

# Tratamiento del dolor y el sufrimiento en los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida -SIDA-

TIBERIO ÁLVAREZ

**E**L PRESENTE ARTÍCULO DISCUTE diversos aspectos de los síndromes dolorosos frecuentes en pacientes con sida. Describe, así mismo, el impacto que tiene el dolor en la calidad de vida y en las experiencias diarias de estas personas. Explica la asistencia médica y paliativa y analiza algunos aspectos de las decisiones autónomas al final de la vida. Se hace énfasis en que el paciente con sida sufre dolor total y requiere por lo tanto una terapia total para que el dolor y el sufrimiento se reduzcan al mínimo y se cumpla el derecho a no sufrir innecesariamente.

## **PALABRAS CLAVE**

DOLOR

CUIDADOS PALIATIVOS

SIDA

VIH

.....  
Doctor TIBERIO ÁLVAREZ ECHEVERRI, MD, Medellín, Colombia

## INTRODUCCIÓN

A MEDIADOS DE 1997, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA (ONUSIDA) informó que se habían notificado en el mundo 1.655.496 casos de sida y que aproximadamente la mitad de los mismos provinieron de las Américas. Hasta septiembre del mismo año, según el Programa Regional de SIDA-ETS de la Organización Panamericana de la Salud, se informó de 221.000 casos en América Latina y el Caribe, donde vive el 8.5% de la población mundial pero que alberga el 13% del total de casos de sida del mundo. Teniendo en cuenta el rápido avance de la pandemia del VIH-SIDA, son urgentes la implementación de programas preventivos para combatir eficazmente la diseminación del VIH y el establecimiento de programas para aliviar el dolor y el sufrimiento de las personas afectadas.

Todas las encuestas muestran alta prevalencia de esta infección con variable presentación psicológica y funcional. El dolor ocurre en el 25 al 80% de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, pero es más frecuentes en los avanzados (1). En una encuesta Breibart (2) encontró que el 38% de los pacientes ambulatorios con VIH presentaron dolor permanente en las dos últimas semanas (2). En otro estudio se encontró que el 50% de los pacientes con sida tienen dolor mientras que 25% lo sufren en los primeros estados de la infección. Según Singer (1) el 28% de los pacientes seropositivos asintomáticos tienen por lo menos un síndrome doloroso en los primeros seis meses, comparados con el 56% de quienes tienen el llamado Complejo Relacionado con el sida – Aids Related Complex, ARC – y el 80% de quienes tienen sida. Como ocurre con el cáncer, el dolor es más frecuente en los estados finales pero es un problema temprano en la tercera parte de los pacientes infectados con VIH. El dolor en estos pacientes es comparable al de los cancerosos si se tienen en cuenta la prevalencia, la intensidad y el número de dolores concomitantes. Sin em-

bargo, el dolor es más mal tratado que el del cáncer (3). En los pacientes terminales de sida la prevalencia de dolor es mayor del 50% con una intensidad igual o mayor que la de los que tienen cáncer (4). Se ha encontrado que a medida que aumenta la intensidad del dolor se interfiere más con las funciones de la vida diaria, pero lo más preocupante es que estos pacientes no son adecuadamente tratados. Por ejemplo: sólo al 6% de quienes tienen dolor severo, intenso, se les formula morfina, no obstante que la Escalera Analgésica propuesta por la Organización Mundial de la Salud, sugiere a los médicos que utilicen los opiáceos fuertes en todos los pacientes con dolor moderado a severo. Sólo el 15% de estos pacientes reciben adecuado alivio del dolor comparados con el 60% de los de cáncer. Las mujeres son dos veces más mal tratadas que los hombres. También se ha notado que cuando el sida se presenta en personas de bajo nivel educativo o que han adquirido la enfermedad mediante inyecciones de drogas adictivas, el dolor no es adecuadamente tratado quizá por la tendencia de estos últimos a exagerar su dolor lo que los hace “no creíbles” (4).

## DOLOR Y CALIDAD DE VIDA

LAS DIFERENTES INVESTIGACIONES muestran una alta incidencia de estrés psicológico y síntomas depresivos en pacientes que sufren sida, como consecuencia inevitable del diagnóstico además de los factores sociales y personales. En el estudio realizado por Rosenfeld y colaboradores (5) en 438 pacientes ambulatorios con sida, a quienes aplicaron una serie de encuestas como el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario Breve de Síntomas (BSI), la Escala de Desesperanza de Beck (BHS), el Cuestionario de Soporte Social (SSQ6), el Índice Funcional Viviente (FLIC) y la Escala MSAS de Evaluación de los Síntomas (Memorial Symptom Assessment Scale, Short Form), encontraron un impacto negativo en el bienestar psicológico y en la calidad de vida.

