Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa

Principais Agravos Agudos de Saúde da Pessoa Idosa

Unidade 06 **DST e Aids**

Nesta unidade, trataremos sobre DST e AIDS e a importância da prevenção, do diagnóstico e do tratamento precoce dessas patologias em idosos.

Dados do Ministério da Saúde confirmam um leve aumento de novos casos na população idosa. Para além de dados estatísticos, tal realidade reflete uma ruptura de padrões de comportamento, e uma mudança quanto às expectativas da vivência na terceira idade.

Vamos começar nossos estudos!

Clique aqui para conhecer os objetivos dessa unidade **OBJETIVOS**

Os objetivos dessa unidade são:

- Descrever as manifestações clínicas e a abordagem terapêutica das principais DST no idoso;
- Identificar os motivos para solicitação do teste de HIV para um idoso;
- Indicar as ferramentas diagnósticas para infecção pelo HIV;
- Listar as principais doenças oportunistas do idoso com AIDS e correlacioná-las com os sintomas; e
- Identificar as principais interações medicamentosas entre os antirretrovirais e outros medicamentos de uso corriqueiro

Introdução

O fenômeno do envelhecimento da população mundial, resultado do aumento da expectativa de vida dos seres humanos, se acompanhou de mudanças sociais, culturais, epidemiológicas e de comportamento, especialmente nas últimas 2 décadas. Nesse período se verificou, também, o desenvolvimento de vários medicamentos que agem dando suporte à manutenção da atividade sexual na 3a idade: os remédios para disfunção erétil, como o sildenafil (Viagra®), a terapia de reposição hormonal na menopausa e os cremes vaginais de estrógenos (para o ressecamento vaginal), entre outros.

Assim, a crença de que o sexo é uma atividade exclusiva de indivíduos jovens, e que pessoas de mais idade não têm condições físicas ou interesse na atividade sexual se mostrou um falso mito. Estudos norte-americanos mostraram que 74% dos homens casados com mais de 60 anos e 63% dos homens com mais de 80 anos permanecem sexualmente ativos. A taxa nas mulheres foi de 56% e 30%, respectivamente.

Ao mesmo tempo, o conhecimento a respeito da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) nessa população é muito pequeno, e os profissionais de saúde frequentemente ignoram as oportunidades de estímulo ao uso do preservativo e testagem e tratamento precoce das DST nos idosos.

Todo caso de DST diagnosticada deve ser acompanhado de solicitação de triagem para HIV e outras DST (sífilis, hepatites B e C), além de convocação, testagem e tratamento do(a) parceiro(a). O Ministério da Saúde disponibiliza recomendações para o manejo das DST gratuitamente.

Herpes

O vírus herpes simples (HSV) é o maior causador de úlceras genitais do mundo. Existem 2 subtipos (1 e 2), sendo o HSV-2 o causador predominante da forma genital da doença. A estimativa do MS é que ocorram no Brasil, por ano, cerca de 650.000 novos casos de herpes genital.

No primeiro contato (denominado primoinfecção), o vírus infecta as células epiteliais e as terminações nervosas que se situam imediatamente abaixo da pele. O período de incubação varia de 1 a 5 dias. Embora possa ser assintomática, a primoinfecção genital costuma causar sintomas gerais (febre, cefaléia, astenia e mialgia) em até 70% dos pacientes. As lesões típicas são vesículas de conteúdo claro, que rompem dentro de horas a poucos dias, dando lugar a úlceras rasas (exulcerações) bastante dolorosas e pruriginosas. Nos homens, a localização típica é a glande ou corpo do pênis, enquanto nas mulheres pode haver acometimento de grandes e pequenos lábios e cérvix uterina. Intercurso anal pode resultar em lesões nessa região. Idosos podem procurar atendimento por sintomas como disúria ou corrimento vaginal, não percebendo (ou omitindo) o fato de existirem úlceras.

