

Sección I - Editorial

VIH/SIDA en las personas mayores

Código 2012-4-48-I-54

Dra Ana C. Carvajal anacarvajal09@gmail.com

Especialista en Infectología.

Secretaria de la Comisión de Educación Médica Continua de la RSCMV.

Caso demostrativo

Paciente masculino de 84 años de edad, con diagnóstico de infección por el VIH desde hace 8 años. La prueba de ELISA para VIH se realizó 6 meses después de la aparición de los síntomas (pérdida de peso, malestar general, diarrea). Presentó intolerancia al primer esquema de medicamentos antirretrovirales indicado. Actualmente se encuentra asintomático, excepto hipoacusia y disminución de la agudeza visual debido al envejecimiento. Recibe tratamiento de alta eficacia (tres medicamentos antirretrovirales), con niveles de CD4 de 320 células y una carga viral para el VIH menor de 50 copias. El paciente cuenta con buen apoyo familiar, tiene buena adherencia, presenta trastornos cognitivos leves. (Comunicación personal Ana Carvajal)

Epidemiología

El caso previo es una muestra de la problemática del VIH/SIDA en la tercera edad. Las personas mayores de 50 años de edad, se están convirtiendo en un nuevo grupo de riesgo para la infección VIH-1, junto con los que sobreviven más tiempo debido a la introducción de la terapia antirretroviral (ARV)(1). En Estados Unidos, se prevé que para el año 2015, más de la mitad de todos los individuos infectados con el VIH-1 será mayor de 50 años de edad (1,2). En ese mismo país, aproximadamente el 30% de las personas que actualmente viven con el VIH / SIDA tienen 50 años o más y las tendencias indican que la proporción de personas de edad que viven con el VIH / SIDA aumentará constantemente (3)

En Europa Occidental, casi el 10% de las nuevas infecciones denunciadas entre enero de 1997 y mediados de junio de 2000 ocurrieron en el grupo de personas mayores de 50 años, en Europa Central 4,3% y en Europa Oriental 0,7%. (2)

En nuestro país el informe Nacional relativo a los avances en la implementación de la declaración de compromisos sobre VIH/SIDA y la declaración política VIH/SIDA (2006 y 2011), da cuenta de un total de 113.033 nuevos diagnósticos de VIH (de 1997 a 2009); 85.162 hombres y 27.871 mujeres, el informe no especifica cuantas personas mayores de 50 años están infectados con VIH, tampoco hace mención sobre el VIH en este segmento poblacional. (4). Los estudios presentados y publicados en nuestro país sobre el VIH en este grupo etario son escasos y limitados. Una investigación realizada en el Hospital Universitario de Caracas (HUC), en 99 pacientes mayores de 50 años (50 a 77 años), 85 % eran heterosexuales, 70.7 eran del sexo masculino. (5). En general, los estudios relacionados con el VIH en los adultos mayores son escasos, la mayoría se han realizado en países desarrollados.

Factores de riesgo

Las investigaciones han demostrado que las conductas de riesgo de los adultos mayores son similares a lo observado en los más jóvenes. Sin embargo, los adultos mayores tienen solo un sexto de probabilidad de usar condones y un quinto de probabilidad de hacerse la prueba de VIH en comparación con las personas en la veintena de edad (6). Algunos estudios han encontrado resistencia al uso de preservativos entre los adultos mayores infectados con el VIH a pesar de su reconocimiento de la gravedad de la enfermedad. (7)

Los adultos mayores pueden ser más vulnerables a contraer el VIH debido a ciertos cambios biológicos tales como adelgazamiento de las membranas mucosas de los genitales, ano y vagina; presentando micro traumatismos con más facilidad durante las relaciones sexuales, lo cual propicia un acceso fácil para que el virus entre en el organismo (8)

