

El SIDA en las personas mayores: la punta del iceberg

HOSPITAL
UNIVERSITARIO CLÍNICO-QUIRÚRGICO "COMANDANTE FAUSTINO PÉREZ HERNÁNDEZ".
MATANZAS

Revista Médica Electrónica 2009;31(3)
El SIDA en las personas mayores: la punta del iceberg.
AIDS in elder persons: the top of the iceberg

AUTORES

Dra. María del Carmen Álvarez Escobar.(1)

E-mail: hfp.mtz@infomed.sld.cu

Dr. José Alberto Alfonso de León.(2)

Dr. Héctor Lima Gutiérrez.(3)

Dra. Arnella Torres Álvarez.(4)

Dra. Arling Yuliett Torres Álvarez.(5)

1)Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Cmdte Faustino Pérez Hernández". Matanzas.

2)Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Cmdte Faustino Pérez Hernández". Matanzas.

3) Especialista de I Grado en Geriátrica. Máster en Longevidad Satisfactoria. Hospital Clínico-Quirúrgico Universitario " Cmdte Faustino Pérez Hernández". Matanzas.

4)Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de 2do. año Medicina Interna.Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Cmdte Faustino Pérez Hernández". Matanzas.

5. Residente de 1er. año de Medicina General Integral. Policlínico Universitario "Samuel Fernández".

RESUMEN

A pesar del incremento notable a nivel mundial del número de personas infectadas por el virus de la Inmunodeficiencia Humana, aún es difícil determinar la tasa de infección por el VIH en los ancianos, pues son pocos los pacientes de este grupo etario que se les pide rutinariamente el estudio, de ahí que el diagnóstico se haga de forma tardía, influyendo negativamente en la evolución de ellos. Se conceptualiza como SIDA Geriátrico aquel que ocurre en personas de 60 años o más, que representan alrededor del 2-5 %. Las manifestaciones clínicas son semejantes a la de los pacientes jóvenes, con buena respuesta generalmente al uso precoz de antirretrovirales, y el diagnóstico precoz es la clave del éxito en la evolución de estos pacientes.

DeCS:

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA/ epidemiología
SALUD DEL ANCIANO
ANCIANO
HUMANOS

INTRODUCCIÓN

La pandemia del VIH se caracteriza por factores biológicos, sociales y geográficos singulares que entre otras cosas alteran el equilibrio de riesgos y beneficios para los individuos y comunidades, lo que requiere de esfuerzos adicionales para lograr bienestar en el paciente enfermo. La carga mundial de morbilidad y mortalidad relacionada con el VIH está creciendo a un ritmo que no es comparable con ningún otro agente patógeno. En muchos países, el SIDA ya es la principal causa de mortalidad. (1)

A finales del año 2001 se estimaba que 40 millones de personas de todo el mundo estaban infectados por el virus del VIH. Sin embargo, lamentablemente, los datos disponibles no incluyen cómo se afecta directamente

la población de ancianos. En EE.UU. más del 10% de los diagnósticos de HIV se realizan en pacientes de 50 años o más, pero resulta difícil determinar la tasa de infección por HIV en ancianos, porque son pocos los pacientes a los que les solicitan de rutina ese estudio, aún presentando factores de riesgo. (2)

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana se ha considerado típica de edades jóvenes de la vida, dada la población que afecta. Los estudios epidemiológicos así lo confirman, por ejemplo, el 88% de los pacientes afectados por la enfermedad en España tiene una edad por debajo de 39 años, pero esta infección aunque en una proporción mucho menor también incide sobre personas de edad avanzada (3). Según Nguyen se entiende por SIDA geriátrico aquel que ocurre en personas mayores de 60 años; estos pacientes representan entre el 2 y el 5% del total de pacientes portadores de la enfermedad con perspectivas de un aumento progresivo. (4)

El diagnóstico se realiza como en los jóvenes, por la detección del virus, o de anticuerpos, que suelen tener valores plasmáticos detectables entre las 4 y 8 semanas posteriores a la infección. El estudio estándar para screening es el ELISA, cuya sensibilidad es del 99.5 %. De ser positivo, debe confirmarse con un Western Blot. El SIDA se diagnostica con un ELISA positivo y un recuento de CD4 menor a 200 mcl, o por la presencia de alguna de las enfermedades marcadoras. (5)

En varios estudios realizados antes de la aparición de los antirretrovirales, se demostró que los ancianos con esta enfermedad presentaban un curso más severo y menor sobrevida. Cada vez son más los ancianos que contraen esta enfermedad en edades más avanzadas, y su sobrevida es aún más corta, no solo por la demora en el diagnóstico, sino también por las otras comorbilidades, frecuentes en este grupo etario (6).

