

# Abordagem do idoso hipertenso com insuficiência cardíaca

Elizabete Viana de Freitas

*Serviço de Cardiologia do Hospital Pedro Ernesto da UERJ. Mestre em  
Cardiologia pela UERJ. Especialista em Cardiologia pela SBC/AMB*

A partir da última década, principalmente, houve aumento do número de estudos com coortes populacionais de idosos, contribuindo para isso o fenômeno mundial do envelhecimento, responsável pela marcante mudança do perfil epidemiológico, com expressivo crescimento das doenças crônico-degenerativas, propiciando o desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas com maior sobrevivência a essas enfermidades. O envelhecimento é acompanhado pela maior prevalência de doenças crônicas, sendo as doenças cardiovasculares (DCV) responsáveis por alta morbidade e mortalidade nessa faixa etária.

A hipertensão arterial (HA) representa a doença tratável mais comum entre os idosos, com expressivo aumento após os 70 anos, atingindo mais de 50% desses indivíduos em ambos os sexos, com maior prevalência no sexo feminino após os 60 anos. Representa não apenas uma enfermidade por si só, mas um importante fator de risco para o aparecimento de outras, como a doença arterial periférica, o acidente vascular cerebral (AVC), constituindo também importante causa de insuficiência cardíaca entre os idosos.

Por outro lado, o aumento da incidência da insuficiência cardíaca (IC) está intimamente relacionado com o envelhecimento. A taxa de prevalência da IC encontra-se entre 0,3% e 2% na população geral, aumentando para 6% a 10% em idade igual ou superior a 65 anos, contribuindo expressivamente

para o crescimento do número de internações hospitalares.

O papel da HA no desenvolvimento da IC encontra-se bem estabelecido. Atualmente, há inúmeros dados disponíveis mostrando que a mortalidade total por DCV é bem maior entre os idosos hipertensos do que entre os normotensos. A presença de HA, de acordo com os dados de Framingham, aumenta de duas a três vezes o risco do desenvolvimento de IC.

Com o envelhecimento ocorre perda da elasticidade nos grandes vasos com tendência ao aumento da pressão arterial sistólica, propiciando maior prevalência de pressão arterial sistólica entre os idosos, constituindo um fator preditivo positivo para o desenvolvimento de eventos CV. Por outro lado, a pressão diastólica configura-se como um preditor negativo, enquanto a pressão de pulso, a diferença da leitura da pressão arterial sistólica e diastólica, assume um grande papel.

Blacher et al. mostraram, em recente metanálise com cerca de 8.000 pacientes, que a pressão de pulso é o índice de risco CV mais importante entre os idosos. Nesse estudo foi observado que com 10 mmHg acima do valor normal da pressão de pulso, situado ao redor de 40 mmHg, há um aumento de 13% para eventos CV e de 20% para mortalidade CV.

Métodos não-invasivos têm possibilitado avaliação mais precisa da pressão de pulso, do contorno e da velocidade da onda de pulso

(VOP), que permitem a determinação de vários índices de rigidez arterial. Em recentes estudos, o aumento da VOP tem sido relacionado com o envelhecimento, HA e aterosclerose, além de ter se mostrado um marcador de DCV.

As alterações da função endotelial, entre outros fatores, sofrem influência da HA, resultando em resposta vasomotora anormal devido à perda da capacidade de sintetizar e liberar adequadamente substâncias vasodilatadoras, com menor biodisponibilidade de óxido nítrico e predomínio das substâncias vasoconstritoras. Os mecanismos determinantes da disfunção endotelial na hipertensão arterial ainda não estão totalmente esclarecidos.

A importância de processos adaptativos para o desenvolvimento da doença cardíaca hipertensiva, sugeridos por recentes estudos experimentais, é caracterizada pela conversão fenotípica do miócito, permitindo acomodação diante dos aumentos de carga que são impostos ao coração.

Salienta-se, portanto, que inúmeros fatores, tanto funcionais como estruturais, encontram-se envolvidos na evolução da hipertensão arterial para IC.

Embora seja reconhecida a influência de diversos fatores na fisiopatologia da hipertensão arterial levando à IC, a atuação clínica preventiva com droga se faz principalmente sobre a hipertensão arterial sistólica.

A insuficiência cardíaca pode ser causada por disfunção sistólica, diastólica, ou pela associação de ambas. O diagnóstico diferencial entre essas entidades clínicas, com a determinação do predomínio de uma sobre a outra, é indispensável para o sucesso terapêutico. Em 50% dos pacientes idosos, principalmente naqueles com 70 anos ou mais, a IC é causada por alteração na função diastólica. Quando a IC é causada por disfunção diastólica isolada, os sintomas congestivos resultam de hipertensão venosa pulmonar, sendo a função sistólica normal e sem ocorrência de aumento da área cardíaca. A taxa de mortalidade nesses casos é comparável à da IC sistólica, alcançando cerca de 50% em cinco anos. A hipertensão arterial sistólica tem importante papel no desenvolvimento da IC diastólica nos idosos.

O diagnóstico da IC deve, em qualquer situação, buscar a identificação da causa subjacente, condição fundamental para a aplicação terapêutica específica e individualizada.

Ressalte-se, uma vez mais, que a análise dos sinais e sintomas nos idosos deve sempre considerar as características fisiológicas próprias do envelhecimento, as atipias das manifestações patológicas e as comorbidades presentes.

