

Características del dolor en el enfermo con VIH/sida

María Luisa Pérez-Carranco,¹
 Uriah Guevara-López,^{1, 2}
 Alfredo Covarrubias-Gómez,^{1, 2}
 Julio Delgado-Álvarez,¹
 José de Jesús S. Villafaña-Tello,³
 Elena Espin-Paredes¹

RESUMEN

Introducción: la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) afecta a 0.6 % de la población mundial y en México a 0.3 % de la población adulta. El dolor en este grupo frecuentemente es mal identificado y mal tratado. El objetivo de nuestra investigación fue analizar la prevalencia y características del dolor en el paciente con VIH.

Métodos: pacientes con diagnóstico de VIH en quienes se recolectó información sociodemográfica, semiología inicial del dolor, satisfacción con el tratamiento analgésico y presencia de comorbilidades. Se identificó estadio de la enfermedad y se determinó la cuenta de células CD4.

Resultados: se analizaron 55 casos; 20 % presentó dolor con un tiempo promedio de inicio de 26 ± 28.6 meses; la intensidad promedio según EVA fue de 7 ± 2.3, mediante la EVERA, 18 % leve, 36.5 % moderado y 45 % severo.

Conclusiones: el dolor se observó en 20 % de los enfermos estudiados, y se identificó una relación entre la cuenta de CD4 y la disminución del dolor; sin embargo, dado el tipo de estudio y tamaño de la muestra esto no puede concluirse categóricamente, por lo que son necesarios estudios controlados con poblaciones mayores que permitan corroborar estos resultados.

SUMMARY

Background: human immunodeficiency virus infection (HIV), affects 0.6 % of world population and 0.3 % of the adult population in Mexico. Pain, in this group, is frequently not identified by the health care team, is poorly defined, and undertreated. Our objective was to evaluate the prevalence of pain and its characteristics in Mexican HIV patients.

Methods: HIV diagnosed patients were included. Social and demographic information about pain characteristics, response to analgesic treatment and the presence of comorbidities were analyzed. The illness status was identified and CD4 cell count was documented.

Results: pain was identified in 11 of 55 cases. Mean time of pain onset was 26 months (SD 28.6). Mean pain intensity by visual analogue scale was 7 (SD 2.3), and by verbal analogue scale proportions were reported as follows: 18 % mild, 36.5 % moderate, and 45 % severe pain.

Conclusions: we observed that pain appeared in 20 % of subjects. CD4 count was observed to be related to pain decrease. Type of study and sample size does not permit a definite interpretation of the results; therefore a generation of prospective studies with larger samples is needed.

¹Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"
²Dirección de Educación e Investigación en Salud, Unidad Médica de Alta Especialidad "Dr. Víctorio de la Fuente Narváez", Instituto Mexicano del Seguro Social
³Servicio de Clínica y Cuidados Paliativos, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

Distrito Federal, México

Comunicación con: María Luisa Pérez-Carranco.
 Tel: (55) 5627 6900, extensiones 22437 y 22686.
 Correo electrónico: rexy0510@hotmail.com

Recibido: 14 de enero de 2009

Aceptado: 5 de mayo de 2009

Introducción

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) afecta aproximadamente a 0.6 % de la población mundial (39.5 millones de personas).¹ En México se ha documentado que afecta a 0.3 % de los adultos.² Dada su prevalencia y sus efectos devastadores, se le considerado un problema de salud pública.

Se ha encontrado que las principales modalidades de transmisión en Latinoamérica son las relaciones sexuales entre hombres y la administración de drogas inyectables.¹ En este sentido, nuestro país presenta una tendencia similar; ya que la transmisión sexual y la hematogena constituyen 99.7 % de los casos de infección (1983 a 2006).²

Por otro lado, llama la atención que durante la última década se ha incrementado considerable-

Palabras clave

VIH
 sida
 dolor

Key words

HIV
 AIDS
 pain

mente la frecuencia de transmisión en personas heterosexuales,¹ tendencia también observada en población mexicana.² Por considerarse un problema de salud en México,² resulta imperativo optimar su atención y caracterizar e identificar los elementos que afectan la calidad de vida de estos enfermos.