O herpes pode evoluir com recorrências ao longo do tempo. Elas são mais frequentes quanto pior for o estado imunitário do indivíduo, e a queda natural das defesas na 3a idade é fator de risco para múltiplas crises. Clinicamente, a recorrência é semelhante à primoinfecção, exceto pela ausência dos sintomas constitucionais.

As lesões herpéticas são ricas em vírus; entretanto, os pacientes devem ser alertados que mesmo quando não há vesículas visíveis o vírus pode ser encontrado nas secreções genitais. O diagnóstico do herpes genital é clínico. A sorologia é de pouca valia, sendo útil apenas para inquéritos soroepidemiológicos. O tratamento pode ser feito com drogas antivirais como o aciclovir, por via oral, enquanto os cremes para tratamento tópico são pouco eficazes. Corticoides tópicos devem ser evitados, pois pioram as lesões e dificultam sua cicatrização. Em pacientes com herpes de repetição, pode-se lançar mão de terapia de longo prazo com aciclovir.

Leitura complementar...

Para saber mais a respeito do tratamento e diagnóstico da Herpes e de outras DST, consulte o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. (Disponível na biblioteca complementar)

Condiloma acuminado

Também chamado verruga genital ou "crista de galo", é causado pelo papilomavírus humano (HPV), agente que possui dezenas de subtipos e causa, além de lesões genitais, a verruga vulgar. Cerca de 20 subtipos podem causar doença genital. O período de incubação varia de 6 semanas a 2 anos (média de 3 a 4 meses). O maior problema da infecção pelo HPV é o potencial de malignização das áreas infectadas. A presença do HPV é o fator de risco mais importante para câncer de pênis, colo uterino e ânus.

A maioria dos indivíduos infectados não apresenta sintomas e pode permanecer assim por toda a vida. Quando surgem, as lesões do HPV são indolo res e caracteristicamente exofíticas (aspecto semelhante a couve-flor), podendo estar presentes em qualquer área da região genital, anal, inguinal e pélvica em ambos os sexos.

O diagnóstico geralmente é clínico. Em caso de dúvida, as lesões podem ser biopsiadas. Nas mulheres, a colposcopia com uso de ácido acético pode revelar áreas infectadas (acetobrancas) e o exame de Papanicolau pode revelar células epiteliais que são características da presença do HPV, denominadas coilócitos.

Tratamento de verrugas genitais
Crioterapia com nitrogênio líquido
Eletrocoagulação
Podofilina 10-25%
Podofiloxina 0,15%
Exérese cirúrgica

Existem diversas opções de tratamento para as verrugas genitais. As recorrências mesmo após o tratamento são frequentes devido a presença do vírus em outras áreas além das lesões tratadas. Os pacientes devem ser examinados 3 meses após a resolução inicial das lesões, e exame ginecológico com citologia oncótica trimestral deve ser realizado nas mulheres durante o 1º ano após o tratamento.

Sifílis

A sífilis é causada pela bactéria Treponema pallidum, uma espiroquetae apresenta-se em quatro estágios. Existem 4 estágios clínicos da doença: A infecção primária se apresenta como úlcera na região genital, indolor, com os bordos indurados e fundo limpo, podendo haver linfonodomegalia inguinal satélite.O fato de a lesão ser geralmente indolor faz com que passe despercebida por muitos pacientes, especialmente os idosos. O período de incubação varia de 10-90 dias, com média de 3 semanas. Se não tratada, a úlcera involui espontaneamente dentro de alguns dias a poucas semanas. O diagnóstico diferencial deve ser feito com o cancro mole (úlcera dolorosa causada pelo Haemophylus ducreyi). O diagnóstico nessa fase pode ser feito com detecção da bactéria por microscopia em campo escuro de amostra da úlcera ou sorologia (ver adiante). O paciente entra, então, na fase de latência, na qual permanece assintomático e o diagnóstico só pode ser feito pela sorologia.