Apesar da terapia farmacológica ser o fundamento do tratamento da ICC, as medidas gerais não-medicamentosas devem ser instituídas em todas as idades. Moderada restrição sódica, entretanto, poderá minimizar a dose dos diuréticos e reduzir os efeitos colaterais desses medicamentos mais prevalentes nos idosos.

Embora basicamente o tratamento da ICC seja similar na pessoa idosa e no jovem, é necessário considerar, contudo, aspectos próprios relacionados às comorbidades e a características peculiares da farmacocinética do idoso. Cuidadosa inves-

tigação deve ser realizada no sentido de serem evitadas interações medicamentosas que, por si só, podem ter conseqüências graves. A função renal deve receber, nestes pacientes, especial atenção, tendo-se em conta que com a idade a taxa de filtração glomerular diminui, interferindo na eliminação de certos fármacos, como, por exemplo, os digitálicos que devem ser administrados em doses mais baixas. A redução da massa muscular corporal, em cerca de 30%, se reflete em uma menor produção de creatinina sérica, que assim não expressa a real filtração glomerular, determinando a necessidade de ajuste na dose dos fármacos através do *clearance* de creatinina. A monitorização da função renal é imprescindível principalmente quando se faz uso de drogas como os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), que devem ser suspensos caso haja precipitação de insuficiência renal (IR). No início da terapêutica com IECA pode-se observar elevação discreta da creatinina sérica, sobretudo se o paciente apresentar algum grau de IR. Quando esta é leve e não há piora adicional, é possível acompanhar o paciente sem a suspensão da droga, podendo, inclusive, ser retardada a evolução.

O uso dos IECA, já consagrado em estudos clássicos como o *CONSENSUS*, *SOLVD* e *VeHEFT II*, trouxe importante contribuição no tratamento da IC, com a perspectiva, até então desconhecida do aumento de expectativa de vida. Recentemente, entretanto, o estudo *ELITE* (*The Losartan Heart Failure Study*) e o *ELITE II* (*The Losartan Heart Failure Survival Study*) demonstraram promissores resultados em relação à morbidade e mortalidade em pacientes idosos com os bloqueadores dos receptores da angiotensina II, com melhor perfil de tolerabilidade em relação aos IECA. Estes resultados, ainda que iniciais, autorizam a substituição do IECA, nos

casos de intolerância, pelos bloqueadores dos receptores de angiotensina.

Freqüentemente, a redução do *compliance* ventricular leva a sintoma de dispnéia mesmo aos pequenos e médios esforços, que podem ser atenuados com bloqueadores de canais de cálcio ou  $\beta$ -bloqueadores. Nestes casos os inotrópicos positivos estão contra-indicados e os diuréticos e vasodilatadores podem reduzir o enchimento ventricular e potencializar a disfunção ventricular.

O quadro clássico de ICC por disfunção sistólica segue a mesma conduta do adulto jovem. Entretanto, nos idosos a presença de estenose aórtica, relativamente freqüente, deve ser investigada já que, em grau de moderada a grave, contra-indica o uso de inibidores da enzima de conversão da angiotensina, droga de eleição nos pacientes portadores de HA.

Os pacientes idosos com grave disfunção sistólica ( $FE < 35\%$ ), particularmente associada à FA, antecedentes de eventos tromboembólicos, à presença de trombo ou remora intracavitária, são candidatos a anticoagulação oral. Nesta população a contração atrial contribui para o enchimento ventricular, prejudicado pela diminuição de relaxamento desta cavidade, sendo a reversão da FA ao ritmo sinusal importante contribuição para melhorar o débito cardíaco.

A alta incidência dos processos infecciosos pulmonares nessa faixa etária, principalmente em curso de doenças crônicas como a ICC, indica a vacinação contra o pneumococo e a antigripal, principalmente nos locais de clima mais frio.

Em conclusão, atualmente, os agentes anti-hipertensivos são efetivos no tratamento e na prevenção de complicações, afirmações largamente comprovadas por inúmeros estudos, inclusive com indicação extensiva a comorbidades como, por exemplo, diabetes melito, doença

renal e IC. As complicações decorrentes da HA podem ser prevenidas, em boa parte, pelo controle adequado dos níveis pressóricos, devendo ser

lembrado que o grupo etário mais afetado pela HA e suas complicações é o dos idosos, exigindo cuidados preventivos com tratamento agres-

sivo da hipertensão em todos os pacientes, proporcionando, com certeza, uma perspectiva de melhor qualidade de vida.

## Leitura recomendada

1. Brandão AP, Brandão AA, Freitas EV, Magalhães MEC, Pozzan R. Hipertensão arterial no idoso. In: Freitas EV, Py L, Nery AL, Caçado FAX, Gorzoni ML, Rocha S (eds.). Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002; pp. 249-262.
2. Batlouni M, Freitas EV. Insuficiência cardíaca no idoso. In: Freitas EV, Py L, Nery AL, Caçado FAX, Gorzoni ML, Rocha S (eds.). Tratado de geriatria e gerontologia Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002;pp. 266-280.
3. Pitt B, Poole-Wilson PA, Segal R et al. Effect of losartan compared with captopril on mortality in patients with symptomatic heart failure: randomized trial – the Losartan Heart Failure Survival Study ELITE II. *Lancet* 2000;355:1582-7.
4. Kitzman DW. Heart Failure in the Elderly: heart failure with normal systolic function. *Clin Ger Med* 2000, 16(3).