

Desafíos del tratamiento del dolor con el VIH y terapias alternativas

Alexandria Mello, BSN, BS, y Tammy Gravel, EdD(c), MSN

EL VIH INFECTA a 47 000 personas cada año en los Estados Unidos¹. Aunque los avances en el tratamiento han mejorado la calidad de vida de estos pacientes, no hay cura ni vacuna para prevenir la infección. Con el paso de los años, el VIH se ha transformado de enfermedad aguda a crónica; los pacientes viven más tiempo con la enfermedad y sus diversas complicaciones. Esto supone una carga para el paciente y el sistema sanitario, ya que requiere un cuidadoso control de la medicación para prevenir efectos tóxicos y minimizar las complicaciones.

De las múltiples complicaciones que conlleva una infección por VIH, la que se notifica con más frecuencia es el dolor^{2,3}. Muchos pacientes con infección por VIH que se quejan del dolor lo califican de intenso y dicen que reduce su calidad de vida³. Los tratamientos alternativos como la acupuntura y la terapia cognitivo-conductual (TCC) están surgiendo como intervenciones válidas para el manejo del dolor en esta población. Este artículo resalta los desafíos y las opciones no farmacológicas para el manejo del dolor en pacientes con VIH.

Revisión de la bibliografía

Dolor en la infección por VIH. La investigación indica que el dolor, tanto el neuropático como el nociceptivo, es una complicación significativa del VIH, y afecta a casi el 80% de los pacientes con este diagnóstico³. El dolor puede estar relacionado con los efectos del virus en el organismo, con el tratamiento antirretroviral, con infecciones oportunistas o con una combinación de los tres⁴. Además, los pacientes notifican dolor en muchas zonas del cuerpo con diferentes grados de intensidad. La investigación

sugiere que esto se debe a varios procesos patológicos simultáneos⁴. El carácter multifactorial de la etiología del dolor en esta población contribuye a la intensidad del dolor y a los desafíos de tratamiento.

Los pacientes con VIH también notifican fatiga, alteración del sueño y depresión por dolor crónico⁵. Estos síntomas afectan negativamente a la calidad de vida y a la capacidad de desempeñar papeles multifuncionales y emocionales. Una encuesta realizada a adultos con VIH positivo revela que los pacientes describen el dolor como “espantoso, insoportable e intenso” y comunican una pérdida de independencia como consecuencia⁶. La combinación de infección por VIH y depresión aumenta la probabilidad de incumplimiento de las pautas de medicación, lo que supone una grave amenaza para la salud y el bienestar de los pacientes⁷.

Prácticas actuales de manejo del dolor.

El tratamiento actual del dolor en pacientes con VIH varía. La investigación indica que a menudo no se trata adecuadamente debido a numerosos factores, como el miedo a la adicción por los pacientes y los profesionales⁸. Algunos pacientes muestran su descontento porque los profesionales sanitarios no se toman en serio las quejas por dolor⁶. Otros no saben si quejarse del dolor por miedo a que los tilden de difíciles⁴.

Según la investigación, la mayoría de pacientes con VIH en Estados Unidos tienen un nivel socioeconómico bajo, son de minorías étnicas y son mujeres³. Normalmente estos grupos experimentan más dolor y no reciben suficiente tratamiento para ello³. Estos factores demográficos son importantes

en la prevalencia del dolor por VIH y su tratamiento.

Como la infección por VIH es una enfermedad crónica, los pacientes viven más tiempo con ella y con sus comorbilidades. El deterioro renal y hepático, que son complicaciones frecuentes de la infección por VIH, suponen problemas adicionales para el manejo del dolor. Debido a sus efectos hepatotóxicos y nefrotóxicos, el paracetamol y los fármacos antiinflamatorios no esteroideos no son aptos para todos los pacientes⁹. En consecuencia, los médicos deben buscar otras soluciones farmacéuticas para tratar el dolor. Además, algunos analgésicos opioides como el fentanilo, la morfina, la codeína y la hidrocodona pueden interactuar con algunos antirretrovirales que se utilizan para tratar el VIH¹⁰. Estos problemas complican el manejo del dolor en esta población.

Para tratar este dolor, se recomienda a los profesionales que sigan las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el dolor oncológico. Según estas directrices, el tratamiento más frecuente para el dolor crónico en esta población son los opioides¹¹. No obstante, solo un pequeño porcentaje de pacientes con VIH reciben opioides de acción prolongada para el dolor crónico, y son incluso menos los que dicen que los medicamentos les alivian el dolor⁸. Esto puede deberse al hecho de que los opioides están indicados como tratamiento de tercera línea para el dolor neuropático, que es el que experimentan muchos individuos de esta población según estudios recientes¹². El tratamiento con opioides es problemático en esta población por la alta incidencia de abuso y el potencial de interacciones con otros fármacos¹⁰. La investigación indica que los pacientes con

VIH positivo y trastornos por el uso de sustancias tienen poca tolerancia al dolor, con lo que requieren dosis más altas de opioides para sentir alivio¹³.