Estágios Clínicos e Tratamento da Sífilis		
Fase	Características clínicas	Tratamento
Primária	Úlcera genital (cancro duro)	Penicilina benzatina 2,4 milhões U (dose única)
Latente	Ausência de sintomas	Precoce (< 1 ano após primária): Penicilina benzatina 2,4 milhões U (dose única)
		Tardia (> 1 ano após primária): Penicilina benzatina 2,4 milhões U 1x/semana x 3 semanas
Secundária	Exantema, linfonodomegalias generalizadas	Penicilina benzatina 2,4 milhões U 1x/semana x 2 semanas
Terciária	Lesões destrutivas de pele (goma sifilítica), ossos, grandes vasos e SNC2	Penicilina benzatina 2,4 milhões U 1x/semana x 3 semanas
Neurossífilis	Assintomática, meningite subaguda, acometimento cerebral	Penicilina cristalina x 10-14 dias

[1]Dose única se passado menos de 1 ano da infecção ou 3 doses se mais de 1 ano.
[2]Sistema nervoso central; na sífilis terciária com acometimento de SNC, usar penicilina cristalina.

Após período variável de tempo (geralmente semanas a meses), ocorre a fase secundária da doença, cujo principal sintoma é o surgimento de exantema generalizado. O acometimento das regiões palmar e plantar é bastante característico e deve fazer o profissional considerar a possibilidade de sífilis (embora nem todos os casos tenham envolvimento dessas regiões). Os sintomas dessa fase são frequentemente confundidos com reações alérgicas e também melhoram espontaneamente dentro de poucas semanas.

Em seguida à fase secundária, o paciente entra novamente em estágio de latência, podendo permanecer assintomático pelo resto da vida. Os sintomas da fase terciária, que podem ser graves, geralmente aparecem muitos anos após as fases iniciais. Muitos idosos se apresentam nessa fase, refletindo infecção na idade adulta, décadas antes.
A infecção do sistema nervoso central (SNC) pelo T. pallidum (neurossífilis) pode ocorrer em qualquer estágio da doença. Pode ser assintomática (apenas VDRL positivo no líquor), se apresentar como meningite subaguda/crônica ou com lesões cerebrais (características da sífilis terciária).

O diagnóstico da sífilis é feito com sorologia (VDRL), que é significativa quando o título é maior que 1:8. Como existem muitas causas de falsos-positivos, em caso de dúvida pode-se usar a sorologia FTA-ABS, que confirma o diagnóstico. A droga de escolha para o tratamento é a penicilina benzatina (exceto para neurossífilis, para a qual se usa penicilina cristalina). Para

alérgicos a penicilina, a droga alternativa é a doxiciclina. Após o tratamento, deve-se acompanhar a queda dos títulos de VDRL após 3, 6 e 12 meses. Na maioria dos pacientes o exame se torna negativo, mas poucos podem permanecer com títulos baixos (cicatriz sorológica). Idosos com falha terapêutica (ausência de queda dos títulos ou novo aumento após queda inicial) devem ser investigados para neurossífilis com exame do líquor. O FTA-ABS sempre fica positivo após a infecção e não pode ser usado como controle de cura.

Uretrites

Os principais causadores de uretrites são a Neisseria gonorrhoeae (gonococo) e a Chamydia trachomatis. O Miistério da Saúde estima que ocorram, por ano, 1,5 milhão de casos de gonorreia. A diferença básica entre as duas formas de uretrite, em homens, é a presença de secreção purulenta na uretra, que geralmente define a gonorreia. Nas uretrites não-gonocócicas o corrimento uretral é hialino. O período de incubação é curto (1 a 5 dias). A disúria é muito frequente, e pode haver confusão com infecção urinária se a genitália do idoso não for examinada. Nas mulheres a infecção vaginal assintomática é muito frequente (até 70%), o que dificulta o controle da doença na população. Quando apresentam sintomas, geralmente se apresentam com disúria e corrimento vaginal purulento. As principais complicações das uretrites não tratadas são infecção de próstata (prostatite), testículos (orquite), tubas uterinas (salpingite) e cavidade peritonial (doença inflamatória pélvica). A disseminação à distância do gonococo pode resultar em artrite de grandes articulações.