En este grupo de edad también están presentes factores específicos de riesgo, tales como: relaciones sexuales no protegidas, varias parejas sexuales, infecciones de transmisión sexual y abuso de drogas. En un estudio cualitativo, realizado en 24 mujeres con VIH de 45 a 71 años, con respecto a su exposición al VIH, se identificaron cinco factores individuales o temas que ponen a las mujeres en riesgo de contraer el virus: drogas y abuso del alcohol, desconocimiento del riesgo de VIH de sus parejas sexuales masculinas, cuestiones de salud mental (incluido el abuso físico o sexual y crisis de la vida); tomar riesgos por el bien de las relaciones, y falta de información sobre prevención del VIH.(9)

Entre las causas que explican el VIH en las personas mayores, se encuentran (13, 14,10):

- Los trabajadores de la salud y los proveedores, a menudo, no piensan en VIH en las personas mayores.
- Los adultos mayores no ponen mucha atención de los mensajes de prevención del VIH.
- Ausencia de información preventiva dirigida a las personas mayores.
- Falta de información de cómo protegerse cuando se tienen relaciones sexuales.
- Relaciones sexuales sin protección, tanto hetero como homosexuales.
- El descubrimiento del Sildenafil, fármaco que ayuda al hombre a lograr y mantener la erección, hace que se tengan un mayor número de relaciones sexuales, que pueden fomentar un aumento de los contagios

Influencia de la edad sobre el curso del VIH y viceversa

Los adultos mayores diagnosticados con VIH son propensos a progresión más rápida de la enfermedad y reconstitución reducida de las células T a pesar de un control virológico exitoso con la terapia ARV. También hay evidencia creciente de que el compartimento de células T en los adultos infectados con el VIH existe un fenotipo envejecido y los individuos infectados se diagnostican cada vez con condiciones clínicas comunes en las personas mayores no infectadas, como por ejemplo enfermedades cardiovasculares. A medida que se envejece, en ausencia de infección por el VIH la función de células T se asocia con alteraciones e inmunosenescencia (deterioro del sistema inmune por envejecimiento), el impacto combinado de la infección VIH-1 y el envejecimiento pueden explicar los peores resultados clínicos observados en personas mayores infectadas con el VIH (12)

Diagnóstico

La infección por VIH en las personas mayores, a menudo, se realiza en forma tardía, muchos de los síntomas que presentan estos pacientes pueden ser confundidos o explicados por la presencia de enfermedades propias de la edad o con el envejecimiento per sé (como por ejemplo la fatiga o debilidad generalizada) (13,14)

El diagnóstico tardío se debe, en parte a que los trabajadores de salud, no piensan en el VIH en personas mayores porque no asocian conductas de riesgo con la edad avanzada (13,14). La exploración del área sexual en este segmento de la población no es tomada en cuenta o no se realiza.

Función cognitiva, factores estresantes y resiliencia

Los estudios han mostrado que en general, los adultos mayores con el VIH presentan mayor deterioro de la función cognitiva (atención, memoria, razonamiento y velocidad de procesamiento), comparada con personas de la misma edad no infectados y adultos más jóvenes infectados con el VIH. Asimismo, estos mismos estudios muestran también que los adultos más jóvenes con el VIH obtienen peores resultados en las medidas cognitivas en comparación con los jóvenes de la misma edad sin VIH (15). Sin embargo vale la pena acotar que otros estudios han fallado en demostrar trastornos de la esfera cognitiva en las personas mayores infectadas con el VIH. (16)

En la edad avanzada, las personas tienen factores estresantes únicos que pueden comprometer el envejecimiento exitoso, los cuales pueden exacerbarse cuando están infectados con el VIH. Factores de estrés incluyen: presencia de enfermedad de base (diabetes, hipertensión, enfermedad renal, trastornos cognitivos, etc.), disminución de apoyo social, capacidad financiera limitada o disminuida, capacidad funcional limitada, y las preocupaciones al final de su vida útil (16,17). La espiritualidad y la religiosidad pueden servir como amortiguadores al estrés de la vida, al permitir que los individuos interpreten sus experiencias de vida en el contexto de sus creencias, y proporcionar de esta manera propósito y significado a sus vidas, así como la promoción de trascendencia sobre las circunstancias (la infección por el VIH) y reforzar los sentimientos de los recursos internos y las conexiones a los demás. (18,19)