Mientras que la etiología de la menor tolerancia al dolor en personas con drogadicción sigue investigándose, un estudio fundamental ofrece algunas explicaciones¹⁴. En primer lugar, los pacientes con VIH y drogodependientes pueden sufrir por el síndrome de abstinencia de opioides y otras drogas, lo que aumenta el dolor. Además, el dolor en este subgrupo de la población puede estar asociado a antecedentes de abuso físico o sexual. Por último, los pacientes de este grupo suelen presentar altos niveles de somatización de problemas psicológicos y de hipervigilancia al dolor, lo que aumenta los niveles de dolor y reduce la tolerancia al mismo¹⁴.

Aunque los opioides siguen siendo el centro de las directrices de tratamiento de la OMS, las nuevas investigaciones no los consideran la opción más segura¹¹. El uso de opioides en estos pacientes promueve el daño neuronal y el dolor neuropático¹¹. Aunque se desconoce el mecanismo exacto, los investigadores creen que la inflamación, la infección viral y la hiperexcitabilidad neuronal por opioides generan daño neuronal con el tiempo.

Los pacientes diagnosticados de VIH y de trastornos por el consumo de opioides notifican más dolor neuropático que los que no tienen esos trastornos¹⁵. Aunque los opioides están recomendados como tratamiento de tercera línea para el dolor neuropático, según un informe conjunto reciente siguen siendo el tratamiento de primera línea para el dolor por VIH, que suele ser de tipo neuropático¹². Se necesita más investigación para determinar la seguridad y la eficacia de los opioides para el manejo del dolor en esta población.

Tratamientos no farmacológicos para el manejo del dolor

Acupuntura. La medicina complementaria y alternativa (MCA), que incluye la acupuntura, es un sustituto razonable de la medicación en pacientes con dolor por VIH. La acupuntura se utiliza para tratar el dolor crónico y agudo, y el síndrome

La medicina complementaria y alternativa, que engloba la acupuntura, es una alternativa a la medicación en pacientes con dolor por VIH.

de dolor regional complejo¹⁶. La OMS reconoce la acupuntura como método de alivio del dolor principal con reacciones adversas mínimas¹⁷. Los investigadores han descubierto que la acupuntura mejora la sensación de bienestar del paciente y su estado funcional¹⁷.

La incidencia de dolor en pacientes con VIH puede deberse a algún daño neurológico, que puede reducirse con la acupuntura¹⁸. Además, también se utiliza para tratar las náuseas que provoca el tratamiento antirretroviral¹⁹. La investigación ha demostrado que la acupuntura tiene un efecto positivo intenso sobre la mortalidad y el desgaste en esta población²⁰. La acupuntura mejora la calidad de vida de los pacientes favoreciendo la resiliencia y promoviendo un ambiente de cuidado holístico centrado en el paciente²¹. Muchas personas indican que si el tratamiento no se centra suficientemente en el paciente, es más fácil que se incumpla y que la relación paciente-profesional sea insatisfactoria. No obstante, en los ámbitos en los que la acupuntura se incorpora en los planes de atención médica, los pacientes comunican una mayor autonomía, relaciones más sólidas con los profesionales sanitarios y mejor cumplimiento farmacológico²¹.

Aunque la OMS haya aceptado la acupuntura como método eficaz para el alivio del dolor, hay pocos estudios que hayan investigado su uso en esta población. Un estudio de referencia no encontró mejoras en el dolor al utilizar la acupuntura en personas con VIH²². No obstante, este estudio se llevó a cabo hace casi 20 años y sus resultados no se han repetido. Por los posibles beneficios de la acupuntura y sus efectos adversos mínimos, es razonable

apoyar el estudio de su uso para el manejo del dolor en pacientes con VIH.

Terapia cognitivo-conductual. Muchos pacientes con VIH sufren depresión e insomnio además del dolor crónico. La combinación de estos trastornos aumenta el riesgo de suicidio e incumplimiento del tratamiento con antirretrovirales⁷. Además, el insomnio puede exacerbar el dolor²³. Los estudios demuestran que la TCC y la terapia de conciencia plena, que se utilizan frecuentemente contra la depresión, también son eficaces para reducir el dolor crónico y el insomnio²³. Llevada a cabo por un psicólogo u otro profesional sanitario, esta intervención utiliza técnicas de modificación cognitiva y de conducta para abordar pensamientos negativos y conducta inadaptada²⁴. El resultado de la TCC es un cambio en las emociones del paciente y en los comportamientos resultantes; cuando se utiliza para el manejo del dolor, logra reducirlo eficazmente²⁴.