Gonocócica

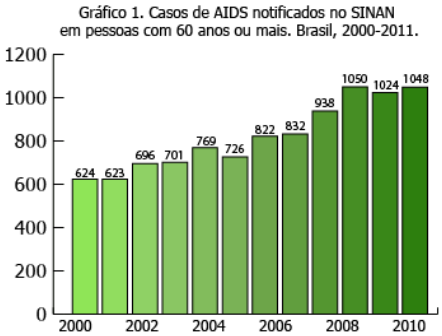
- Ciprofloxacino 500 mg VO[1] (dose única)
- Alternativa: Ceftriaxona 250 mg IM[2] ou EV[3] (dose única)
- Obs: Sempre associar terapia para clamídia nas uretrites gonocócicas

Não gonocócica

- Azitromicina 1 g VO[1] (dose única)

[1] Via oral, [2]Intramuscular, [3] Endovenosa

Tópico 02 Identificando o Idoso com Risco de AIDS



Na última década, a epidemia de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) no Brasil assumiu diversas características distintas dos primeiros anos - pauperização, interiorização, heterossexualização e feminização. No que diz respeito à idade de diagnóstico, os extremos de faixas etárias (adolescentes e idosos) são as que têm tido maiores incrementos proporcionais de casos novos. O gráfico 1 mostra a tendência de novos diagnósticos em pessoas de 60 anos ou mais no períodos de 2000 a 2011. Quando consideramos que os casos notificados são apenas aqueles em fase de AIDS (isto é, com comprometimento grave da imunidade ou doenças oportunistas), e a estimativa de que 30% das pessoas infectadas pelo

vírus HIV não têm sintomas e não sabem de sua condição, concluímos que o verdadeiro número de infectados é muito maior que aquele mostrado pelas estatísticas.

Da maneira similar ao que se observa com as demais DST, a manutenção da vida sexual ativa na 3a idade, aliada ao desconhecimento ou recusa no uso de preservativos são as principais razões que justificam o aumento progressivo do número de casos de AIDS em indivíduos idosos.

A Organização Mundial de Saúde recomenda a testagem de HIV anual para todo indivíduo que tem vida sexual ativa, independente da idade, mesmo na ausência de fatores de risco óbvios para infecção. Entretanto, podemos identificar diversos fatores que devem necessariamente se acompanhar de solicitação do teste de HIV em um idoso.