El dolor se relacionó con el estrés, la depresión, la desesperanza y la baja calidad de vida aun después de controlar las variables sociales y demográficas influyentes. Sin embargo, el impacto del dolor no se limitó a los aspectos somáticos como la fatiga, el sueño y los trastornos del apetito, sino que también estuvo asociado con los psicológicos y cognoscitivos como el pesimismo, la desesperanza, la anhedonia, la disforia y la ansiedad. No es sorprendente entonces el impacto del dolor en el bienestar y en la calidad de la vida, sobre todo a medida que se incrementa su intensidad, no obstante el apoyo social que tienen algunos pacientes. Un aspecto interesante de este estudio fue la no asociación entre la intensidad dolorosa y las ideas suicidas. La gran mayoría de los pacientes con estas ideas expresaron que en verdad tenían pensamientos pasivos sobre el suicidio pero sin siquiera intentar llevarlos a la práctica. Aunque la compleja naturaleza de la ideación suicida se ha observado y discutido en pacientes gravemente enfermos, la conclusión es que, probablemente, la relación entre dolor e idea suicida es indirecta, quizá mediada por la depresión u otros factores desconocidos. Aunque, como se expresó, el tratamiento del dolor en pacientes con sida deja mucho que desear se espera que su alivio sea benéfico para el bienestar personal. Se requiere, por lo tanto, identificar su situación, evaluarlos y tratarlos de manera integral para optimizar su calidad de vida y minimizar el estrés psicológico y la depresión (5). Las ideas suicidas se presentan en el 30% de estos pacientes (3).

## ETIOLOGÍA DE LOS SÍNDROMES DOLOROSOS

### LA CARACTERIZACIÓN DE LOS SÍNDROMES DOLOROSOS EN

pacientes con sida no ha sido adecuadamente estudiada y los pocos resultados que se tienen varían de acuerdo con el sitio de atención; por ejemplo: en el hospital, el hospicio, la clínica de dolor, o si son atendidos ambulatoriamente; influyen también el estado de la enfermedad, el sexo y los factores de transmisión. Algunos estudios son retrospectivos, otros basados en encuestas sin examen médico adecuado o bien incluyendo sólo pacientes con la enfermedad en estado avanzado, homosexuales o drogadictos.

El dolor puede deberse directamente a la enfermedad por compromiso del sistema nervioso central o periférico por VIH, como neuropatías o mielopatías; a la inmunosupresión que lleva a infecciones oportunistas o tumores como el sarcoma o el linfoma; a las terapias para la infección como las medicaciones antirretrovirales, la quimioterapia como ocurre con la zidovudina que produce una miopatía necrosante no infecciosa (3), la radiación, la cirugía, los procedimientos y los varios desórdenes asociados. También puede deberse a factores no relacionados con la enfermedad o el

tratamiento como la neuropatía diabética o la hernia discal (3).

Los síndromes dolorosos más comunes incluyen la cefalea debida en muchos casos a toxoplasmosis o criptococosis o por la asociación con linfomas; las

**E**l impacto del dolor no se limitó a los aspectos somáticos como la fatiga, el sueño y los trastornos del apetito sino que también estuvo asociado con los psicológicos y cognoscitivos como el pesimismo, la desesperanza, la anhedonia, la disforia y la ansiedad. No es sorprendente entonces el impacto del dolor en el bienestar y en la calidad de la vida, sobre todo a medida que se incrementa su intensidad, no obstante el apoyo social que tienen algunos pacientes.