Los investigadores han examinado los efectos de la TCC en informes de dolor de pacientes, así como la viabilidad de incorporar la TCC en la atención en clínicas de VIH⁹. En este estudio, el programa de TCC incluía información sobre el dolor crónico, técnicas de relajación, gestión del sueño, reestructuración cognitiva y habilidades de resolución de problemas⁹. Los participantes del estudio se reunieron con el psicólogo para hacer TCC en las visitas de atención primaria. Después del programa de TCC, los participantes notificaron una reducción de la intensidad del dolor y de la ansiedad asociada con el dolor, e indicaron que el dolor interfería menos en sus tareas diarias que antes de la terapia. Además, los pacientes comunicaron una mayor aceptación del dolor⁹.

Un estudio similar indicó que la incorporación de programas de TCC en visitas de atención primaria reducía el dolor en los pacientes y aumentaba su participación en actividades divertidas, lo que fortalecía las relaciones con los profesionales de atención primaria y mejoraba el cumplimiento del tratamiento²⁵. Los programas de TCC de este estudio consistieron en educación sobre la fijación de objetivos diarios y el ritmo de las

actividades para reducir la incidencia del dolor, además de la reestructuración cognitiva de la experiencia de dolor²⁵. Esta intervención mejoró la calidad de vida y ayudó a los pacientes a recuperar funcionalidad.

Otro estudio concluyó que las sesiones semanales de TCC por vía telefónica con un terapeuta capacitado podían reducir significativamente el dolor crónico generalizado en pacientes con fibromialgia²⁶. Una intervención de ese tipo podría ser ideal para pacientes con VIH positivo que no pueden acudir a las sesiones de terapia por restricciones socioeconómicas, aunque se requieren más estudios. Las psicoterapias como la TCC y la terapia de conciencia plena pueden ser alternativas de tratamiento más seguras que los analgésicos opioides, y deben tomarse en consideración para pacientes con VIH.

Ante estas nuevas opciones de tratamiento prometedoras y el potencial de daño causado por los opioides, es necesario llevar a cabo nuevos estudios que aborden la eficacia de la MCA para el alivio del dolor en esta población. La MCA podría aumentar las intervenciones farmacológicas para el dolor, reduciendo los riesgos de interacciones, problemas de dependencia de sustancias y daño neuronal.

Intervenciones educativas

La educación de los pacientes es una de las primeras funciones de las enfermeras, independientemente del ámbito sanitario, incluyendo los fármacos y los cambios en el estilo de vida. Un estudio reciente indica que formar a pacientes con VIH y a sus cuidadores sobre la causa del dolor del paciente puede ayudar a reducirlo²⁷. En este estudio, los pacientes participaron en grupos de formación sobre el dolor conducidos por enfermeras. Durante las sesiones de grupo, los pacientes y sus cuidadores recibieron información sobre la causa del dolor asociado con infección por VIH, métodos para evaluar el dolor, mitos sobre el dolor y métodos farmacológicos y no farmacológicos para tratar el dolor. Después de estas sesiones, los pacientes notificaron una disminución del dolor y un aumento de su calidad de vida²⁷. Aunque

Las psicoterapias como la terapia cognitivo-conductual y la terapia de conciencia plena pueden ser alternativas de tratamiento más seguras que los analgésicos opioides.

se necesitan más estudios que verifiquen el efecto de la formación de pacientes en informes del dolor, esta intervención puede ser un añadido seguro y eficaz para el manejo del dolor en esta población.