En una investigación realizada para explorar la resiliencia (capacidad de recuperación después de un evento traumático; ejemplo: diagnóstico de VIH) en 25 personas (40% mujeres y 60% hombres) mayores de 50 años infectados con el VIH; encontró que la mayoría de los encuestados expresó experiencias de resiliencia y fortalezas relacionadas con VIH/SIDA. Siete temas principales surgieron del análisis, incluyendo: auto-aceptación optimismo, ganas de vivir, generosidad, autogestión, vida relacional e independencia. (20). Aunque este estudio fue realizado en un pequeño grupo de pacientes, los autores concluyen que deben realizarse investigaciones con un número mayor de pacientes, para identificar y desarrollar los factores asociados a la resiliencia.

Tratamiento

Varios estudios han demostrado que los adultos mayores infectados con el VIH tienen mayor riesgo de efectos adversos y toxicidad de relacionados con las drogas ARVs, incluyendo hiperglucemia, aumento de creatinina y otras alteraciones metabólicas (13,14). El metabolismo hepático y la eliminación renal son las principales vías de eliminación de medicamentos, incluyendo a los ARV. Tanto la función hepática y renal puede disminuir con la edad, lo que puede resultar en eliminación alterada y acumulación de los ARVs. (13,14)

Por otra parte, la interacción medicamentosa y la polifarmacia son mayores en estos pacientes. En un estudio realizado en 1478 pacientes ambulatorios en una clínica de VIH, los investigadores evidenciaron que, en general, el promedio de las comorbilidades se incrementaba con cada década de vida, las personas de la quinta y sexta década presentaban 4.40 y 4.52 comorbilidades respectivamente (21). Asimismo, se encontró que el número promedio de medicamentos prescritos aumentó dramáticamente con cada década de vida, las personas en sus 50 y 60 se les recetaban más de 12,4 y 14,82 medicamentos, respectivamente, (21) incrementándose por tanto la posibilidad de interacción medicamentosa y de polifarmacia.

En los adultos mayores la escogencia de las drogas ARVs se realizará tomando en cuenta la función hepática, renal y metabólica, así como la presencia de trastornos cognitivos y comorbilidades concomitantes. El consenso de envejecimiento y VIH de la Academia Americana de Medicina de VIH y de la Sociedad de Geriátrica de Estados Unidos, recomienda un monitoreo frecuente y regular de estos pacientes, con la finalidad de detectar precozmente la posible toxicidad asociada a las drogas ARVs. (14). Adicionalmente recomiendan controles de carga viral y de sub población linfocitaria más seguidos. En este consenso los autores manifiestan su preocupación por la poca publicación de estudios aleatorios y controlados en este grupo poblacional y enfatiza la necesidad de investigaciones en estos pacientes (14)

En el HUC, en 99 pacientes mayores de 50 años (5), se evidenció buena respuesta inmunológica a los 6 y 12 meses. En más de 80% se observó una respuesta virológica al tratamiento ARV sostenida durante 12 meses de seguimiento, la carga viral indetectable a los 6 y 12 meses fue mayor en los pacientes >50 años en comparación con el grupo de jóvenes (5)

Dado que la progresión del VIH en el adulto mayor es más rápida, los expertos recomiendan iniciar tratamiento ARV en las personas mayores de 50 años ;independientemente de los valores de carga viral y de la sub población linfocitaria, (13,14). En nuestro país el consenso de expertos que participa en la elaboración de las pautas de tratamiento ARV en las personas infectadas con el VIH del Programa de ITS/SIDA del Ministerio del Poder Popular para la Salud; incluyen la edad mayor de 50 años como uno de los criterios para inicio de tratamiento ARV, siempre y cuando la persona esté de acuerdo en iniciarlo (11). Algunos datos sugieren que las personas mayores infectadas con el VIH pueden ser más adherentes a los ARVs que los pacientes

