

Tuberculose no idoso em hospital de referência

Tuberculosis in the elderly in reference hospital

Hedi M. de M. Guedes de Oliveira¹, Fernando Carlos V. Ribeiro¹,
Marcela L. Bhering¹, Antonio Ruffino-Netto²,
Afrânio Lineu Kritski³, Agnaldo José Lopes¹

Pulmão RJ 2005; 14(3): 202-7

RESUMO

Introdução: a população idosa, com 60 anos ou mais, tem aspectos peculiares que a diferenciam da mais jovem e que implicam em alterações fisiológicas e maior vulnerabilidade às infecções. O presente trabalho tem como objetivo avaliar o comportamento da tuberculose (Tb) em pacientes idosos internados no maior hospital de referência para a doença no Estado do Rio de Janeiro. **Metodologia:** estudo descritivo, retrospectivo, realizado por meio do levantamento de prontuários de pacientes com mais de 60 anos, portadores de Tb, internados entre janeiro de 2001 e dezembro de 2003 no Hospital Estadual Santa Maria. **Resultados:** dos 61 prontuários revisados, 77% eram de pacientes do sexo masculino, predominando a faixa etária entre 60 e 65 anos (42,6%). O mau estado geral foi o principal motivo de internação, em 39,9% dos casos, e a Tb pulmonar o diagnóstico da internação em 93,4% dos casos. Com relação à realização de tratamentos anteriores para Tb, 42,6% eram retratamento sendo que destes 65,4% tinham história de abandono. No momento da internação, 39,9% apresentaram baciloscopia positiva. O diabetes foi a comorbidade presente em 16,4% dos casos. O tempo médio de permanência foi de 61 dias ou mais em 59% dos pacientes. Quanto à alta hospitalar, 54,1% dos pacientes saíram de alta por decisão médica e 31,1% evoluíram para óbito. **Conclusões:** a tuberculose no idoso apresenta um exaurimento progressivo da competência imunológica, o que justifica os principais motivos de internação, a frequência de apresentações atípicas, a presença de comorbidades e o longo tempo de internação.

Descritores: tuberculose, idoso, saúde do idoso.

ABSTRACT

Introduction: the population over sixty, has some particular aspects that differentiate from the younger population, which results in physiological changes and greater infection vulnerability. The objective was to evaluate the behavior of the tuberculosis (Tb) in elderly patients treated in a hospital that is a major reference for this disease in the State of Rio de Janeiro. **Methods:** descriptive and retrospective study, carried through patients with Tb and older than 60 years old, hospitalized between January of 2001 and December of 2003 in the Hospital Estadual Santa Maria. **Results:** of the 61 reviewed medical reports, 77% of the patients were male, predominantly between the ages of 60 to 65 years old (42.6%). The general bad condition was the main reason of the patients' hospitalization with 39.9% of the cases, and the pulmonary Tb diagnosis represents 93.4% of the cases. Previous treatments for Tb occurs in 42.6%, of these 65.4% had abandonment history. At the moment of the admission 39.9% showed positive bacilloscopy. Diabetes was present as co-morbidity in 16.4% of the cases. The average time of residence was 61 days or more for 59% of the patients. As for hospital release, 54.1% of the patients left by medical decision and 31.1% evolved to death. **Conclusion:** Tuberculosis in the elderly presents progressive exhaustion of the immunological capacity, which is the main reason for the admissions, the frequency of non-typical presentations, the presence of the co-morbidities and the long period in hospital treatment.

Keywords: tuberculosis, aged, aging health.

Introdução

A tuberculose (Tb) é uma doença infecto-contagiosa responsável pelo adoecimento de oito milhões de pessoas e 2,5 milhões de óbitos por ano em todo o mundo¹. Em 1993, a Organização Mundial de Saúde reconheceu a Tb como uma emergência mundial. O recrudescimento da doença tem como causas o advento da Aids, o empobrecimento da população, os grandes aglomerados humanos em centros urbanos e a dificuldade política e econômica da implantação de programas anti-Tb em países pobres, que detêm 80% dos casos de tuberculose no mundo^{1,2}.

