



DOLOR EN LA PERSONA CON VIH

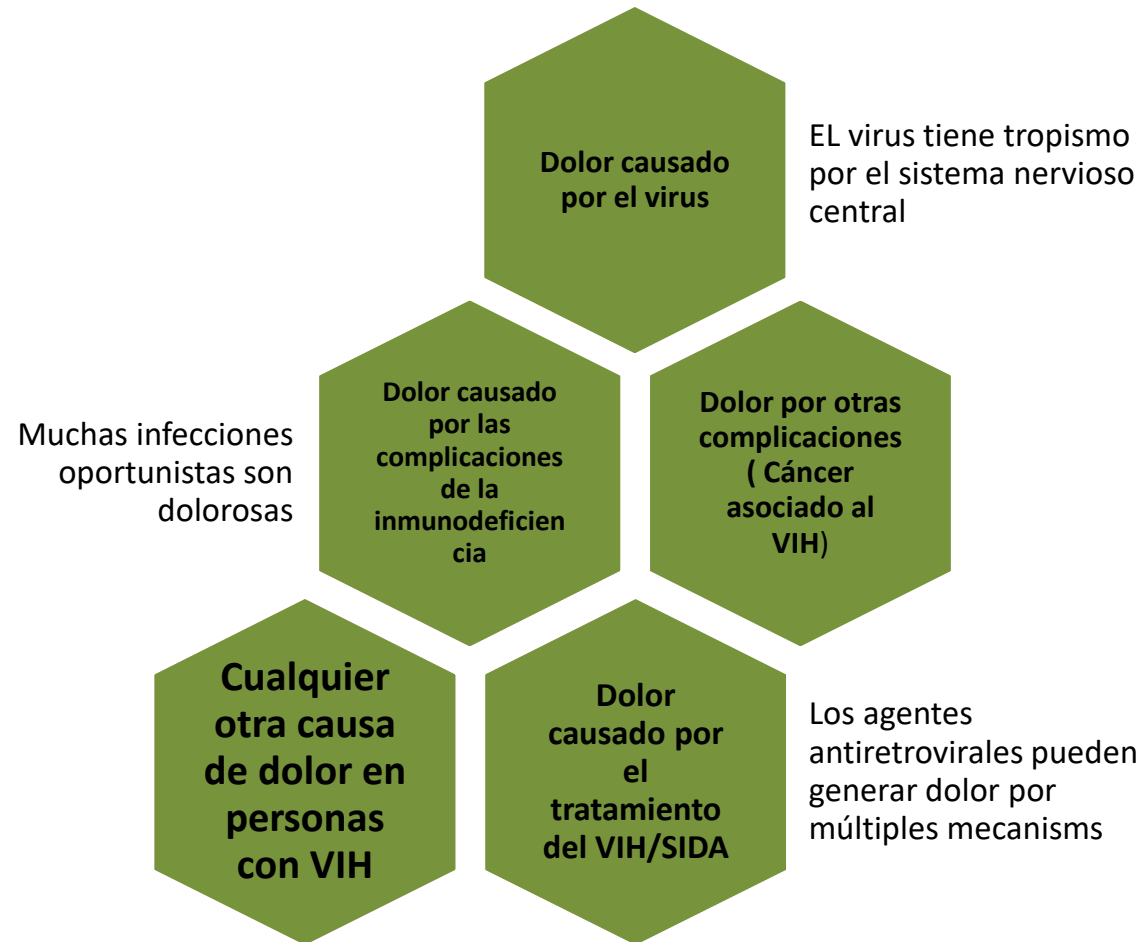
Fabián A. Leal Arenas

Medicina del Dolor y Cuidados
Paliativos

EL DOLOR EN LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA

- EL dolor es un síntoma común en las personas que viven con VIH/SIDA
- El dolor en esta población puede ser el resultado del daño directo del virus sobre el sistema nervioso central o periférico, la inmunosupresión que condiciona infecciones oportunistas o como efecto secundarios de tratamiento antiretroviral.
- En una proporción importante el dolor puede ser idiopático o no asociado al VIH.

