Dolor* 2004; 11: 260-269.
 17. Año global contra el dolor en mujeres. *IASP* 2007; September: www.iasp-pain.org.
 18. Lanlua P, Decorti F, Gangula P R et al. Female steroid hormones modulate receptors for nerve growth factor in rat dorsal root ganglia. *Biol. Repr.* 2001; 64: 331-338.
 19. Mc Ewen B S, Alves S. Estrogen action in the control nervous sistem. *Endoc. Rev.* 1999; 20: 279-307. I
 20. Couto C I, Natour J, Carvalho A B. Fibromyalgia: it's a prevalence and impact on the quality of life on a hemodialyzed population. *Hemodial. Int.* 2008; Jan, 12(1): 66-77.
 21. Andersson H I et al. Chronic pain in a geographic cally defined general population: studies of differences in age, gender, social class and pain localization. *Clin. J. Pain* 1993; 9(3): 174-182.
 22. Gibson S J, Weiner D K. Pain in Older Persons. *Progress in Pain Research and Management. IASP Press* 2005; Vol. 35.
 23. Torrence N, Smith B H, Bennett M, Lee A. The Epidemiology of Chronic Pain of Predominantly Neuropathic Origin. Results from a general population survey. *J of Pain* 2006; Vol 7, 4 (Apr): 281-289.
 24. Fortina F, Agllata S, Ragazzoni E, Sacco A, Cardillo V et al. Chronic pain during dialysis. Pharmacology therapy and its costs. *Minerva Urol. Nephrol* 1999; 51: 85-87.
 25. Antoniazzi A L, Bigal M E, Bordini C A, Speciali J G. Headache and Hemodialysis: evaluation of the possible triggering factors and of the treatment. *Arq. Neuropsiq.* 2002; Sep, 60(3-A): 614-618.
 26. Antoniazzi A L, Bigal M E, Bordini C A, Speciali J G. Headache and Hemodialysis: a prospective study. *Headache* 2003; Feb, 43(2): 99-102.
 27. Marija D, Zidverc-Trajkovic J et al. Hemodialysis-related headache. *Vojnosanit Pregl* 2007; May, 64(5): 319-323. Abstract in MEDLINE.
 28. Antoniazzi A L. Dialysis Headache. *Curr. Pain Hadache Rep.* 2007 Aug, 11(4): 297-303.
 29. Van Brussel M S, Koppus P W, Schut N H. Headache during hemodialysis as uncommon cause for a common problem. *Clin. Nephrol* 2008; Mar, 69(3): 219-220.
 30. Henrich W L. Principles and Practices of Dialysis. Third edition 2004; by Lippincott Williams & Wilkins.
 31. Cidoncha M A, Estévez I et al. Calidad de Vida en Pacientes en Hemodiálisis. *Soc. Esp. Enfer. Nefrol. SEDEN* 2003: www.seden.org/publicaciones_revistadet.asp.