Considera-se idoso o indivíduo com 60 anos ou mais de idade^{3,4}. O envelhecimento da população é um fenômeno que ocorre tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, sendo que estes últimos abrigam dois terços da população mundial de idosos. As projeções indicam que, de 1975 a 2025, a população de idosos deverá crescer 224% em comparação ao crescimento da população geral que será de 102%³. Os idosos têm aspectos peculiares que os diferenciam da população mais jovem e que implicam em alterações fisiológicas (imunológicas, bioquímicas, psicossociais e morfológicas) e maior vulnerabilidade às infecções.

Em países desenvolvidos a Tb acomete grupos mais específicos como imigrantes e indivíduos excluídos socialmente e, dentre estes grupos, os idosos têm recebido atenção dos pesquisadores, buscando entender o que caracterizaria esta maior tendência ao adoecimento.

Também no Brasil, nas últimas décadas, tem havido um movimento demográfico no sentido de aumento da população de idosos. Esse fenômeno é claro, a ponto de produzir políticas direcionadas aos idosos que culminaram com o Estatuto do Idoso, publicado em 2003. Entre 1986 e 1996, a proporção de casos de Tb no Brasil aumentou de 10,5% para 12% e a mediana de idade de 38 para 41 anos³. Tal fenômeno poderia ser explicado por alguns fatores, incluindo: crescente eficácia da prevenção primária (BCG), dificuldade de diagnóstico nesta faixa etária, maior predisposição às reinfecções endógenas e exógenas, maior incidência de comorbidades e

condições imunossupressoras como o diabetes, neoplasia, uso de corticóide, insuficiência renal crônica, desnutrição, doenças pulmonares e cardíacas.

Apesar do tema ter sido interesse de pesquisas desde a década de 40 do século passado, ainda existem poucos trabalhos e indefinição sobre o comportamento diferenciado da Tb na população de idosos. Os trabalhos que abordam o tema da Tb em idosos internados em hospitais especializados não mostram diferenças significativas na apresentação clínica e radiológica em relação às demais faixas etárias. Apenas no tocante à mortalidade houve maior incidência dentre os idosos.

Diante dos fatos, procuramos apresentar uma avaliação do comportamento da doença em pacientes internados no maior hospital de referência para Tb no Estado do Rio de Janeiro, confrontando os achados com os dados da literatura.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo por meio de levantamento retrospectivo de prontuários de pacientes internados no Hospital Estadual Santa Maria, referência para tratamento da Tb no Estado do Rio de Janeiro. O estudo abrange o período entre janeiro de 2001 e dezembro de 2003. Como critério de inclusão foi adotada a idade > 60 anos. Foram excluídos os pacientes que não atendessem a definição de caso de Tb.

Caso de Tb é aquele que teve o diagnóstico confirmado por meio de baciloscopia e/ou cultura para *Mycobacterium tuberculosis*, ou que apresentava evidências clínico-radiológicas e epidemiológicas de Tb e que, após a prescrição do esquema terapêutico, tiveram melhora significativa sem ter sido diagnosticada outra enfermidade.

As variáveis analisadas foram: sexo, faixa etária, motivo de internação, diagnóstico da internação, realização de tratamentos anteriores para Tb, baciloscopia da internação, aspecto radiológico, realização de sorologia anti-HIV, presença de co-morbidades, motivo da alta e tempo médio de permanência.

Quanto ao aspecto radiológico, foram avaliadas as telerradiografias de tórax realizadas até 10 dias após a data da internação, sendo considerada "típica" aquela

1. Hospital Estadual Santa Maria / SES-RJ.

2. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

3. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Local de realização: Hospital Estadual Santa Maria da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

Endereço para correspondência: Hospital Estadual Santa Maria. Estrada do Rio Pequeno, 656 Taquara 22723-190 Rio de Janeiro - RJ.

E-mail: hedi oliveira@yahoo.com.br

Artigo recebido para publicação no dia 15/09/2005 e aceito no dia 23/09/2005, após revisão.

que apresentava infiltrado no lobo superior e/ou segmento apical do lobo inferior, com ou sem cavitação; “compatível” aquela que apresentava adenomegalia hilar ou mediastinal, padrão miliar e/ou derrame pleural; “atípica” aquela que mostrava qualquer outro achado radiológico. Os pacientes que não tinham telerradiografias de tórax ou que só as tinham após 10 dias de internação foram considerados na categoria “ignorados” durante a avaliação radiológica.