Se ha informado que en fases avanzadas de la enfermedad se presentan síntomas que modifican las condiciones de vida. El dolor ocurre entre 60 y 90 % de los casos,^{3,4} y a pesar de su alta frecuencia no se describe su modalidad, intensidad, etiopatogenia y tipo de tratamiento para cada uno de los síndromes dolorosos; respecto a su tratamiento con frecuencia es deficiente, probablemente debido a su mala identificación.⁵ Aunado a lo anterior se ha señalado una relación directa entre el incremento de su frecuencia y el progreso de la enfermedad.⁶

Por muchos años se ha tratado el dolor de los pacientes con VIH en forma semejante al de los pacientes oncológicos;¹ sin embargo, dadas las diferencias entre ambas enfermedades, la terapia antiálgica tiene que diferenciarse. En México no se cuenta con estudios que documenten las características del dolor en pacientes con VIH, por lo que nos propusimos evaluar las características del dolor en una población de enfermos diagnosticados con infección por VIH.

Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo tomando una muestra de una base de datos disponible en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición

“Salvador Zubirán” respecto a pacientes diagnosticados con infección por VIH, entre el 1 de enero de 2006 y el 29 de abril de 2008.

Se incluyeron los enfermos que contaran en sus expedientes clínicos con variables demográficas, semiología del dolor, satisfacción con la analgesia y comorbilidades asociadas a la enfermedad. Se excluyeron los expedientes con registro de pronóstico de sobrevida menor a seis meses y aquellos con información incompleta.

Respecto a las variables demográficas se consideraron la edad en años, el sexo, el estado civil y la orientación sexual. Respecto a la semiología del dolor, se identificó el tiempo de inicio en meses. La temporalidad se clasificó en aguda (menos de tres meses) y crónica (más de tres meses).⁷ El tipo de dolor en somático (originado en estructuras músculo-esqueléticas),⁸ visceral (originado en estructuras anatómicas intracavitarias y sus anexos)⁹ y neuropático (causado por lesión o disfunción del sistema nervioso).⁷

La satisfacción con la analgesia indicada se registró mediante una escala subjetiva de cinco puntos elaborada para este propósito en muy satisfecho, satisfecho, insatisfecho, muy insatisfecho, no sabe. Respecto a las variables asociadas a la enfermedad se agruparon en enfermedad asintomática, sintomática y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida).¹⁰ Así mismo, se registró la cuenta del receptor CD4 de las células T (CD4).¹¹

A los resultados se les aplicó estadística descriptiva, documentando las medidas de tendencia central y de dispersión. Se empleó una plataforma estadística para computadoras personales (SPSS versión 15.0).

Resultados

Se seleccionaron 64 expedientes por contar con las variables en estudio, excluyendo nueve por información incompleta.

De los 55 expedientes analizados, 53 correspondieron a pacientes masculinos (96 %); la edad promedio fue de 39 ± 11.4 años. Respecto al estado civil, 37 fueron solteros (67 %), 13 casados (24 %), dos separados o divorciados (3.5 %), dos vivían en unión libre (3.5 %) y uno era viudo (2 %). Respecto a la orientación sexual, 19 fueron heterosexuales (35 %), 19 homosexuales (35 %) y 17 bisexuales (30 %) (figura 1); 13 sujetos presentaban la enfermedad en fase asintomática (23.5 %), 13 sintomática (23.5 %) y 29 sida (53 %). El valor promedio de CD4 fue de 305 ± 217.4 .