DOLOR EN PERSONAS CON VIH/SIDA



Review article

Pain in people living with HIV/AIDS: a systematic review

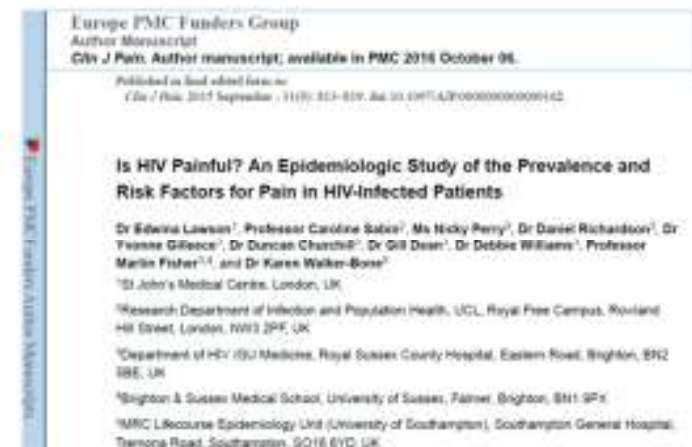
Romy Parker^{1,2}, Dan J Stein² and Jennifer Jelsma¹

¹Corresponding author: Romy Parker, Department of Health & Rehabilitation Sciences, Ardo Road, Observatory 7925, Cape Town, South Africa. Tel: + (27 21) 406 6402. Fax: + (27 21) 648 8157. (romy.parker@uct.ac.za)

La prevalencia del dolor en este grupo poblacional presenta una amplia variación en los estudios de 0% a 90%

Miaskowski reportó altas tasas de dolor y calificado con frecuencia como de intensidad severa hasta en el 59% de los pacientes.

Merlin et al, reportaron que el dolor en ésta población se asocia a riesgo aumentado de alteración de función física.



Europe PMC Funders Group
Author Manuscript
Clin J Pain. Author manuscript; available in PMC 2016 October 06.
Published in final edited form as:
Clin J Pain. 2015 September ; 31(9): 813-819. doi:10.1177/0898010115589914

Is HIV Painful? An Epidemiologic Study of the Prevalence and Risk Factors for Pain in HIV-Infected Patients

Dr Edwina Lawson¹, Professor Caroline Sabbe², Ms Nicky Perry³, Dr Daniel Richardson¹, Dr Frances Gilence⁴, Dr Duncan Churchill⁵, Dr Gill Dean¹, Dr Debbie Williams¹, Professor Merlin Fisher^{1,6}, and Dr Karen Walker-Bone⁷

¹St John's Medical Centre, London, UK
²Research Department of Infection and Population Health, UCL, Royal Free Campus, Rowland Hill Street, London, NW3 2PF, UK
³Department of HIV/AIDS Medicine, Royal Sussex County Hospital, Eastern Road, Brighton, BN2 3BE, UK
⁴Brighton & Sussex Medical School, University of Sussex, Falmer, Brighton, BN1 9PQ
⁵MRC Lifecourse Epidemiology Unit (University of Southampton), Southampton General Hospital, Tremona Road, Southampton, SO16 6YD, UK

El dolor como problema de estudio en las personas con VIH

- En el año 1994, La Asociación Internacional para el estudio del dolor conformó una fuerza de tarea para el estudio del dolor en las personas afectadas por VIH/SIDA, con énfasis en el subtratamiento