Motivos para solicitação de teste de HIV em idosos

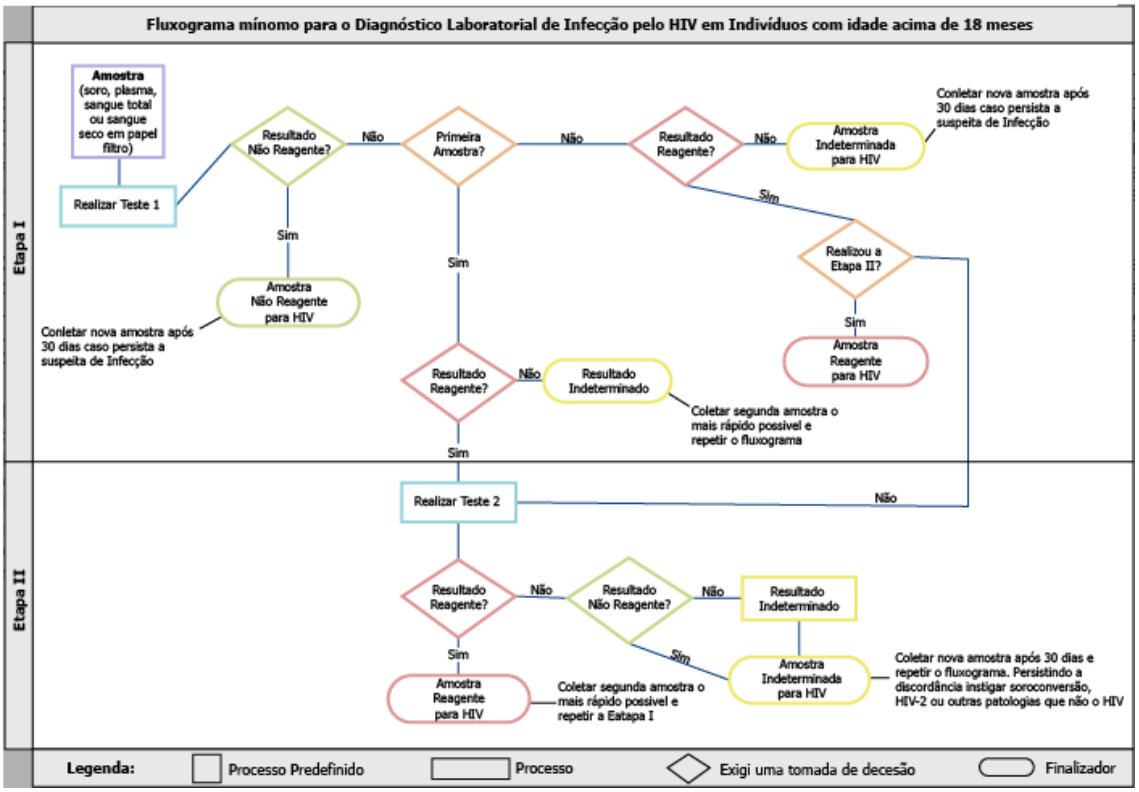
- ✓ Presença de qualquer DST
- ✓ Uso de drogas
- ✓ Pós-exposição sexual de risco; relação sexual sem preservativo com indivíduo sabidamente portador do HIV ou outras DST, profissional do sexo ou usuário de drogas
- ✓ Parceiro sexual diagnosticado com HIV
- ✓ Demanda espontânea
- ✓ Motivos clínicos:
  - Doenças associadas a imunodepressão (herpes-zoster, cala-zar, candidíase oral, dermatite seborreica de início recente, etc)
  - Perda de peso sem motivo aparente
  - Infecções respiratórias, intestinais ou cutâneas prolongadas ou de repetição
  - Doenças hematológicas (plaquetopenia ou anemia sem motivo aparente, leucemias, linfomas)
  - Manifestações atípicas de doenças comuns

No Brasil, o diagnóstico da infecção pelo HIV é feito por sorologia. Quando o profissional solicita o exame, o laboratório realiza triagem com o método de ELISA. Se o exame for negativo, o resultado é liberado como "amostra negativa para HIV". Se o resultado for positivo ou indeterminado, é feito um novo teste na mesma amostra (sem a necessidade que o profissional de saúde solicite novamente) por metodologia mais específica (imunoblot, western blot ou imunofluorescência direta), que pode confirmar o diagnóstico (ver fluxograma). Se a amostra for positiva pelos 2 métodos, o resultado é liberado como "amostra positiva para HIV". Ao receber esse resultado, o profissional deve solicitar a coleta de uma 2a amostra (apenas ELISA) para descartar que tenha havido troca de amostras na 1a oportunidade.

O diagnóstico também pode ser feito por teste rápido. As vantagens dessa abordagem são a

rapidez para o resultado do exame, de cerca de 16 minutos (o paciente não precisa retornar outro dia para receber o resultado), a possibilidade de realização na própria unidade básica de saúde e a pouca complexidade do teste (pode ser feito mesmo por profissionais pouco capacitados). Nesse caso, um teste rápido positivo em uma amostra deve ser imediatamente testada com um novo teste rápido (preferencialmente de fabricante diferente). Dois testes positivos na mesma amostra confirmam o diagnóstico.