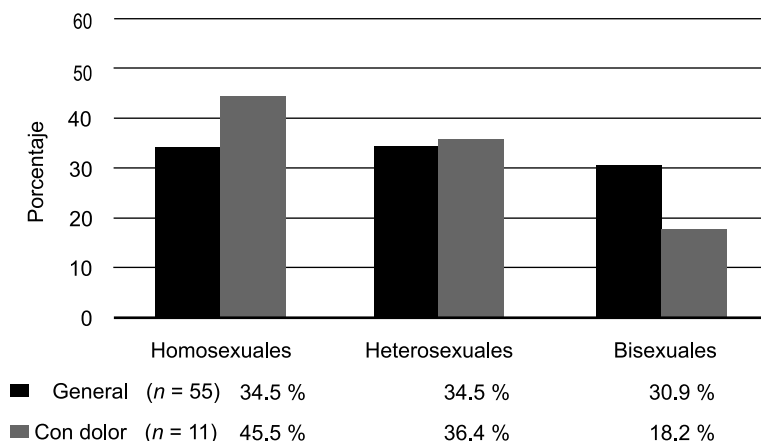


Figura 1. Proporción de pacientes con VIH/sida de acuerdo con la orientación sexual

Evaluación de los enfermos con dolor

De los 55 pacientes incluidos, 11 presentaron dolor (20 %) (cuadro I), de los cuales 10 fueron del sexo masculino (91 %), con edad promedio de 36.7 ± 14.3 años (mínima 19 años y máxima 70 años). Se identificó que nueve de estos enfermos eran solteros (82 %), uno casado (9 %) y uno viudo (9 %). Respecto a su orientación sexual, cuatro fueron heterosexuales (37 %), cinco homosexuales (45 %) y dos bisexuales (18 %). En tres la enfermedad estaba asintomática (27.5 %), en tres sintomática (27.5 %) y cinco presentaban sida (45 %). La cuenta promedio de CD4 fue de 278 ± 144 ; al relacionarla con la intensidad del dolor por EVA, se observa una tendencia a disminuir al incrementarse la severidad del dolor (figura 2).

El tiempo promedio de inicio del dolor fue de 26 ± 28.6 meses. Respecto a la modalidad, siete con dolor crónico (63 %) y cuatro con dolor agudo (37 %). En relación con el tipo de dolor, en cuatro enfermos fue de características somáticas (36.5 %), en tres visceral (27 %) y en cuatro neuropático (36.5 %). En cuanto a la localización, en cinco el dolor se ubicó en las piernas (46 %), tres en abdomen (27 %), uno

en tórax (9 %), uno en región lumbosacra (9 %) y uno en periné (9 %). La intensidad del dolor promedio mediante EVA fue de 7 ± 2.3 ; mediante EVERA, dos presentaron dolor leve (18 %), cuatro moderado (36.5 %) y cinco severo (45.5 %) (figura 2).

En cuanto al nivel de satisfacción con la analgesia proporcionada en forma inicial, ningún sujeto indicó estar muy satisfecho, siete se mostraron satisfechos (64 %), dos se consideraron insatisfechos (18 %), ninguno muy insatisfecho y dos no pudieron definir su satisfacción (18 %).

Discusión

Las características demográficas de la población estudiada fueron similares a las señaladas en otros estudios. A nivel internacional, 70 % de los afectados por este mal es del sexo masculino.¹ En México se informó que 81.7 % de los afectados pertenece a este sexo, lo cual contrasta con 96 % identificado en nuestra investigación; estos datos sugieren la posibilidad de que a nuestro centro de referencia acuda un mayor número de hombres, o que en cierta forma haya disminuido la frecuencia de infección en las mujeres; otra razón que podría explicar esta tendencia es que la frecuencia de infección en hombres de la ciudad de México sea mayor que la registrada en el país. Estos elementos sugieren la necesidad de generar estudios epidemiológicos por regiones para identificar las posibles causas de esta tendencia.