PAIN IN HIV/AIDS A MAJOR GLOBAL HEALTHCARE PROBLEM

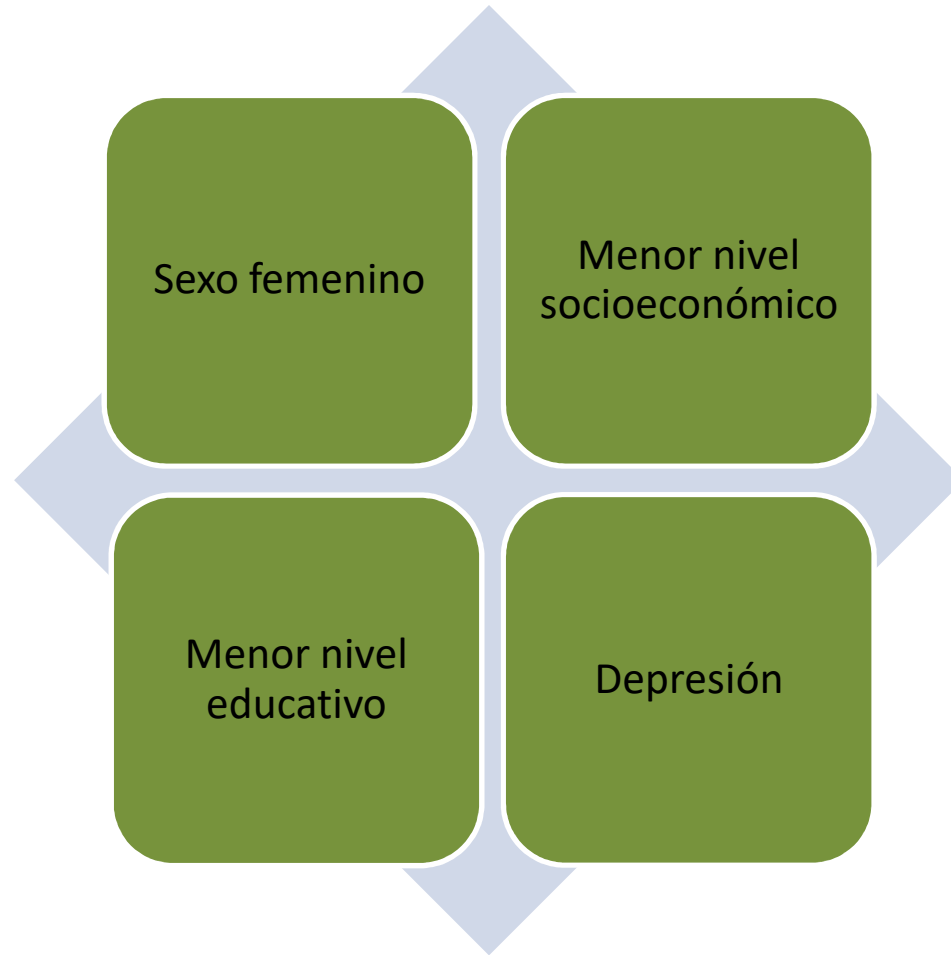
Daniel B. Carr, MD, DARPM, FFPANZCA (Hon)

HIV disease is a public health catastrophe of unprecedented magnitude in modern times.

Los tratamientos antiretrovirales eficaces cambiaron la historia de la enfermedad

- Estudios comparativos antes de los tratamientos antivirales modernos sugieren que el dolor se presentaba con una prevalencia aumentada en esa época

Factores de riesgo implicados en mayor prevalencia de dolor



SIMILITUDES CON EL DOLOR POR CÁNCER

- Existen paralelos entre el dolor en el cáncer y el dolor en el VIH/SIDA
- Similar prevalencia
- En las dos condiciones puede presentarse mas de una clase fisiopatológica de dolor.
- Puede comprometer mas de una región corporal
- Hay asociación entre mayor intensidad de dolor en enfermedad mas avanzada.

SIMILITUDES CON EL DOLOR POR CÁNCER

- En el dolor relacionado con el cáncer y el dolor relacionado con el VIH/SIDA hay una tendencia a la estigmatización de los pacientes y su sufrimiento.
- Similitudes frente a las comorbilidades por procesos infecciosos y a las dificultades en acceso a analgésicos.