Según el Centro de Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos, la edad acelera el curso de la enfermedad y disminuye la respuesta de las células CD4 a la terapia antirretroviral (7). Las enfermedades relacionadas con la edad como la osteoporosis aumentan el riesgo de complicaciones (8). Los pacientes ancianos tratados con antirretrovirales, presentan mayor sobrevida, al igual que en individuos jóvenes. (9)

El riesgo de transmisión de la enfermedad es la misma que en otro grupo etario: las relaciones heterosexuales, pero en este grupo también están presentes comportamiento de riesgo, relaciones sexuales no protegidas, promiscuidad, infecciones de transmisión sexual y abuso de drogas (10). Aunque en el pasado se consideraba que las transfusiones eran la principal causa de contagio de HIV en ancianos, actualmente, es la transmisión sexual. En un trabajo se publicó que aproximadamente el 60 % de las infecciones por HIV en ancianos eran debidas al contacto homosexual no protegido. Con el uso de fármacos efectivos para el tratamiento de la disfunción eréctil, han aumentado los niveles de actividad sexual en ancianos, facilitando el contagio de esta enfermedad. (11)

La persona de edad avanzada tiene tendencia a considerar el preservativo un método anticonceptivo; como las mujeres de edad ya no tienen miedo de quedar embarazada pueden ser más propensas a no exigirlo. En un estudio en Estados Unidos se comprobó que solo la sexta parte de la persona de mayor 50 años utilizan condón (12). Las mujeres son más propensas a padecer la enfermedad que los hombres. Los cambios fisiológicos que se producen en la vagina a esta edad así como los microtraumatismos durante el acto sexual incrementan en el riesgo de transmisión (13). Durante los últimos cinco años los nuevos casos de infección por el VIH aumentaron un 40% en ese grupo, pero este trabajo no indica a que edad se infectaron en la pacientes; muchas de estas pacientes estaban en estadios avanzados de la enfermedad, por lo que muchas pueden haber sido portadoras del virus durante años antes de detectarlos. (14)

Las alteraciones propias de la senectud, disfunción de los macrófagos, así como de la inmunidad celular pudieran aumentar el riesgo de transmisión; la asociación de estas modificaciones en el sistema inmune pudieran tener efectos devastadores en los ancianos con VIH (15). El tiempo de latencia entre el momento inicial de la infección por VIH y la aparición de la clínica es variable con tiempos medios que oscilan entre cinco años, pero con valores extremos hasta 86 meses. (16)

El cuadro clínico puede ser insidioso con manifestaciones atípicas o inespecíficas, adelgazamiento, fiebre persistente (17), lo que dificulta y retrasa el diagnóstico. Destaca por su frecuencia las alteraciones neurológicas y psiquiátricas ya de por sí usuales en estos pacientes. Al margen de las infecciones oportunistas y tumores del sistema nervioso central, la encefalitis aguda y el complejo demencia SIDA es la forma más frecuente de presentación (18). El cuadro clínico completo asocia trastornos de funciones superiores, del comportamiento y disfunción motora, que pudiera ser la manifestación inicial y única, presentándose hasta en el 66% de los pacientes (19). Se han descrito alteraciones cognoscitivas en más del 50% de los casos asintomáticos infectados(20). Otras manifestaciones incluyen la mielopatía vacuolar, neuropatías periféricas y trastornos psiquiátricos y de forma ocasional trastornos del sistema nervioso autónomo.(21)

Respecto a su asociación con tumores están descritos el Sarcoma de Kaposi, linfoma, Mieloma Múltiple y tumores sólidos (22). Los trastornos hematológicos acompañados de trombocitopenia o pancitopenias son formas de presentación que han sido descritas a esta edad. (23)

Por su polimorfismo clínico, el SIDA se considera como el prototipo actual de enfermedad simuladora en procesos neurológicos, por lo que se debe integrar en el diagnóstico diferencial de pacientes en edades geriátricas con demencias atípicas o rápidamente evolutivas especialmente si existe el antecedente

transfusional. Generalmente el diagnóstico se hace tardío lo que condicionan un peor pronóstico con una supervivencia al año del 5%, la mayoría de los pacientes fallecen antes de los cinco meses después del diagnóstico. (24)

El SIDA debe incluirse en el diagnóstico diferencial de todos los pacientes con cuadro clínico sugestivo de la enfermedad, pero también debe sospecharse ante cualquier paciente con síndrome general o fiebre de origen desconocido, manifestaciones neurológicas o trastornos hematológicos, principalmente si existe el hallazgo de transfusiones sanguíneas previas. En la sospecha es imprescindible para establecer un diagnóstico precoz e iniciar un tratamiento oportuno que incluya medidas preventivas necesarias para evitar la propagación de la enfermedad