É importante lembrar que um indivíduo infectado pode ter a sorologia negativa nas primeiras semanas após a infecção (janela imunológica), quando ainda não foram formados anticorpos detectáveis no sangue. Se o exame for negativo mas ainda houver forte suspeita clínica de infecção pelo HIV, está indicada repetição do teste dentro de 30 dias. Sempre que for feito diagnóstico de infecção pelo HIV deve-se convocar os parceiros e testá-los.



Tópico 03 Manejo de Intercorrências de Idoso com HIV

Diversas intercorrências clínicas podem acometer o idoso soropositivo. Para o raciocínio diagnóstico, o profissional de saúde que atende este indivíduo deve sempre considerar três aspectos importantes:

- Como está a imunidade (contagem de células CD4) desse indivíduo?

O indivíduo faz uso de terapia antirretroviral (TARV)?

A partir das respostas para essas perguntas, é possível direcionar o diagnóstico do paciente.

Os pacientes em fase de AIDS (isto é, aqueles com imunidade muito comprometida, geralmente com CD4 abaixo de 200/mm3), estão em grande risco de apresentarem doenças oportunistas multissistêmicas. Frequentemente o idoso não saberá informar a sua contagem atual de células CD4; uma dica útil é indagar se o médico que o acompanha prescreveu sulfa (Bactrim®) para uso contínuo, visto que essa droga está indicada como profilaxia para pneumocistose em todo soropositivo com CD4 abaixo de 200. Quando o paciente se apresentar sintomático e tiver níveis baixos de CD4, é possível iniciar terapia empírica para algumas infecções enquanto se aguarda a consulta em pronto-atendimento de serviço de referência, que pode demorar. É o caso de tosse prolongada (sulfa-trimetoprim para pneumocistose) ou convulsões de início recente (sulfadiazina + pirimetamina para neurotoxoplasmose). Indivíduos com níveis altos de CD4 e que não possuam grandes comorbidades podem ser consultados na atenção básica. Os pacientes com imunodepressão avançada ou com múltiplas doenças são melhor conduzidos nos serviços de referência.

Como fazer um diagnóstico diferencial das principais doenças associadas à AIDS, estratificadas por síndromes clínicas.

Síndrome Clínica	Principais Doenças
Infecções respiratórias	Pneumonia bacteriana Pneumocistose Histoplasmose Tuberculose
Gastroenterites	Criptosporidium Isospora Strongyloides CMV
Disfalgia	Candidíase CMV
Afecções cerebrais	Neurotoxoplasmose Meningite criptocócica Meningite por TB Neurossífilis Linfoma primário do sistema nervoso central
Afecções cutâneas	Dermatite seborreica Dermatite eosinofílica Sarcoma de Kaposi
Hepatoesplenomegalia febril	Leishmaniose visceral Histoplasmose Tuberculose Linfoma

Em níveis mais altos de CD4, a probabilidade das doenças oportunistas já citadas diminui consideravelmente, e as intercorrências costumam ser relacionadas aos efeitos adversos dos antirretrovirais (ARV) ou doenças comuns à população não infectada.

Efeitos adversos dos principais antirretrovirais		
Drogas	Efeitos adversos	Comentários
Zidovudina (AZT)	Alterações hematológicas, principalmente anemia Macrocitose[1]	[1]A presença de macrocitose SEM anemia não traz problemas e é um sinal de que o paciente está em uso regular da medicação
Tenofovir (TDF)	Insuficiência renal[2] Osteoporose	[2]É progressiva e pode ser revertida com a suspensão da droga
Efavirenz	Rash Alterações neuropsiquiátricas (distúrbios do sono, tonturas)[3] Dislipidemia[4]	[3]Costumam se resolver em 2-3 semanas após o início do tratamento [4]Principalmente elevação de triglicerídeos
Lopinavir/Ritonavir	Diarreia Dislipidemia[5]	[5]Principalmente elevação de colesterol total e LDL
Atazanavir/Ritonavir	Icterícia[6] Nefrolitíase	[6]Elevação de bilirrubina indireta. Não requer interrupção da droga, exceto por motivos estéticos

Condução Clínica de doenças crônicas em pacientes idoso soropositivos

Hipertensão Arterial

Os anti-hipertensivos usuais são seguros, de maneira geral. Evitar, se possível, o uso de bloqueadores de canal de cálcio (p. ex., nifedipina, anlodipina), que têm seus níveis séricos aumentados ou diminuídos quando associados a diferentes ARV.