Implicaciones para la enfermería

El papel de la enfermera es proporcionar atención integral centrada en el paciente. Al cuidar de pacientes con VIH, las enfermeras deben comprender las implicaciones de las modalidades de tratamiento y su efecto en la calidad de vida y estado funcional. Las enfermeras deben optar por tratamientos como la MCA que alivien el dolor de manera eficaz con las mínimas reacciones adversas. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Centers for Disease Control and Prevention. Statistics overview. 2015. www.cdc.gov/hiv/statistics/overview.
- Merlin JS, Cen L, Praestgaard A, et al. Pain and physical and psychological symptoms in ambulatory HIV patients in the current treatment era. *J Pain Symptom Manage*. 2012;43(3):638-645.
- Miaskowski C, Penko JM, Guzman D, Mattson JE, Bangsberg DR, Kushel MB. Occurrence and characteristics of chronic pain in a community-based cohort of indigent adults living with HIV infection. *J Pain*. 2011;12(9):1004-1016.
- Parker R, Stein DJ, Jelsma J. Pain in people living with HIV/AIDS: a systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2014;17:18719.
- Aouizerat BE, Miaskowski CA, Gay C, et al. Risk factors and symptoms associated with pain in HIV-infected adults. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2010;21(2):125-133.
- Maree JE, Dreyer Wright SC, Makua MR. The management of HIV- and AIDS-related pain in a primary health clinic in Tshwane, South Africa. *Pain Manag Nurs*. 2013;14(2):94-101.
- Uebelacker LA, Weisberg RB, Herman DS, Bailey GL, Pinkston-Camp MM, Stein MD. Chronic pain in HIV-infected patients: relationship to depression, substance use, and mental health and pain treatment. *Pain Med*. 2015;16(10):1870-1881.
- Krashin DL, Merrill JO, Trescott AM. Opioids in the management of HIV-related pain. *Pain Physician*. 2012;15(3 suppl):E157-E168.
- Trafton JA, Sorrell JT, Holodny M, et al. Outcomes associated with a cognitive-behavioral chronic pain management program implemented in three public HIV primary care clinics. *J Behav Health Serv Res*. 2012;39(2):158-173.

- University of Liverpool. HIV drug interactions. 2017. www.hiv-druginteractions.org/checker/#tableview-wrap.
- World Health Organization. *Cancer Pain Relief. With a Guide to Opioid Availability*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1996.
- Moulin D, Boulanger A, Clark AJ, et al. Pharmacological management of chronic neuropathic pain: revised consensus statement from the Canadian pain society. *Pain Res Manag*. 2014;19(6):328-335.
- Silverberg MJ, Ray GT, Saunders K. Prescription long-term opioid use in HIV-infected patients. *Clin J Pain*. 2012;28(1):39-46.
- Tsao JC, Dobalian A, Stein JA. Illness burden mediates the relationship between pain and illicit drug use in persons living with HIV. *Pain*. 2005; 119(1-3):124-132.
- Malvar J, Vaida F, Sanders CF, et al. Predictors of new-onset distal neuropathic pain in HIV- infected individuals in the era of combination antiretroviral therapy. *Pain*. 2015;156(4):731-739.
- Hommer DH. Chinese scalp acupuncture relieves pain and restores function in complex regional pain syndrome. *Mil Med*. 2012;177(10): 1231-1234.
- Sadeghi R, Heidarnia MA, Zagheri Tafreshi M, Rassouli M, Soori H. The reasons for using acupuncture for pain relief. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(9):e15435.
- Dimitrova A, Murchison C, Oken B. Effects of acupuncture on neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis. *Neurology*. 2015;84(14) (suppl P3.306).
- Chang BH, Sommers E. Acupuncture and the relaxation response for treating gastrointestinal symptoms in HIV patients on highly active antiretroviral therapy. *Acupunct Med*. 2011;29(3):180-187.
- Shiff ett SC, Schwartz GE. Effects of acupuncture in reducing attrition and mortality in HIVinfected men with peripheral neuropathy. *Explore (NY)*. 2011;7(3):148-154.
- Donald G, Lawrence M, Lorimer K, Stringer J, Flowers P. The meaning and perceived value of mind-body practices for people living with HIV: a qualitative synthesis. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2015;26(5):660-672.
- Shlay JC, Chaloner K, Max MB, et al. Acupuncture and amitriptyline for pain due to HIV-related peripheral neuropathy: a randomized controlled trial. Terry Beirn community programs for clinical research on AIDS. *JAMA*. 1998;280(18):1590-1595.
- Vitiello MV, McCurry SM, Shortreed SM, et al. Cognitive-behavioral treatment for comorbid insomnia and osteoarthritis pain in primary care: the lifestyles randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(6):947-956.
- Sveinsson V, Eriksen HR, Reme SE. Assessing the role of cognitive behavioral therapy in the management of chronic nonspecific back pain. *J Pain Res*. 2012;5:371-380.
- Uebelacker LA, Weisberg RB, Herman DS, et al. Pilot randomized trial of collaborative behavioral treatment for chronic pain and depression in persons living with HIV/AIDS. *AIDS Behav*. 2016; 20(8):1675-1681.
- McBeth J, Prescott G, Scotland G, et al. Cognitive behavior therapy, exercise, or both for treating chronic widespread pain. *Arch Intern Med*. 2012;172(1):48-57.
- Nkhoma K, Seymour J, Arthur A. An educational intervention to reduce pain and improve pain management for Malawian people living with HIV/AIDS and their family carers: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50(1):80-90.e4.

Alexandria Mello es una recién titulada de la MCPHS University de Worcester, Massachusetts y Tammy Gravel es decana asociada de plan de estudios y evaluación y profesora adjunta en la MCPHS University.

Las autoras han declarado no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionado con este artículo.