En el VIH/SIDA se han descrito múltiples síndromes dolorosos, con la mayoría de órganos y sistemas comprometidos

Aparato
locomotor

SISTEMA
NERVIOSO

Aparato
digestivo

Piel

Síndromes comunes de dolor en VIH/SIDA

Dolor abdominal	26%
Neuropatía periférica	25%
Odinofagia	20%
Cefaleas relacionadas con VIH	17%
Cefaleas no asociadas con VIH	
Tensional	63%
Migraña con aura	12%
Inclasificable	10%
Migraña sin aura	5%
Cefalea inducida por AZT	16%
Artralgia	5%
Herpes Zoster	5%
Dolor lumbar	5%

FUENTES COMUNES DE DOLOR NOCICEPTIVO EN VIH/SIDA

CAUSAS CUTÁNEAS	CAUSAS VISCERALES	CAUSAS SOMÁTICAS	CEFALEA
Sarcoma de Kaposi Dolor en cavidad oral	Tumores Gastritis Pancreatitis Infección Desórdenes de tracto biliar	Reumatológicas Dolor lumbar Miopatías	Relacionados con VIH (meningitis, encefalitis, neoplasia No relacionadas con VIH Iatrogénicas

Neuropatías dolorosas de acuerdo a la fase del VIH

Fase aguda o de seroconversión

Mononeuritis, plexopatía braquial

Polineuropatía desmielinizante aguda (Síndrome de Guillain Barré

Fase latente (Asintomática) (CD4 + Linfocitos T > 500/mm³)

Polineuropatía desmielinizante aguda

Polineuropatía desmielinizante crónica (CIDP)

Fase de transición (CD4+ 200-500)

Herpes Zoster

Mononeuritis múltiple

Fase tardía (CD4+ <200)

Polineuropatía sensitiva

Polirradiculopatía por CMV

Neuropatía autonómica

Mononeuritis múltiple

Mononeuritis

Toxicidad por nucleósidos

NEUROPATÍAS DOLOROSAS EN VIH

- Los síndromes de dolor neuropático son comunes en el VIH.
- 30% de los pacientes desarrollan neuropatía periférica asociada a VIH.
- 10% de los pacientes pueden desarrollar mielopatía

CEFALEA EN EL PACIENTE CON VIH/SIDA

Enfermedad	Manifestaciones clínicas	Datos diagnósticos	Comentarios
Causada por la enfermedad por el VIH			
Encefalitis subaguda	Cefalea, confusión, pérdida de la memoria, crisis epilépticas y demencia progresiva durante semanas o meses antes de la muerte	La TC y la RM muestran atrofia cortical. Elevación de las proteínas y pleocitosis en el análisis del líquido cefalorraquídeo	Puede obedecer también al citomegalovirus
Meningitis aséptica típica	Ocurren en las fases tempranas de la enfermedad, posiblemente por una mediación inmunitaria Fiebre Cefalea Fotofobia Rigidez de nuca	Pleocitosis linfocítica en el análisis del líquido cefalorraquídeo	No se aprecia en los estadios finales de la enfermedad por el VIH

CEFALEA EN EL PACIENTE CON VIH/SIDA

Causada por cáncer oportunista

Linfoma primario del sistema nervioso central	Cefalea, vómitos, alteraciones de conciencia motivadas por el aumento de la presión intracraneal	RM/TC con confirmación de la lesión	Tiende a manifestarse en el parénquima cerebral
Linfoma metastásico del sistema nervioso central	Cefalea, vómitos, alteraciones de conciencia motivadas por el aumento de la presión intracraneal	RM/TC con confirmación de la lesión	Tiende a tener una localización raquídea, epidural o meníngea La radiación puede mejorar el dolor y otros síntomas neurológicos

CEFALEA EN EL PACIENTE CON VIH/SIDA

Causada por infecciones oportunistas			
Toxoplasmosis	Cefalea Alteraciones visuales Parálisis de los pares craneales Alteraciones motoras o sensitivas Crisis epiléptica Alteraciones de conciencia con progresión hacia coma y muerte	Lesiones anulares con realce del contraste en la TC o RM La serología no ayuda entre los pacientes con SIDA	Ecocardiografía
Meningitis criptocócica	Síntomas de meningitis, entre ellos cefalea, fotofobia y rigidez de nuca La fiebre suele estar ausente	Cultivo de líquido cefalorraquídeo, sangre u orina Aglutinación con látex, casi siempre positiva, del líquido cefalorraquídeo	Puede haber afectación pulmonar y sistémica
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Fiebre, cefalea, náuseas, que evoluciona hacia estupor, coma y muerte	Glucosa baja en el líquido cefalorraquídeo, aumento de las proteínas del líquido cefalorraquídeo y linfocitosis Estudio del líquido cefalorraquídeo mediante reacción en cadena de la polimerasa	Pueden formarse abscesos en el parénquima cerebral