neuropatías dolorosas periféricas; el dolor abdominal por enteritis, obstrucción, hepatitis, pancreatitis y las condiciones reumatológicas. La cefalea se presenta en 10 a 25% de los pacientes con sida y puede ser una manifestación grave de compromiso del sistema nervioso central por meningitis criptocócica, infección o masa, tal como se expresó (6). Las neuropatías dolorosas se presentan en 15-50% de los casos y generalmente son distales, simétricas y de tipo sensitivo. Pueden ser debidas a la acción directa del VIH, o a infecciones asociadas, problemas inmunológicos, tóxicos o nutricionales. Se caracterizan por parestesias, disestesias e hiporreflexia. Otras causas son las terapias u otros factores. También son comunes los dolores abdominales y los reumáticos. Berman (7) encontró que de 101 pacientes con sida, 35 tenían artralgiás; 10 el síndrome de Reiter caracterizado por artritis, uretritis y conjuntivitis y 5 presentaban otras condiciones reumáticas como miositis, vasculitis y artritis psoriásica. En algunos pacientes puede presentarse el síndrome de Guillain Barré quizá debido a mediación inmunológica.

En otro estudio, de Hewitt y col. (8) se encontró que estos pacientes tienen un promedio de 2.7 dolores los cuales conforman un amplio espectro de síndromes dolorosos. Los más frecuentes son los de tipo somático como artralgiás, mialgiás y dolores de la piel en 70%; las neuropatías y las cefaleas en 50%. Los dolores específicos más diagnosticados, además de la cefalea, fueron los problemas reumatológicos 31%, polineuropatía 27%, mialgiás 26% y dolores de la piel 15%. Estos autores llaman la atención en el sentido que los dolores neuropáticos, sobre todo la neuropatía periférica, han sido el centro de atención en la literatura sobre el dolor en pacientes con sida. Los hallazgos descritos sugieren que otros dolores, de tipo somático,

**A**ntes de iniciar la terapia es importante elaborar detalladamente la historia clínica, realizar un examen físico completo, evaluar los aspectos psicológicos y llegar a un diagnóstico acertado.

son más frecuentes pero menos conocidos y tratados. Otro hallazgo interesante en este estudio es que los dolores neuropáticos se deben en el 55% de los casos a la infección directa por VIH y sólo en el 3% a la terapia. Además, el 32% de los dolores somáticos y el 34% de los viscerales se deben a la infección directa por VIH y sólo 5% a las terapias relacionadas.

En los niños, los dolores más frecuentes son los de cabeza, abdomen, cavidad oral, extremidades y piel (3). En las mujeres, cuya frecuencia de infección aumenta cada día, además de los dolores descritos, se presenta un curso clínico diferente por la candidiasis vaginal, la displasia cervical, la enfermedad inflamatoria pélvica y el cáncer invasivo del cérvix (13).

## TRATAMIENTO

**ANTES DE INICIAR LA TERAPIA** es importante elaborar detalladamente la historia clínica, realizar un examen físico completo, evaluar los aspectos psicológicos y llegar a un diagnóstico acertado.

El tratamiento depende del estado de evolución de la enfermedad y de la intensidad del dolor. Estos pacientes, por regla general, se tratan como los que tienen dolor por cáncer, de acuerdo con las directrices de la Organización Mundial de la Salud a través de la Escalera Analgésica, según la cual los dolores leves -primer escalón- se tratan con AINE y drogas coadyuvantes como los anticonvulsivantes, los derivados tricíclicos, la hidroxicina, los agentes bloqueadores de los canales de calcio y sodio, los agonistas alfa-2, los betabloqueadores, los GABA agonistas, el mexiletine, los sicoestimulantes, los esteroides, el baclofén. Los dolores moderados -segundo escalón- se tratan con AINE más narcóticos

débiles como dextropropoxifeno, tramadol, codeína, además de los coadyuvantes descritos. Los dolores intensos -tercer escalón- requieren drogas opiáceas como la morfina, la hidromorfona, la metadona asociadas a los AINE y a las drogas coadyuvantes ya mencionadas.

Se espera que el 90-95% de los pacientes que sufren dolor por sida encuentren alivio si se sigue la estrategia de la Escalera Analgésica. La falla en los restantes puede deberse a dolores que no responden o responden mal a los opiáceos tales como el neuropático o aberrante, o a que se presentan síndromes dolorosos incidentales o sobreagregados. Otros factores dependen de la actitud del médico que no tiene los conocimientos apropiados, no evalúa adecuadamente los resultados de la terapia, teme la drogadicción o las posibles sanciones de las agencias reguladoras. Finalmente, hay factores que dependen del paciente el cual no informa oportunamente la evolución del dolor y su alivio, teme la adicción, cree que los opiáceos son dañinos o no sigue las instrucciones médicas.