Cuadro I
Características de los sujetos de estudio en general ($n = 55$) y con dolor ($n = 11$)

Variable	n	%	Media	DE
Edad			39	11
Sexo				
Hombres	53	96		
Mujeres	2	4		
Sujetos de estudio ($n = 55$)				
Estado Civil				
Soltero	37	67		
Casado	13	24		
Separado o divorciado	2	4		
Unión libre	2	4		
Viudo	1	2		
Fase de la enfermedad				
Asintomática	13	24		
Sintomática				
Sida	29	53		
Sujetos con dolor ($n = 11$)				
Cronicidad				
Agudo	4	37		
Crónico	7	63		
Origen				
Somático	4	37		
Visceral	3	27		
Neuropático	4	37		

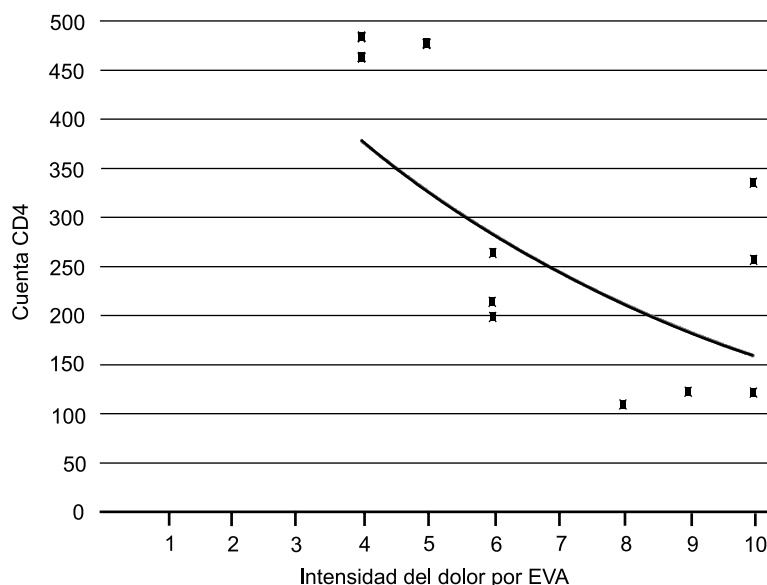


Figura 2. Relación entre la intensidad del dolor por EVA y la cuenta de CD4 ($n = 11$)

Respecto a la mayor proporción de enfermos solteros, es semejante a lo documentado en otros estados de la República, lo cual cobra relevancia debido a que estos pacientes requieren una sólida red de apoyo conforme avanza la enfermedad. En cuanto a la proporción de homosexuales y heterosexuales fue similar a lo identificado en otras series nacionales.² Estos elementos muestran la necesidad de redoblar esfuerzos tendientes a mejorar la educación sexual en este vulnerable grupo poblacional.

Internacionalmente se ha descrito que el dolor afecta 30 a 90 % de los pacientes infectados;^{4,6} en nuestro informe, la prevalencia fue de 20 %. Lo anterior pudiera explicarse porque se excluyó a los enfermos terminales. En ese sentido cabe destacar que la prevalencia del dolor se incrementa conforme avanza la enfermedad.⁶ Es posible que de incluir a este tipo de enfermos la prevalencia aumente.

No obstante al limitado número de sujetos con dolor identificados en este estudio, 82 % de quienes lo presentaban era soltero. Sobre este punto cabe la posibilidad que al carecer de redes sociales se modifiquen los factores psicoafectivos involucrados en la expresión del dolor.¹² De igual forma sugiere la necesidad de realizar una evaluación psicológica que permita reforzar las estrategias de afrontamiento del enfermo.¹³

En relación a lo comentado en el presente estudio, la frecuencia de dolor se incrementa conforme avanza la enfermedad. Aunado a esto se identificó que el inicio de éste fue dos años previos a la evaluación, lo cual confirma que el dolor es más frecuente en etapas avanzadas. Respecto a su pobre identificación se requiere establecer programas educativos orientados a la evaluación de esta enfermedad.

Así mismo, la relación del número de células CD4 posiblemente se relacione con la intensidad de la sintomatología dolorosa. Esto último ha sido informado en otras series,¹⁴ que puntualizan que la disminución en la cuenta de estas células se asocia a mayor número de visitas domiciliarias, por lo que resulta conveniente crear programas de cuidados paliativos orientados a mejorar su calidad de vida en etapas avanzadas.