CEFALEA EN EL PACIENTE CON VIH/SIDA

Inducido por la medicación	Habitualmente, autolimitada, pero en ocasiones persistente	Cefalea asociada al inicio de la medicación	Más frecuente con la zidovudina
Cefalea después de punción lumbar	Dolor occipital sordo, que comienza entre horas y días después de la punción lumbar Puede haber náuseas y mareos	Descartar otras causas más graves	El decúbito supino puede ayudar Parche de sangre epidural en los casos graves

ENFERMEDADES MUSCULARES DOLOROSAS

Enfermedad	Etiología	Estadio de la infección por el VIH	Manifestaciones clínicas	Datos diagnósticos	Tratamiento
Polimiositis (miositis inflamatoria idiopática)	Poco clara	En las fases tempranas	Inicio insidioso Debilidad y molestias musculares en la cintura escapular y en las caderas Dolorimiento y atrofia musculares	Posible elevación de VSG y CPK La RM, la EMG y la biopsia muscular pueden ayudar	Antiinflamatorios, corticoides, o ambos
Miopatía inducida por la zidovudina	Efectos mitocondriales inducidos por la zidovudina	En las fases tempranas	Parecidas a las de la polimiositis	Parecidos a los de la polimiositis (la biopsia muscular puede separar las dos)	Interrupción de la zidovudina
Piomiositis	Bacteriana, habitualmente <i>Staphylococcus aureus</i>	En las fases tardías	Fiebre y dolor espasmódico, progresión hacia absceso, shock séptico y muerte	RM y TC	Antibióticos Drenaje quirúrgico

ENFERMEDADES MUSCULARES DOLOROSAS

Enfermedad	Manifestaciones clínicas	Datos diagnósticos	Tratamiento
Artralgias por el VIH	Dolor articular agudo, generalmente en las rodillas Generalmente, en el momento de la primoinfección por el VIH	La exploración física, la aspiración y la radiografía son normales	Autolimitado
Artritis por el VIH	Inicio agudo, persiste durante 1 semana a 6 meses Generalmente, en las rodillas y tobillos	La biopsia sinovial muestra un infiltrado crónico de células mononucleares	Inyección intraarticular de corticoides o AINE
Poliartritis simétrica aguda	Desviación cubital y deformidad en cuello de cisne de las manos Inicio agudo	La radiografía muestra un estrechamiento del espacio articular y osteopenia periarticular Factor reumático negativo	Los AINE representan el tratamiento primario
Artritis reactiva y artritis psoriásica	Artralgias moderadas o intensas en los pies y tobillos Tendinitis de de Quervain, aquilea y del manguito de los rotadores «pie del sida»	Diagnóstico clínico El exantema psoriásico diferencia la artritis psoriásica	Los AINE representan el tratamiento primario