más jóvenes infectados por este virus (22). Es importante trabajar en conjunto con el paciente y familiares el tema de la adherencia o apego al tratamiento, el apoyo familiar es fundamental; especialmente si hay problemas cognitivos. El vivir solo, depresión y escasos recursos económicos son factores que pueden estar asociados a no cumplimiento de los medicamentos (23). La depresión en el adulto mayor ha sido relacionada con: aumento del estigma por el VIH, aumento de la soledad, disminución de la función cognitiva y reducción de los niveles de energía entre otros (24). Todo esto puede impactar en forma negativa en el tratamiento ARV.

Claves importantes sobre el VIH en las personas mayores

- 1- La infección por VIH en las personas mayores puede ser confundida con enfermedades propias del anciano
- 2- Las pruebas diagnósticas de VIH suelen solicitarse tardíamente.
- 3- la infección por el VIH puede empeorar la función cognitiva y el desempeño normal de las actividades diarias.
- 4- Las conductas para adquirir el VIH en las personas mayores son similares al reportado en más jóvenes, el uso de condones o preservativos es menor.
- 5- Algunos estudios han mostrado que la progresión del VIH es mayor en las personas mayores de 50 años
- 6- El tratamiento ARV debe ser recomendado en personas mayores de 50 años independientemente de los valores de la carga viral de VIH y de linfocitos CD4 (siempre y cuando el paciente quiera recibirlo)
- 7- Deben escogerse esquemas de tratamiento ARV convenientes y con menor número de pastillas para garantizar el apego o la adherencia y evitar la polifarmacia.
- 8- Los efectos adversos asociados a los ARVs pueden ocurrir con mayor frecuencia en los adultos mayores infectados por VIH. Por lo tanto, deben monitorizarse estrechamente el sistema óseo, renal, hepático y cardiovascular, entre otros.
- 9- Deben reforzarse los lazos afectivos, familiares y espirituales para desarrollar la resiliencia y enfrentar con mayor éxito la enfermedad
- 10- Los adultos mayores infectados con el VIH deben recibir asesoramiento para prevenir la transmisión secundaria del VIH.
- 11- Los programas de las Políticas públicas deben tomar en cuenta a las personas mayores con la finalidad de realizar prevención, diagnóstico y tratamiento precoz del VIH, así como la concientización en los trabajadores de la salud y en la comunidad en general para evitar el estigma y la discriminación en este grupo etario.
- 12- Se necesitan estudios epidemiológicos, clínicos y relacionados con el tratamiento ARV, en los adultos mayores infectados con el VIH.

Referencias

- 1- Effros RB, Fletcher CV, Gebo K, Halter JB, Hazzard WR, Horne FM, Huebner RE, Janoff EN, Justice AC, Kuritzkes D, Nayfield SG et al. Aging and infectious diseases: workshop on HIV infection and aging: what is known and future research directions. Clin Infect Dis. 2008 Aug 15;47(4):542-53.
- 2- Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas El VIH/SIDA y las personas de edad. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento • Madrid, 8 a 12 de abril de 2002
- 3- Centers for Disease Control and Prevention. HIV Surveillance Report. February 2011. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/>.
- 4- Informe Nacional relativo a los avances en la implementación de la declaración de compromisos sobre VIH/SIDA (2001) y declaración política VIH/SIDA (2006 y 2011). República Bolivariana de Venezuela. Marzo 2012.
- 5- L. Lugo, M. Miquilareno. Evaluación de la respuesta al tratamiento antirretroviral en pacientes ≥ 50 años de edad viviendo con VIH/SIDA. Tesis especial de grado para optar al grado de especialista. H.U.C. –Caracas. Año 2005-2009.
- 6- Andrea Sankar, Andrea Nevedal, Stewart Neufeld, Rico Berry, and Mark Luborsky. What do we know about older adults and HIV? a review of social and behavioral literature. AIDS Care. 2011 October; 23(10): 1187–1207.
- 7- Paniagua, Freddy A.; O'Boyle, Michael Comprehensively Assessing Cognitive and Behavioral Risks for HIV Infection among Middle-Aged and Older Adults. Educational Gerontology, v34 n4 p267-281 Apr 2008
- 8- Coleman CL. Revisiting HIV/AIDS. Men in Nursing. 2006;1:20–27.
- 9- Neundorfer, Marcia M.; Harris, Phyllis Braudy; Britton, Paula J.; Lynch, Delores A. HIV-Risk Factors for Midlife and Older Women. Gerontologist, v45 n5 p617 Oct 2005