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Collin CA. New era for HIV prevention?. Report the forum for collaborative HIV Research. Biomedical interventions of HIV prevention "Working group sept 2006 meeting Forum for Collaborative HIV, Research Universidad George Washington, y Fundacion Bill y Melinda Gates. USA: ONUSIDA; 2008.
2. Meral Inelmen E, Gasparini G. HIV/AIDS in older adults. A case report and literature review. *Geriatric*. 2007; 60(9).
3. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Registro Nacional de casos de SIDA. Casos de SIDA declarados en España hasta la revisión del cuarto trimestre de 1990 según criterios de definición de casos CDC 1987/OMS 1988. *Sociedad Esp Interdisciplinaria SIDA*.1991; 2:169-72.
4. Nguyen Q, Laurent M, Bouchar JP. Le SIDA geriatricque. A propos de 22 case observes dans le région parisiense. *Ann Med Intern*. 1989; 140:399-403.
5. Marck Ka, Blond SD.HIV testing behaviors and attitudes regarding HIV/AIDS of adults aged 50 -64. *Gerontologist*. 1999;39(6):687-94.
6. Levis-Dweck S. HIV/AIDS fifty and older: a hidden and growing population. *J Gerontol Social Work*. 2005;46(2):37-50
7. Eldred S, West L. HIV prevalence in older adults. *Canadian Nurse*. 2005; 101(9):20-3
8. Skies' DJ. The importance of co morbidity in older HIV-infected patients. *AIDAS*.2003; 17(10):1577
9. Elford J. Changing patterns of sexual behaviors in the era of highly active antiretroviral therapy. *Current Opinion Infectious Diseases*. 2006; 19(1):26-32
10. Bogart LM, Thornburg S. Are HIV/AIDS conspiracy belief a barrier to HIV prevention among African-American?. *J Acquired Immune Deficiency Syndrome*.2005;38(2):213-8
11. Savasta AM. HIV associated transmission risk in older adults –an integrative review of the literature. *J Association Nurse AIDS Care*. 2004;15(1):50-9
12. Peterson JL, Balkeman R, Black Shear JH, Stokes JP. Perceptions of condom use among African-American men who here sex with men. *Culture Health Sexuality*. 2003; 5 (5):4009-24
13. ONU/SIDA. Atención mujer y sida. Coalición Mundial sobre la mujer y el SIDA. Ginebra: ONU/SIDA;2007.
14. Medical Matters. AIDS risk rising in older people. Consume report of Health 2003;2008 Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf>
15. Zingmond DS, Wenger NS, Crystal S, Joyce GF, Liu H. HCSUS Consortium. Circumstances at HIV diagnosis and progression of disease in older HIV infected American. *Am J Public Health*. 2001;91 (7):1117-20
16. Lazo Torres AM, Gálvez MC, Reche I. Ancianos con Infección por VIH institucionalizados: Análisis de dos casos. *Rev Esp Geriatr-Gerontol*.2004;39(4)
17. Valcour V, Shikuma C, Shiramizu B,Walters M, Poff P. High frequency of dementia in older HIV-1 individuals: The Hawaii Aging with HIV-1 Cohort. *Neurology*. 2004; 63 (5): 822-7
18. Bhique AI. Neurological manifestations of HIV infections in Kwazula- Natal South Africa-*Neurovirol*. 2005; (11 supp 1): 17-21.
19. Casanova Sotolongo P, Casanova Carrillo C. Clínica neurológica en pacientes infectados por el VIH en un país de Africa. *Rev Cubana Med*. 2005; 44(1-2):24-30
20. Bouer LD, Ceballos NA, Shanley JD. Sensorimotor dysfunction in HIV-AIDS: Effects of antiretroviral treatment and comorbids psychiatric disorders. *AIDS*. 2005; 19 (5):495-502
21. Santos González J, Palacio Muñoz R, Ruiz Morales J. Neoplasias asociadas a la infección por VIH: En: *La infección por VIH: Guía Practica*. España: Consejería de Salud; 2007. p. 303-18
22. Lewis DK, Witty CJ, Walsh AL, Epino H, Broek NR. Treatable factors associated with severa anemia in adults admitted to medical wards in Blantyre; Malawi,an area of high HIV prevalence. *Trans R Soc Trop Med*. 2005;99 (8)561-7.

23. Sacktor NC, Wong M, Nakahasa N, Sholasky RL, Selnes OA. The international HIV scale: a new rapid screening test for HIV Dementia AIDS. 2005; 19(13):1367-74.
24. Ayranci U. AIDS knowledge and attitude in a Turkish population: an epidemiological study. BMC Infect Dis. 2005; 34

SUMMARY

In spite of the notable increase of the quantity of persons infected with the Human Immunodeficiency Virus across the world, it is still difficult to determine the infection rate among elder people, because of routine studies are indicated to few patients of this age group, resulting in late diagnosis, and negatively reflecting in the evolution of these patients. We state that Geriatric AIDS is that occurring in 60 or more years old people, representing almost 2-5 %. Clinical manifestations are similar to those of the young patients, showing a good answer to the precocious use of the antiretroviral drugs, and being the precocious diagnosis the key of the success in the evolution of these patients.

MeSH:

ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME/ epidemiología
HEALTH OF THE ELDERLY
AGED
HUMANS

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Álvarez Escobar MdelC, Alfonso de León JA, Lima Gutiérrez H, Torres Álvarez A, Torres Álvarez AY. El SIDA en las personas mayores. La punta del iceberg. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2009; 31(3). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/año%202009/vol3%202009/tema19.htm> [consulta: fecha de acceso]