Para a coleta dos dados foi utilizado formulário-padrão pré-testado e para compilação dos mesmos foi utilizado o programa Epi-Info 3.1.

Resultados

Foram avaliados 532 prontuários de pacientes portadores de Tb e/ou co-infecção Tb/HIV/Aids, sendo que 68 (12,78%) eram de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos. Deste total, sete foram excluídos por não se tratar de um caso de Tb conforme definição descrita anteriormente.

Neste estudo, houve predominância da doença no sexo masculino (77%), sendo a faixa etária mais atingida a de 60 a 65 anos (42,6%), seguida das de 66 a 70 e 71 a 75 anos, ambas com 21,3% (Gráfico 1).

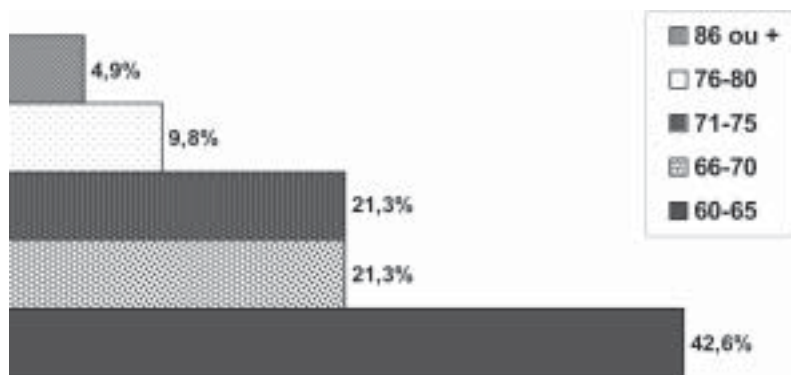


Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária.

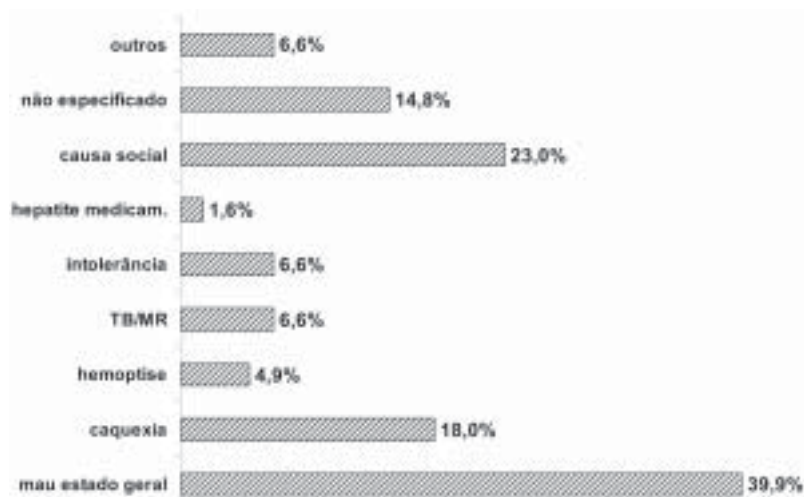


Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes quanto ao motivo de internação.

Os principais motivos de internação podem ser vistos no Gráfico 2, valendo salientar que alguns pacientes tinham mais de um motivo.

Os principais diagnósticos no momento da internação foram Tb pulmonar em 93,4%, sendo que destes 18% apresentavam outro diagnóstico associado; Tb extrapulmonar em 3,3%; Tb pulmonar associada a extrapulmonar em 1,6%; e o único caso que teve como motivo de internação apenas outro diagnóstico (derrame pleural) foi posteriormente confirmado como Tb pleural, portanto não foi excluído da avaliação por ser considerado caso de TB.

Em relação ao tratamento anterior para Tb e a conclusão ou não do mesmo, os Gráficos 3 e 4 mostram os achados deste estudo. Vale a pena ressaltar que mais de 40% dos pacientes tinham relato de tratamento prévio para Tb e, destes, mais de 60% tinham história de abandono.