- 10- Xavier Rodríguez Guerra. El VIH y la tercera edad: incidencia futura en el sector de las residencias geriátricas .Barcelona, 26 de Septiembre de 2005
- 11- MPPS. Programa Nacional de Sida/ITS. Pautas tratamiento ARV 2010-2012.
- 12- Tammy M. Rickabaugh and Beth D. Jamieson. A Challenge for the Future: Aging and HIV Infection. *Immunol Res.* 2010 December; 48(1-3): 59–71.
- 13- Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. Feb 2012
Disponible en: <http://www.aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>. Sección consultada: HIV and the Older Patient
- 14- The HIV and Aging Consensus Project. Recommended Treatment Strategies for Clinicians Managing Older Patients with HIV. American Academy of HIV Medicine AIDS Community Research Initiative of America American Geriatrics Society. Disponible en: <http://www.aahivm.org/hivandagingforum>
- 15- Vance DE, Struzick TC. Addressing risk factors of cognitive impairment in adults aging with HIV: a social work model. *J Gerontol Soc Work.* 2007;49(4):51-77
- 16- Lauren Malaspina, Steven Paul Woods, David J. Moore, Colin Depp, Scott L. Letendre, Dilip Jeste, Successful cognitive aging in persons living with HIV infection. *J Neurovirol.* 2011 February; 17(1): 110–119.
- 17- David E Vance, Mark Brennan, Comfort Enah, Glenda L Smith, and Jaspreet Kaur Religion, spirituality, and older adults with HIV: critical personal and social resources for an aging epidemic. *Clin Interv Aging.* 2011; 6: 101–109.
- 18- Ferraro KF, Albrecht-Jensen CM. Does religion influence adult health? *J Sci Study Relig.* 1991;30(2):193–202.
- 19- Wink P, Dillon M. Religiousness, spirituality, and psychosocial functioning in late adulthood: Findings from a longitudinal study. *Psychol Aging.* 2003;18(4):916–924.
- 20- Charles A. Emler, PhD, ACSW, Shakima Tozay, MSW, and Victoria H. Raveis, PhD “I’m Not Going to Die from the AIDS”: Resilience in Aging with HIV Disease. *Gerontologist.* 2011 February; 51(1): 101–111.
- 21- Vance DE, Mugavero M, Willig J, Raper JL. A ging with HIV: a cross-sectional study of comorbidity prevalence and clinical characteristics across decades of life. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2011 Jan-Feb;22 (1):17-25.
- 22- Jamie Newman, Jeniffer Iriondo-Perez, Jennifer Hemingway-Foday, Anna Freeman, Wilfred Akam, Ashu Balimba, Lucien Kalenga, Marcel Mbaya, Older Adults Accessing HIV Care and Treatment and Adherence in the IeDEA Central Africa Cohort. *AIDS Res Treat.* 2012; 2012: 725713.
- 23- Emler, Charles A. An Examination of the Social Networks and Social Isolation in Older and Younger Adults Living with HIV/AIDS. *Health & Social Work,* v31 n4 p299-308 Nov 2006
- 24- Christian Grov, PhD, MPH, Sarit A. Golub, PhD, MPH, Jeffrey T. Parsons, PhD., Mark Brennan, PhD, and Stephen E. Karpiak, PhD. Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS Care.* 2010; 22(5): 630–639.