APARATO DIGESTIVO

Lugar	Trastorno	Etiología	Manifestaciones clínicas	Datos diagnósticos	Tratamiento
Esófago	Candidiasis	<i>Candida albicans</i>	Odinofagia Difagia puede no haber muguet	En la endoscopia se ven placas blancas en la mucosa esofágica	Antimicóticos
	Esofagitis por CMV o virus del herpes simple	CMV Virus del herpes simple	Odinofagia, infección sistémica asociada. Se da en la inmunodeficiencia profunda	En la endoscopia se ven grandes úlceras características	Antiviricos
	Ulceración esofágica idiopática	VIH	Odinofagia Difagia	En la biopsia endoscópica sólo se ve el virus de la inmunodeficiencia humana	Corticoides y antimicóticos de forma preventiva
Estómago	Gastritis por CMV	CMV	Dolor epigástrico intenso pero habitualmente asintomática	En la endoscopia se observa una inflamación y ulceración de la mucosa gástrica	Antiviricos
Páncreas	Pancreatitis inducida por medicamentos Infecciosa: criptosporidiosis, CMV, MAC, tuberculosis Cálculos biliares, alcohol y otras causas comunes a la población general	Inducida por medicamentos: didanosina, zalcitabina, estavudina, lamivudina, ritonavir, pentamidina	Dolor epigástrico profundo, con irradiación a la espalda, acompañado de náuseas y vómitos	En la TC se aprecia una colección de líquido y absceso Elevación de la bilirrubina/Alpasa La ecografía o la CPRE revela cálculos biliares	Suspensión del medicamento dañino CPRE en busca de cálculos biliares Medidas de soporte
Hígado	Hepatitis infecciosa	Diversos: véase texto	Fiebre Dolor abdominal Náuseas Vómitos Ictericia Encefalopatía	Transaminasas y otras anomalías de las enzimas hepáticas Estudios de imagen pertinentes	Tratamiento de la infección de base
Vesícula y vías biliares	Colecistitis alitiásica Colangiopatía asociada al SIDA	CMV <i>Cryptosporidium</i> Microsporidios	Fiebre Dolor abdominal Dolor con la palpación del hipocondrio derecho Ictericia	Ecografía Gammagrafía radioisotópica hepatobiliar TC	CPRE
Ano y recto	Hemorroides Fistulas Fisuras anales Condilomas Abscesos Proctitis	Diversos ETS (sífilis, gonorrea, clamidiosis, virus del herpes simple, virus del papiloma humano)	Dolor intenso anorrectal Lesiones visibles en la exploración Lesiones dolorosas Síntomas constitucionales ocasionales	Anamnesis y exploración física Anamnesis y exploración física	Modificación dietética Reblandecedores fecales Inhibidores del peristaltismo Tratamientos tópicos Antibióticos Incisión y drenaje Intervención quirúrgica, según la necesidad

CMV, citomegalovirus; MAC, complejo *Mycobacterium avium*; TC, tomografía computarizada; CPRE, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica; ETS, enfermedades de transmisión sexual.

PIEL

Trastorno	Manifestaciones clínicas	Tratamiento	Comentarios
Sarcoma de Kaposi	Máculas cutáneas duras, de color rojizo o púrpura	Radioterapia Crioterapia Quimioterapia	Pueden afectar al tracto gastrointestinal, pulmones y vasos linfáticos
Infecciones cutáneas bacterianas	Foliculitis Celulitis Forúnculos Ántrax Abscesos	Antibióticos por vía tópica o sistémica Drenaje quirúrgico	Pueden poner la vida en peligro Sobreinfección frecuente de las lesiones previas
Estomatitis aftosa	Lesiones circulares blancas pequeñas, con bordes eritematosos Ocurren en las superficies blandas de la bucofaringe	Ablación con láser Corticoides intralesionales Tópico: lidocaína, corticoides, tetraciclina	Puede cronificarse y ocasionar un enorme sufrimiento a los pacientes infectados por el VIH
Herpes bucal y genital	Primoinfección: fiebre, vesículas características Infección secundaria: hormigueo/ardor prodrómicos seguidos de vesículas	Antiherpéticos por vía sistémica y tópica, en cuanto aparezcan los síntomas prodrómicos	El tratamiento reduce la duración de la enfermedad
Herpes zóster	Dolor prodrómico Vesículas características Distribución dermatómica	Aciclovir IV, famciclovir o valaciclovir	La primoinfección es la varicela Consultar al oftalmólogo de inmediato si se sospecha afectación oftálmica
Necrólisis epidérmica tóxica	Eritema doloroso localizado y vesículas que se desprenden Fiebre y malestar general	Suspender el medicamento nocivo e ingresar al paciente en el hospital Tratamiento de soporte	Espectro continuo de síntomas que abarca el eritema multiforme y el síndrome de Stevens-Johnson

Síntomas asociados

Síntomas comúnmente asociados con dolor	Síntomas asociados con las terapias para el dolor	Síntomas que comprometen la evaluación y el tratamiento del dolor.
Ansiedad Depresión Anorexia/caquexia Movimientos involuntario Constipación diarrea Tos/ disnea Prurito Síndrome de abstinencia	Estreñimiento Nausea o vómito Boca seca Sedación Confusión Síntomas urinarios Prurito	Demencia por SIDA Delirium Abstinencia a opioides.