No momento da internação, apenas 39,3% dos pacientes apresentaram baciloscopia positiva. Entretanto, em cerca de 21% dos casos, sequer o exame de escarro foi solicitado.

As comorbidades mais freqüentes estão mostradas no Gráfico 5, destacando: diabetes (16,4%), hipertensão arterial sistêmica (9,8%), hepatite (9,8%), pneumonia (8,2%), doença pulmonar obstrutiva crônica (6,6%) e insuficiência cardíaca congestiva (4,9%).

A radiografia de tórax, no momento da internação, foi considerada típica de tuberculose em 47,5% dos pacientes, atípica em 19,7%, compatível em 6,6% e ignorada em 26,2% (Figuras 1, 2 e 3). O exame anti-HIV foi negativo em 67,2%, positivo em 1,6%, não solicitado em 26,2% e ignorado em 4,9% dos casos.

O tempo médio de permanência foi bastante longo, sendo que 59% dos pacientes ficou internados por período superior a 61 dias como mostra o Gráfico 6.

Foram vários os motivos da alta hospitalar. Mais da metade (55,7%) dos pacientes saíram de alta por decisão médica, sendo que destes 3,3% saíram de alta por cura com confirmação, 4,9% cura sem confirmação e 47,5% foram encaminhados para dar continuidade no tratamento em Centro Municipal de Saúde. Evoluíram para óbito 31,1% dos

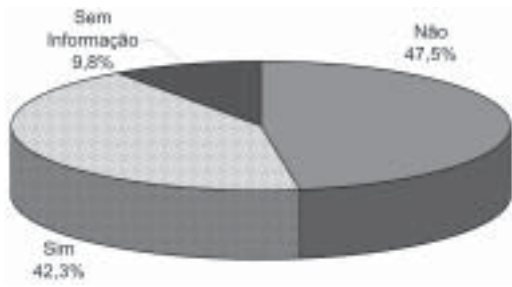


Gráfico 3 – Distribuição dos pacientes conforme a realização de tratamento anterior para tuberculose.

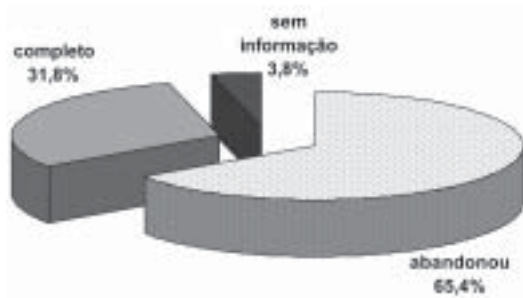


Gráfico 4 – Distribuição dos pacientes de acordo com a conclusão do tratamento anterior.

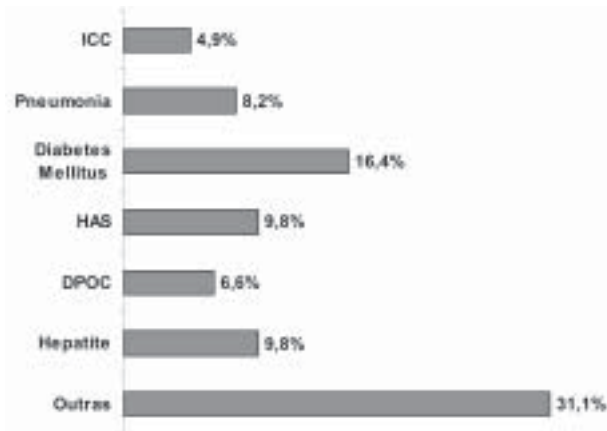


Gráfico 5 – Distribuição dos pacientes de acordo com a presença de comorbidades.

