

Editor: Celso Amodeo

Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar Hypertension in old age: importance of the treatment

Flávio A. O. Borelli¹, Márcio Gonçalves de Sousa¹, Oswaldo Passarelli Jr.¹, Eduardo Pimenta¹, Carolina Gonzaga¹, Antonio Cordeiro¹, Leda Lotaf¹, Celso Amodeo²

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA), doença cardiovascular de alta prevalência, acomete mais de 60% da população formada por pessoas com 60 anos ou mais, havendo maior envolvimento naqueles da etnia negra e do sexo feminino¹.

No Brasil, esse fato se dá de modo bastante acelerado. Em publicação do ano 2000, o Censo mostrou algo em torno de 14,5 milhões de pessoas nessa faixa etária ou acima dela. Com base nesses dados, há projeção para 2025 de população de idosos no país representada por 30 milhões de indivíduos².

Acompanhando esse expressivo número populacional, encontram-se a alta prevalência de fatores de risco e comorbidades, que, agregados à HA, tornam essa condição clínica, com o envelhecimento, responsável por tão elevada taxa de eventos cardíaco e cerebrovasculares³.

Estudos epidemiológicos na população de Framingham já demonstravam, desde a década de 1960, que a HA era fator de risco independente para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, arterial periférica e renal⁴, e que esse fato já era observado mesmo em níveis baixos de pressão arterial, chamados nas diretrizes de HA, na sua classificação, de normal alto⁵. Metanálise recentemente publicada mostrou que para qualquer faixa etária o risco cardiovascular já começa a partir de 115 x 75 mmHg, com significativo aumento desse risco com o envelhecimento e o aumento da pressão arterial, mostrando, assim, a relação direta existente entre nível de pressão arterial, envelhecimento e morte por doença cardíaca e cerebrovascular⁶ (Figura 1).

Estudos publicados no início deste século apresentaram a forte relação existente entre HA, doença coronária e insuficiência cardíaca, atingindo níveis de 27% nas mulheres e 37% nos homens^{7,8}, para eventos cardiovasculares. Dados do DATASUS de 2003 colocaram a doença cerebrovascular como a principal causa de morte no Brasil entre as doenças cardiovasculares (Figura 2), sendo a HA responsável por 40% desses óbitos⁵.

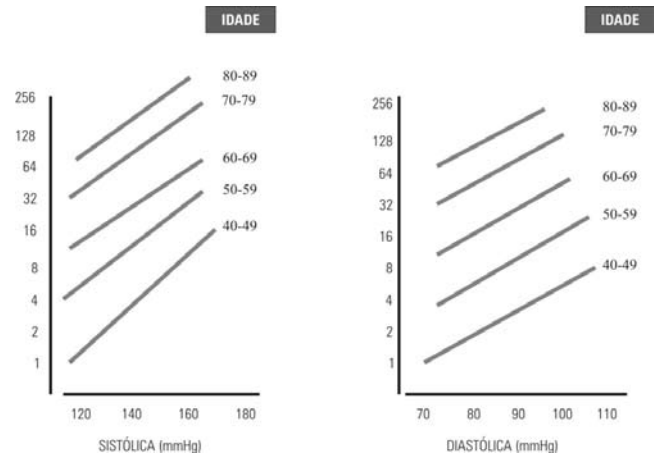


Figura 1. Mortalidade por doença coronária e acidente vascular encefálico, conforme a elevação da pressão arterial (PA) e o envelhecimento⁶.

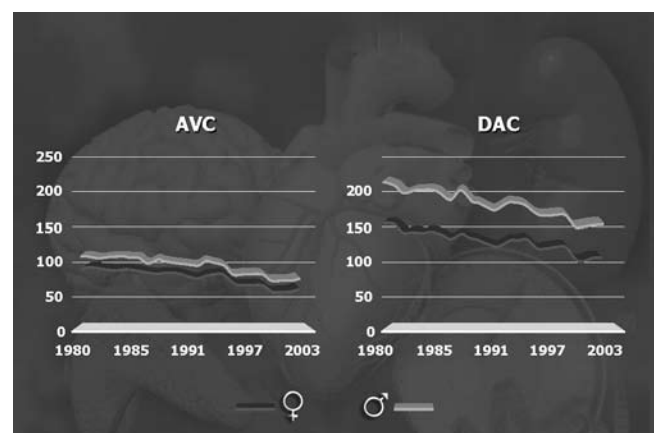


Figura 2. Mortalidade no Brasil entre 1980 e 2003⁵.

1 Médico(a) da Seção de Hipertensão Arterial e Nefrologia do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia de São Paulo.

2 Médico-chefe da Seção de Hipertensão Arterial e Nefrologia do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia de São Paulo.

Correspondência para: Flávio A. O. Borelli. Seção de Hipertensão Arterial e Nefrologia do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Av. Dr. Dante Pazzanese, 500 – 04012-909 – São Paulo, SP. E-mail: fborelli@uol.com.br

Para melhor entendimento da HA nessa população, vale salientar que a pressão arterial tem comportamento próprio ao envelhecimento. Dados populacionais mostraram que até os 50 anos e 60 anos de idade, tanto o componente sistólico quanto o diastólico da pressão arterial aumentam gradualmente em ambos os sexos, em todas as raças e etnias, quando, então, a pressão arterial diastólica começa a declinar, enquanto a pressão sistólica aumenta, estando esse comportamento da pressão arterial também relacionado à maior presença de eventos cardiovasculares⁹ (Figura 3).