Cuando la implementación de la Escalera Analgésica no provee el adecuado alivio de los síndromes dolorosos causados por el sida deben considerarse, entre otras, las siguientes alternativas: Emplear vías diferentes a la oral para los opiáceos, como el parche transdérmico de Fentanil con el cual debe tenerse cuidado si el paciente tiene fiebre pues se aumenta su absorción. Es una buena opción y se puede alcanzar el 100% de alivio. Otra técnica es la infusión intratecal o epidural de opiáceos; administrar analgésicos por vía raquídea; utilizar bloqueos analgésicos simpáticos y somáticos con drogas anestésicas y esteroides; llevar a cabo intervenciones neuroquirúrgicas; recurrir a la crioanalgesia, la radiofrecuencia y los bloqueos neurolíticos con alcohol y fenol. También las técnicas neuroestimulantes y neurodestruivas (12).

Además de las terapias farmacológicas se deben tener en cuenta las no farmacológicas que incluyen las terapias físicas, la acupuntura, la neuroestimulación, las técnicas cognoscitivas y conductuales, la terapia grupal, la hipnosis y la ayuda espiritual.

Además de las terapias farmacológicas se deben tener en cuenta las no farmacológicas que incluyen las terapias físicas, la acupuntura, la neuroestimulación, las técnicas cognoscitivas y conductuales, la terapia grupal, la hipnosis y la ayuda espiritual.

Por las características de estos pacientes, el alivio del dolor requiere, como el de ningún otro, la asistencia personalizada. Por lo tanto, las decisiones del tratamiento se tomarán de acuerdo con las circunstancias, los deseos del paciente, su estado desde el punto de vista médico y las posibilidades diagnósticas. También según el sufrimiento,

más que dolor, que experimentan. Por ejemplo: en algunos casos el sufrimiento puede expresarse a través de los miedos. Miedo al dolor; miedo al rechazo y a la estigmatización por la homofobia y la drogadicción; miedo a la aflicción y a las pérdidas; miedo por no alcanzar la ayuda espiritual necesaria (9) pues como se lee en el informe del Centro Federal de los Grupos de Trabajo en casos de infección por VIH "muchos pacientes con sida sienten que debido a las posiciones dogmáticas de algunas religiones, sus integrantes son incapaces de proveer apoyo espiritual. Al contrario: estimulan el enajenamiento, la culpabilidad y la vergüenza" (15).

Son pacientes que desde el diagnóstico siguen un curso cuesta abajo, llamado "el síndrome de Lázaro". Ellos requieren adecuada asesoría, asistencia médica integral y ayuda espiritual. Son personas que han tenido múltiples pérdidas, problemas sexuales, drogadicción, rechazo social, familia biológica lejana y no tienen los rituales de su religión. Además, son en su mayoría personas jóvenes, con un promedio de edad de treinta años, con escasos recursos económicos, sin la preparación para un rápido proceso de envejecimiento y sin apoyo social y espiritual. De allí que su cuidado sea complejo y que la terapia

paliativa, pues no es posible la curación, sea la indicada desde el momento del diagnóstico (10). Desde que la enfermedad se diagnosticó en 1981 ha llevado angustia, desolación y desamparo a quienes la sufren. En 1984 se identificó el agente etiológico, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana lo que posibilitó la búsqueda de la droga específica para combatirlo, pero esto no se ha logrado hasta el presente aunque las existentes tratan de evitar la replicación del virus.

## CASOS ESPECÍFICOS

LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES CON SIDA busca proveer el adecuado cuidado, aliviar los síntomas incluido el dolor y mejorar la calidad de vida sin la aplicación de reglas rígidas. Sin embargo, en ciertos casos, deben tenerse algunas consideraciones. Por ejemplo: ¿cuándo aplicar sangre? Se sabe que la transfusión alivia la fatiga, la cefalea y la disnea del ejercicio en los pacientes ambulatorios pero es de poca utilidad en los que están reducidos al lecho en quienes la disnea se puede aliviar por otros medios. En el primer caso si la hemoglobina y el hematocrito están disminuidos se transfunden 2- 4 unidades. Si con ello no mejoran, no se transfunde más. Si se presenta alivio durante la transfusión o en las primeras 24 horas el resultado se debe al efecto placebo.