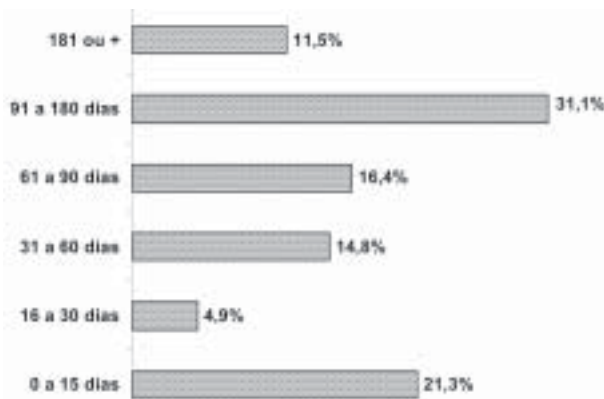


Gráfico 6 – Distribuição dos pacientes por tempo médio de permanência hospitalar.



Figura 1 – Homem, 67 anos, internado com queixas de emagrecimento, tosse produtiva, caquexia e anorexia. A pesquisa de BAAR foi positiva (++) . Sua radiografia de tórax evidenciava infiltrado alveolar com áreas de confluência ocupando todo o pulmão direito. Evoluiu com piora do quadro respiratório e óbito no 13º dia de internação.

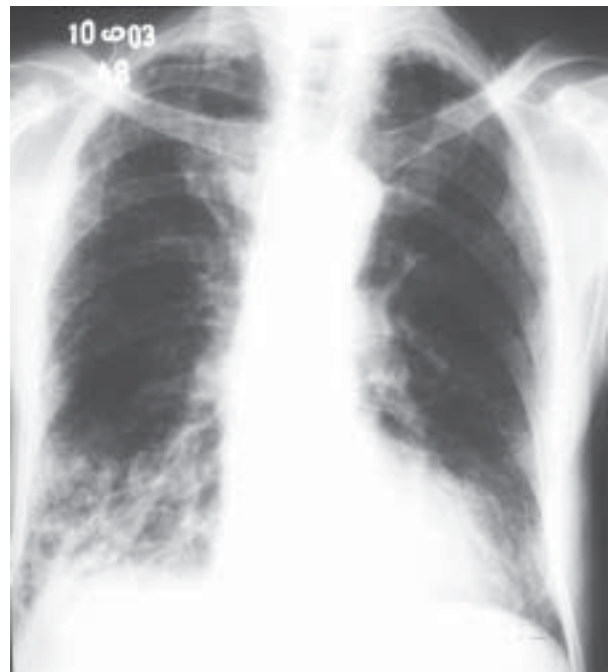


Figura 2 – Homem, 93 anos, internado com quadro de hemoptise. A pesquisa de BARR foi positiva (+++) . Sua radiografia de tórax mostrava infiltrado intersticial em terço inferior de ambos os pulmões, além de pequena lesão cavitária na base do pulmão direito. Permaneceu internado por 72 dias, tendo recebido alta e encaminhamento para posto de saúde.



Figura 3 – Homem, 65 anos, internado com queixas de emagrecimento, tosse produtiva e dispnéia aos mínimos esforços. A pesquisa de BAAR foi positiva (+). Sua radiografia de tórax mostrava infiltrado reticulonodular difuso. Evoluiu com piora do quadro e óbito no 5º dia de internação.

casos. Foram transferidos para outras unidades hospitalares 9,83% dos casos e tiveram alta a pedido e por indisciplina apenas 1,63% (que corresponde a 1 paciente).

Discussão

No Brasil, ainda que vagarosamente, a incidência da Tb começa a ser deslocada para a faixa etária mais alta. Para tal fato contribuem, por um lado, a eficácia da vacinação BCG e a redução do risco de infecção na comunidade; por outro, o crescimento da população de adultos e idosos³.

A população geriátrica está mais predisposta ao desenvolvimento da tuberculose, tanto a partir da reativação endógena (mais freqüente e que constitui num “foco” de manutenção da doença na comunidade), quanto da reinfeção exógena. Esta maior suscetibilidade à doença pode ser explicada pela depressão das defesas orgânicas na idade avançada, incluindo as alterações na função imune, no clearance mucociliar e na função pulmonar. Além disso, as inúmeras condições imunossupressoras associadas tais como diabetes, insuficiência hepática, insuficiência renal, desnutrição e terapia prolongada com corticosteróides também podem contribuir de forma decisiva no desenvolvimento da lesão tuberculosa⁴.