Evaluación individualizada

- El dolor en cada persona con VIH debe ser valorado para poder establecer sus causas y su fisiopatología.
- 60% de los casos relacionados con inmunosupresión.
- 30% debido al tratamiento antiretroviral
- 10% relacionado con otras causas no relacionadas directamente con el VIH.

EVALUACIÓN

- Los esfuerzos para controlar el dolor en los pacientes parten de una adecuada evaluación que incluye entre otros:
- Intensidad del síntoma
- Factores agravantes y que lo mejoren
- Respuesta a los medicamentos, efectos secundarios. (uso inadecuado o abuso)
- Estado de ánimo y alteraciones emocionales

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO

- Cuando se documenta dolor nociceptivo como el dolor predominante en el paciente, se recomienda seguir recomendaciones de escalera analgésica de la OMS.
- Tener precaución con el uso de AINES

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO

- En cualquier etapa de la enfermedad considerar uso de terapias adyuvantes.
- La primera línea de manejo con antineuropáticos incluye uso de antidepresivos tricíclicos o anticonvulsivantes como los gabapentinoides.

PACIENTE CON DOLOR, VIH Y ANTECEDENTE DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

- A los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas no se les debe negar el acceso a una adecuada farmacoterapia.
- Evitar etiquetas de «adictos»
- Cuando se tiene al frente a una persona con problemas de consumo de sustancias deben establecerse mecanismos claros en las metas de tratamiento y utilizar contratos o acuerdos por escrito y preferir opioides de bajo potencial de abuso.

PACIENTE CON DOLOR, VIH Y ANTECEDENTE DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

- Los pacientes infectados por el VIH que abusan de las sustancias merecen que se les alivie el dolor; los clínicos estamos obligados a tratar el dolor y el sufrimiento de todos los pacientes.
- Diferenciar entre tolerancia, dependencia física y adicción
- No todos los que abusan de sustancias son iguales; separar entre los consumidores activos, las personas que siguen tratamiento de mantenimiento con metadona y aquéllas que están recuperadas.
- Individualizar el tratamiento del dolor.
- Establecer objetivos y condiciones claros para el tratamiento con opiáceos: fijar límites, reconocer las conductas de abuso de drogas, exponer claramente las consecuencias, utilizar contratos por escrito y nombrar a un único prescriptor.
- Preferir opioides de bajo potencial e abuso o con tecnología disuasora de abuso.
- Identificar problemas psicosociales y actuar en equipo.

CONCLUSIONES

- Incluso cuando las condiciones del paciente no son reversibles se les debe ofrecer cuidados paliativos compasivos y control adecuado del dolor a todos los pacientes.
- El dolor impacta la calidad de vida en pacientes con VIH, el tratamiento adecuado del dolor mejora desenlaces y reduce riesgos en paciente y cuidadores

CONCLUSIONES

- Existen similitudes en la sub evaluación y en el subtratamiento y estigmatización que aumenta el sufrimiento en personas con VIH/SIDA y en pacientes con dolor relacionado al cáncer.

CONCLUSIONES

- Existen múltiples mecanismos de dolor en pacientes con VIH que incluye dolor nociceptivo, inflamatorio y neuropático.
- Debe asegurarse acceso de los pacientes a analgésicos incluso opioides potentes y neuromoduladores.
- La adecuada paliación debe incluir la evaluación del sufrimiento en sus aspectos comportamentales y espirituales.



El dolor es inevitable pero el sufrimiento es
opcional.

(Buda Gautama)

akifrases.com

www.clinicanueva.com