¿Cuándo aplicar la terapia antiviral? Actualmente se utilizan cuatro drogas: zidovudine (AZT), didanosina (DDI), stavudine (D4T) y zalcitadine (DDC), que ayudan a prevenir la progresión de la enfermedad, los efectos directos y los síntomas de la infección por VIH como la anemia, la trombocitopenia, la demencia, la diarrea, la neuropatía. Infortunadamente estas drogas, a su vez,

producen anemia, pancreatitis, fatiga, neuropatía. La respuesta es que si el paciente presenta alguna mejoría deben continuarse. De lo contrario se suspenden.

¿Cuándo hidratar por vía venosa? Si bien es cierto que los líquidos intravenosos alivian la fatiga, el mareo y la incidencia de hipotensión ortostática, generan varios problemas sobre todo en los estados avanzados de la enfermedad como el aumento de las secreciones, el edema, la ascitis, la diarrea, las flebitis, las equimosis. Pueden agravar la tos y aumentar la disnea. Además, pueden llevar a insuficiencia cardíaca congestiva. De acuerdo con los deseos del paciente y su estado médico se podrían ensayar y suspender según los resultados.

¿Qué drogas utilizar? En estos pacientes es común la polifarmacia, que debe redefinirse en algún momento y decidir cuáles síntomas tratar. En algunas circunstancias se dará el tratamiento sintomático, por ejemplo con opiáceos y ansiolíticos. En otras es posible utilizar algún tratamiento específico, por ejemplo con antibióticos. La ceguera se debe prevenir a todo costo aplicando la droga antiviral por vía venosa hasta el final. Todo depende de la autonomía del paciente y el ofrecimiento de las opciones terapéuticas.

Es importante, en todos los casos, enfrentar los desafíos, tomar las decisiones acordes con cada circunstancia aceptando que muchas veces están más allá de las estrictamente médicas; que siempre deben darse el adecuado soporte médico, social y emocional; la ayuda en la aflicción; la comunicación oportuna y sincera; el respeto por la autonomía y el llegar a un consenso entre pacientes, familiares y médicos (11).

Es importante, enfrentar los desafíos, tomar las decisiones acordes con cada circunstancia aceptando que muchas veces están más allá de las estrictamente médicas; que siempre deben darse el adecuado soporte médico, social y emocional.

## LA DEMENCIA EN PACIENTES CON SIDA

ES QUIZÁ LA COMPLICACIÓN MÁS TEMIDA de esta enfermedad. También se la denomina Encefalopatía por VIH o Demencia compleja del sida. Se presenta en el 22% de los casos de enfermedad, porcentaje que no ha variado en los últimos cinco años a pesar de las nuevas terapias. El comienzo es insidioso, generalmente con disminución de la memoria a corto plazo. La presentación es variable según que haya más compromiso cognoscitivo con olvido o disminución de las capacidades mentales; compromiso motor con pérdida del equilibrio, debilidad en los miembros inferiores; compromiso conductual, con apatía, alejamiento social u otros como ocurre en la sícosis orgánica. La demencia es común en los niños que padecen esta enfermedad. Las drogas más utilizadas para controlar la demencia son los neurolépticos, los antidepresivos, los ansiolíticos y la tioradacina. Pero estos pacientes también requieren mucho afecto, compasión y respeto (14).

## EUTANASIA, SUICIDIO ASISTIDO Y MUERTE DIGNA

ESTOS TEMAS AFLORAN CON FRECUENCIA en los pacientes con sida. Sin importar la actitud que se tenga sobre ellos es necesario discutir y permitir a los pacientes que examinen sus miedos y esperanzas. No existe una dirección precisa salvo "abrir la puerta" ojalá no durante las crisis. Un primer acercamiento puede hacerse en el momento del interrogatorio y el examen físico, cuando se le pregunta al paciente: ¿cuándo usted sea un paciente terminal, físicamente incapacitado o mentalmente incompetente y sin posibilidades de recuperación, qué desearía? De esta manera si el paciente quiere discutirlo en ese momento, está bien. Si no, queda abier-