Neste estudo, observamos uma predominância

significativa da doença no sexo masculino (77%), semelhante à distribuição na população geral de Tb do Estado do Rio de Janeiro (67,4%)⁵. Esta maior prevalência em homens pode estar relacionada a fatores biológicos, incluindo os hábitos de vida⁶. Nossa amostra, porém, pode ter apresentado um viés importante, já que temos mais leitos disponíveis para o sexo masculino do que para o sexo feminino.

Quanto à distribuição dos casos de acordo com a idade, observamos que mais de 40% deles se situaram entre 60 e 65 anos, diferentemente do estudo de Korzeniewska-Kosela⁷, realizado no Canadá, que mostrou média de idade de 75 anos entre os idosos. Esta diferença reflete o deslocamento mais acentuado da Tb para a faixa etária geriátrica nos países desenvolvidos, que pode ser conseqüência tanto da maior longevidade quanto do maior controle da enfermidade.

Dentre as principais causas de hospitalização, chama-nos a atenção, no presente estudo, o mau estado geral e a caquexia, quadros indicativos de uma fase mais adiantada da doença. Isto ocorre, principalmente, por falhas no processo de busca do caso, que não consegue identificá-lo nas fases iniciais da Tb. A caquexia demonstra, não só o grau adiantado da Tb, como também a má condição social relatada em 23% dos casos.

Tal como no jovem, o presente estudo mostra que a Tb no idoso é mais comumente localizada nos pulmões, porém sua apresentação radiológica pode ser atípica (20% dos casos de nossa casuística). Diversos autores têm mostrado maior freqüência de Tb miliar nesta população, assim como de lesões em regiões inferiores que se confundem com pneumonias bacterianas. Também não é incomum as imagens mimetizarem carcinomas brônquicos, quando iniciam como infiltrado hilar ou peri-hilar aparentando massas hilares^{4,7}. Já as formas extrapulmonares, em nosso estudo, foram raramente diagnosticadas, estando de acordo com outros trabalhos no país que mostraram variação de 5% a 17% nesta faixa etária⁴.

Neste trabalho, mais de 40% dos pacientes referiram Tb prévia. Destes, cerca de 65% relataram abandono anterior de tratamento, o que é alarmante. Isto é melhor explicado pelas más condições sociais (que fazem parte do perfil de doentes de nossa unidade hospitalar) do que pelo processo de envelhecimento. Entretanto, a ignorância dos casos, por parte da vigilância epidemiológica, é fator que perpetua o avanço da doença, não só entre os idosos, mas também na população tuberculosa em geral.

Outro dado preocupante, em relação ao estudo atual, é o baixo número de casos que foram confir-

dados pela baciloscopia do escarro durante a internação (aproximadamente 40%). Esta maior proporção, em idosos, de casos sem confirmação bacteriológica também é relatada por outros autores⁸, podendo dever-se a alguns fatores, incluindo: 1) dificuldade em obter amostras de escarro nessa população; 2) maiores taxas de resultados negativos possivelmente relacionadas à deficiência no transporte mucociliar. Entretanto, a confirmação bacteriológica da doença deve ser buscada, visto que, no idoso, os sintomas “clássicos” sugestivos da doença são menos freqüentes^{3,8}. Além do mais, o diagnóstico diferencial da Tb no idoso é muito mais amplo, sendo freqüente a ocorrência de patologias graves que podem provocar dúvidas, como as neoplasias. Dessa forma, se o exame de escarro for negativo, métodos invasivos não devem ser descartados para a elucidação diagnóstica.

A maior predisposição nos idosos em desenvolver a doença, especialmente a partir de uma reativação endógena pode dever-se, pelo menos em parte, às inúmeras condições imunossupressoras associadas. Dentre estas condições, neste estudo, destacam-se o diabetes e a insuficiência hepática, que estiveram presentes em 16,4% e 9,8% dos pacientes, respectivamente. No diabetes, as explicações para a maior suscetibilidade à Tb seriam a desnutrição, a diminuição da função dos neutrófilos e a insuficiência vascular. Alguns autores sugerem também a possibilidade de uma diminuição na função das células T⁹. Cabe ressaltar, ainda, uma baixa taxa de co-infecção com o vírus HIV, fato este também assinalado por outros autores na população geriátrica⁷.