En cuanto al tipo de dolor, Hewitt y colaboradores (1996) documentaron que el dolor nociceptivo de tipo somático afecta a 45 % de los enfermos.¹⁴ En la presente muestra, 35 % presentaba dolor de este tipo, 35 % dolor neurogénico en comparación con 19 % indicado por Hewitt. La escasa información relacionada con la caracterización de los síndromes dolorosos en los pacientes con VIH/sida son escasos, lo cual sugiere la necesidad de generar líneas de investigación que resuelvan esas interrogantes.

De igual forma se ha señalado que la polineuropatía simétrica distal ocurre en 50 % de las personas con sida, sin embargo, solo 19 % desarrolla dolor neuropático por la enfermedad de base.^{15,16} No obstante que observamos mayor frecuencia de dolor neurogénico, 46 % de los sujetos presentaba dolor en extremidades inferiores, en forma coincidente con otros estudios.^{4,14} Es importante destacar que la evaluación del dolor en el enfermo con VIH/sida debe incluir una revisión acuciosa de los datos que sugieran la presencia de polineuropatía simétrica distal. Esto se debe a que la terapéutica en este tipo de dolor es diferente a la del dolor somático o visceral.

Por lo anterior podemos considerar que aun cuando el VIH/sida es una de las enfermedades que más llaman la atención de la comunidad médica y paramédica, no se han efectuado estudios que permitan caracterizar los síntomas que afectan la calidad de vida del paciente y de su cuidador primario, por lo que una correcta caracterización de los síntomas mejorará las condiciones de vida de estos enfermos, permitiendo estrategias para el establecimiento de una analgesia adecuada, racional y oportuna.

Referencias

1. UNAIDS/WHO. AIDS Epidemic Update: December 2006. Geneva, Switzerland: WHO; 2006.
2. Conasida. Panorama epidemiológico del VIH/sida e ITS en México, 2006. [Fecha de consulta: 30 de enero de 2008]. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/conasida>
3. Woodruff R. AIDS in adults. En: Doyle D, editor. Oxford textbook of palliative medicine. Third edition. United Kingdom: Oxford Press; 2004.
4. Norval DA. Symptoms and sites of pain experienced by AIDS patients. S Afr Med J 2004;94:450-454.
5. Lefkowitz M. Pain management for the AIDS patient. J Fla Med Assoc 1996;83:701-704.
6. Breitbart W. Pain in HIV disease. En: Loeser JD, editor. Bonica's management of pain. Third edition. USA: LWW; 2001. p. 739.
7. Merskey H. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the Subcommittee on Taxonomy. Pain 1979;6:249-252.
8. Woolf CJ. Somatic pain. Pathogenesis and prevention. Br J Anaesth 1995;75:169-176.
9. McMahon SB, Dmitrieva N, Koltzenburg M. Visceral pain. Br J Anaesth 1995;75:132-144.
10. Fauci AS, Lane C. Human immunodeficiency virus disease: AIDS and related disorders. En: Kasper DL, editor. Harrison's: principles of internal medicine. Sixteenth edition. USA: McGraw-Hill; 2005.
11. Miceli MC, Parnes JR. Role of CD4 and CD8 in T cell activation and differentiation. Adv Immunol 1993;53:59-122.
12. Morales-Vigil T, Alfaro-Ramírez OI, Sánchez-Román S, Guevara-López U, Vázquez-Pineda F. Ansiedad y depresión por dolor crónico neuropático y nociceptivo. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008;46:479-484.
13. Plata-Muñoz MA, Castillo-Olivares E, Guevara-López U. Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. Rev Mex Anest 2004;27:16-23.
14. Hewitt DJ, McDonald M, Portenoy RK, Rosenfeld B, Passik S, Breitbart W. Pain syndromes and etiologies in ambulatory AIDS patients. Pain 1997; 70:117-123.
15. Dobalian A, Tsao JC, Duncan RP. Pain and the use of outpatient services among persons with HIV: results from a nationally representative survey. Med Care 2004;42:129-138.
16. Ownby KK. Effects of ice massage on neuropathic pain in persons with AIDS. J Assoc Nurses AIDS Care 2006;17:15-22.