Diabetes melito

Os ARV podem causar resistência periférica à insulina. Esse fator faz com que o hipoglicemiante oral de escolha no idoso com HIV seja a metformina. Não há interações significativas

Dislipidemia

As estatinas têm seu nível sérico aumentado de forma importante quando em associação com alguns ARV, o que pode levar a toxicidade grave. A sinvastatina (droga mais comum disponível na atenção básica) é contra-indicada. As drogas mais seguras são a pravastatina, a atorvastatina e a rosuvastatina, todas na menor dose possível.

Anticonvulsivantes

Os anticonvulsivantes mais comuns (fenobarbital, fenitoína, carbamazepina) têm seu nível sérico reduzido quando usados concomitantemente a alguns ARV. Recomenda-se dar preferência ao ácido valproico.

Distúrbios do sono

Os ARV aumentam os níveis séricos da maioria dos benzodiazepínicos, tornando seu uso nos idosos bastante arriscado, pelo risco de rebaixamento grave do sensório e depressão respiratória. O mais seguro é o lorazepam, que deve ser usado com critério e na menor dose possível. Preferir indutores do sono, como o zolpidem.

Pirose e doença ulcerosa péptica

O ARV atazanavir tem sua absorção maciçamente diminuída quando associado a medicamentos antiácidos como omeprazol e ranitidina. Se o uso dessas drogas for indispensável, é necessária a troca do atazanavir. Não existem interações dos antiácidos com os outros ARV.

Leitura Complementar...
Em dezembro de 2013 o Ministério da Saúde lançou o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Esse documento apresenta os dados dos casos de AIDS em adultos, crianças e gestantes infectados pelo HIV. (Disponível na biblioteca complementar)

Tópico 04 Concluindo

Nessa unidade evidenciou-se a preocupação referente ao aumento dos casos de DST e AIDS e na população idosa, e como esta passa a ser um desafio para os profissionais de saúde, evidenciando a necessidade de atentar-se à qualidade de vida desta população.

O conhecimento aqui produzido e disponibilizado, é apenas um recurso para auxilia-los no reconhecimento de sintomas e no tratamento dessas patologias.

Aderir às campanhas nacionais e medidas de conscientização e educativas para controle e prevenção das DST e AIDS nos idosos!

Tópico 05 Atividade I

01. Idosos contaminados pelo HIV têm aumentado em estatísticas em todo o mundo. Vários estudos realizados no Brasil revelam particularidades comuns nesses pacientes. Entre muitas dessas características, algumas são mais prevalentes. Sobre esse assunto, assinale o item correto.

a) Há um aumento de casos em mulheres, em heterossexuais e em classes mais pobres.
b) Não há casos de HIV em pacientes idosos.
c) Não há aumento no número de casos de AIDS em idosos; na verdade tem havido um declínio no número de casos.

d) O número de casos tem diminuído desde o ano 2000.
e) A epidemia de AIDS tem seguido um padrão de incremento de infecção em homens, de alta escolaridade e de classes mais altas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST**. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)**. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Adultos Vivendo com HIV/AIDS. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito) meses**. Portaria n. 151, de 14 de outubro de 2009.

GREENE, M.; et al. Manegement of Human Immunodeficiency Virus infection in advanced age. JAMA, v. 309, n. 13, p. 1397-1405, 2013.

SITTA, M.C.; JACOB FILHO, W.; NOBILE, L. A. Doenças ginecológicas e sexualmente transmissíveis. In: Freitas, E.V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 781-6.

SOARES, A. M. et al. AIDS no Idoso. In: Freitas, E.V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 918-30.