Cerca de 60% dos pacientes apresentaram tempo de internação superior a dois meses, muito além daquele relatado por outros estudos na população tuberculosa em geral. No trabalho de Ribeiro e colaboradores¹¹, por exemplo, os pacientes permaneceram internados em média por 29 dias e em isolamento (quando necessário) por 18 dias. Este fato pode refletir não só a alta freqüência de comorbidades entre os idosos, mas também os principais motivos da internação (mau estado geral, caquexia e más condições sociais).

Este estudo mostra também uma alta porcentagem de óbitos (31,1%), refletindo a maior vulnerabilidade à doença entre os idosos. Um maior risco de morte entre os tuberculosos longevos confirma os resultados de outros estudos^{8,10}. Na cidade do Rio de Janeiro, no período de 1995 a 1997, o coeficiente de mortalidade em pacientes com Tb e idade acima de 65 anos foi de 27/100.000, enquanto este coeficiente entre todos os pacientes foi de 12/100.000⁹. Este fato tem sido atribuído a alguns fatores, incluindo: 1) dificuldade no diagnóstico devido à alta freqüência de quadros clínicos atípicos; 2)

retardo no início do tratamento; 3) maior freqüência de condições imunossupressoras associadas⁶.

Concluindo, a Tb no idoso apresenta um exaurimento progressivo da competência imunológica, o que justifica os principais motivos de internação, a freqüência de apresentações atípicas e o longo tempo de internação. Além do mais, preocupa-nos a alta freqüência de abandono de tratamento e a baixa positividade da confirmação diagnóstica. Por todos esses motivos, a Tb no idoso deve constituir-se num capítulo novo, que necessita de novas abordagens e investigações.

Gostaríamos de esclarecer que levantamentos retrospectivos, como é o caso presente, sempre traz no seu bojo a questão da qualidade dos dados. Foi uma preocupação muito grande dos autores, escoimar ao máximo possível as possíveis fontes de erros.

Agradecimentos

Nossos agradecimentos à Vera Lúcia Tini Cardoso, Lyá Leyla Menezes e Natália Campos Neves pelo auxílio na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. 5a. ed. Rio de Janeiro: FUNASA/CRPHF/SBPT; 2002.
2. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes brasileiras para tuberculose 2004. J Brasileiro Pneumol 2004;30(supl 1):4-5.
3. Vendramini SHF, Villa TCS, Gonzales RIC, Monroe AA. Tuberculose no idoso: análise do conceito. Rev Latino-Am Enferm 2005;11(1):96-103.
4. Duarte S, Nascimento AV, Marques JC, Sgaib NM. Tuberculose no idoso. J Pneumol 1993;19(2):96-8.
5. Selig L, Belo M, Cunha AJLA, Teixeira EG, Brito R, Luna AL, Trajman A. Óbitos atribuídos à tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. J Bras Pneumol 2004;30(4):327-34.
6. Vendramini SHF, Gazetta CE, Netto FC, Cury MR, Meirelles EB, Kuyumjian FG, Villa TCS. Tuberculose em município de porte médio do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. J Bras Pneumol 2005;31(3):237-43.
7. Korzeniewska-Kosela M, Krysl J, Müller N, Black W, Allen E, FitzGerald M. Tuberculosis in young adults and the elderly – a prospective comparison study. Chest 1994;106:28-32.
8. Chaimowicz F. Transição etária da incidência e mortalidade por tuberculose no Brasil. Rev Saúde Pública 2001;35(1): 81-7.
9. Kritski AL, Conde MB, Souza GRM. Tuberculose – do ambulatório à enfermaria. São Paulo – Rio de Janeiro – Belo Horizonte: Atheneu; 2000. 303 p.
10. Antunes JLF, Waldman EA. Tuberculosis in the twentieth century: time-series mortality in São Paulo, Brazil, 1900-97. Cad Saúde Pública 1999;15:463-76.
11. Ribeiro AS, Matsui TN. Hospitalização por tuberculose em hospital universitário. J Pneumol 2003;29(1):9-14. ■