ta la puerta. Se deben discutir la realidad del diagnóstico, la patofisiología, la progresión y el pronóstico. Una generalización sobre lo que puede pasar es de gran ayuda sin oscurecer la esperanza y afianzando la parte positiva; expresar que el curso no es predecible. Explicar que se pueden controlar los síntomas. Evaluar la depresión cuyos síntomas pueden confundirse con los efectos secundarios de la terapia como disminución del apetito, la libido, el sueño, y tratarla con las medicaciones apropiadas. Sin embargo, no obstante "abrir la puerta", haber tratado los síntomas y la depresión, apoyado social y espiritualmente, muchos pacientes quieren morir. Definir, entonces, con ellos si quieren recibir más tratamiento o terminar con su vida. Según Voight (14) si este es el caso se debe establecer apoyo médico y personal; discutir las opciones de terapia paliativa o agresiva; establecer un plan terapéutico; discutir los problemas desde la perspectiva del paciente y de los sobrevivientes; preguntarse qué se puede hacer ¿paliar los síntomas? ¿estar disponible? ¿establecer medidas de no resucitación?; así mismo, la persona que atiende a estos pacientes debe preguntarse qué piensa de la eutanasia, si la practica o no, si tiene alternativas para discutir, si ha tenido experiencias similares en el pasado y cómo las solucionó. Preguntarse honestamente si al tomar una decisión se rige por una actitud de responsabilidad o al contrario la toma por estar sometido a una disciplina que acepta el dolor y el sufrimiento como fenómenos de expiación para la redención.

## SUMMARY

### TREATMENT OF PAIN AND SUFFERING IN AIDS PATIENTS

THIS ARTICLE DISCUSSES SEVERAL aspects of painful syndromes that are frequent in AIDS patients. It describes the impact of pain in the quality of life and in the daily experiences of these persons as well. The medical and palliative cares are explained and

some considerations on autonomous decisions at the end of life are analysed. Emphasis is made on the fact that AIDS patients suffer total pain; therefore they require total therapy so that pain and suffering are reduced to a minimum and the right not to suffer is respected.

## BIBLIOGRAFÍA

1. SINGER EJ, ZORRILLA C, FEHY-CHANDON, CHI S, et al. Painful symptoms reported for ambulatory HIV infected men in a longitudinal study. *Pain* 1993; 54: 15-19.
2. BREIBART W, MC DONALD M, ROSENFELD B, PASSIK SD. Pain in ambulatory AIDS patients- I: Pain characteristics and medical correlates. *Pain* 1996; 68: 315-321.
3. BREIBART W, GLARE P, PASSIK S. Pain in Aids. ABSTRACTS. IX World Congress on Pain. Vienna: International Association for the Study of Pain, IASP Press, August 22-29, 1999: 613p.
4. LARUE L, BRASSEUR L, MUSSEAU P. Pain and symptoms in HIV disease: a national survey in France (Abstract). *J Palliat Care* 1994; 19: 95.
5. ROSENFELD B, BREITBAR W, MACDONAL M, PASSIK S. Pain in ambulatory AIDS patients. II: Impact of pain on psychological functioning and quality of life. *Pain* 1996; 68: 323-328.
6. LEBOVITS AH, LEFKOWITZ M, MAC CARTHY D. The prevalence and management of pain in patients with AIDS. A review of 134 cases. *Clin J Pain* 1989; 5: 245-248.
7. BERMAN A, ESPINOZA LR, DIAZ JD. Rheumatic manifestations of human immunodeficiency virus infection. *Am J Med* 1988; 85: 59-64.
8. HEWITT DJ, MCDONALD M, PORTENOY RK. Pain syndromes and etiologies in ambulatory AIDS patients. *Pain* 1997; 70: 117-123.
9. ÁLVAREZ-ECHEVERRI T, ARROYAVE ML. Dolor y sufrimiento en el paciente con SIDA. *Iatreia* 1989; 2: 156-160.
10. FOLEY TJ, FLANNARY J. Aids palliative care. Challenging the paliative paradigm. *J Palliat Care* 1995; 11: 19-22.
11. VON GUNTER CH F, MARTÍNEZ J. Aids and palliative medicine. Medical treatments issues. *J Palliat Care* 1995; 11: 5-9.
12. WALDAM W. *Interventional Pain Management*. New York: Dannemiller Memorial Educational Foundation; 1996, 650p
13. DAPHNE L. Palliative care for woman with AIDS: Identifying the issues. *J Palliat Care* 1995;11: 45-47.
14. MCKEOG M. Dementia in HIV disease. A challenge for palliative care. *J Palliat Care* 1995; 11: 30-33.
15. GRAY N. "Only Connect" – Some thoughts towards the spiritual care of HIV disease. *J Palliat Care* 1995;11: 58-60.