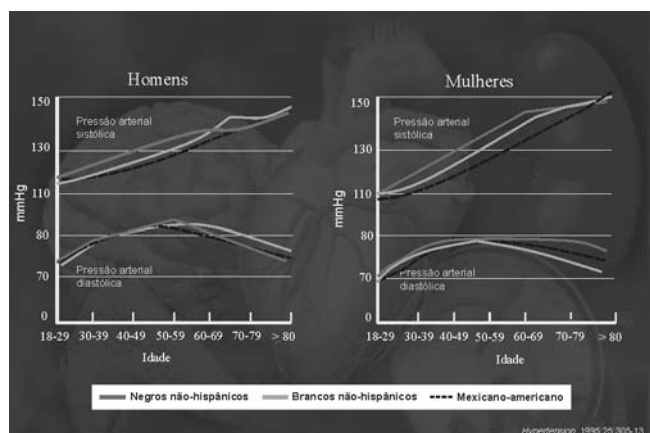


Figura 3. Comportamento da pressão arterial em ambos os sexos, conforme a idade, a raça e a etnia⁹.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

IDENTIFICAÇÃO

L.G.S., 66 anos, sexo feminino, divorciada, negra, do lar, natural da Bahia e procedente de São Paulo.

QUEIXA PRINCIPAL

Pressão alta sem controle há dois anos.

HISTÓRIA PREGRESSA DA MOLÉSTIA ATUAL

A paciente sabia ser portadora de hipertensão arterial. Informou que em 2005 apresentava quadro de derrame, mas, como sempre evoluía sem sintomas, nunca procurou tratamento especializado. Em 2006 foi, então, encaminhada da Unidade Básica de Saúde para tratamento especializado na Seção de Hipertensão Arterial e Nefrologia do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e fazia uso de captopril 50 mg, três vezes ao dia.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Hipertensão arterial há 15 anos, dislipidemia, obesidade, sedentarismo. Nega diabetes melito, doença coronária, nefropatia, tabagismo e etilismo. Refere acidente vascular encefálico em 2005.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Desconhece.

EXAME FÍSICO

Corada, hidratada, acianótica, eupnéica. Pressão arterial (sentada): 180 x 110 mmHg, em membro superior direito (MSD) e sem hipotensão postural; frequência cardíaca: 72 bpm; peso: 78 kg; altura: 1,62 m; índice de massa corporal (IMC): 29,8 kg/m²; circunferência abdominal (CA): 94 cm. Pulmões: murmúrio vesicular (MV) + sem ruídos adventícios. Coração: ritmo regular em 2T, bulhas normofonéticas (BNFs) e sem sopros. Abdome: flácido, globoso, indolor à palpação, sem visceromegalias. Ruídos presentes. Membros inferiores (MMII): sem edema, pulsos presentes e simétricos. Neurológico: diminuição da força motora do hemicorpo esquerdo.

EXAMES LABORATORIAIS

Glicose: 89 mg/dL; uréia: 49 mg/dL; creatinina: 1,2 mg/dL; Na⁺: 141 mEq/L; K⁺: 4,3 mEq/L; ácido úrico: 8,8 mg/dL; hemograma: normal; colesterol total: 278 mg/dL; triglicérides: 163 mg/dL; HDL: 38 mg/dL; LDL: 207 mg/dL; VLDL: 33 mg/dL; urina tipo I: normal.

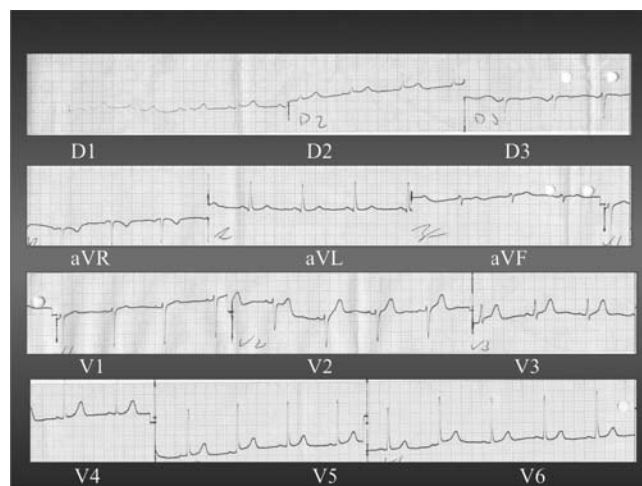


Figura 4. Eletrocardiograma.

DIAGNÓSTICO

Mesmo sendo de fácil diagnóstico, muitos portadores de HA não a têm confirmada. As V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial¹⁵ sugerem que, independentemente da faixa etária, a medida da pressão arterial deva ser realizada em toda a consulta médica, utilizando-se, sempre, a técnica correta, minimizando, assim, os possíveis erros da medida casual e na tomada da conduta terapêutica.

Na primeira consulta, a pressão arterial deverá ser medida em ambos os membros superiores, fazendo-se a opção pelo membro que possuir o maior valor, sendo este escolhido para as consultas posteriores. Na presença de diferença maior que 20 mmHg na

pressão arterial sistólica e 10 mmHg na pressão arterial diastólica, doença vascular deverá ser investigada. Algumas peculiaridades próprias do idoso merecem especial atenção, evitando-se, assim, diagnóstico e intervenções desnecessários.

Assim como anteriormente descrito, a correta medida da pressão arterial diminui as falhas na classificação do estágio em que o paciente se encontra e permite identificar peculiaridades próprias dessa faixa etária, como a lacuna auscultatória e a pseudo-hipertensão¹⁰. Não se pode também esquecer a possibilidade de hipotensão ortostática, que acaba sendo responsável por condições mórbidas que modificam a história natural do envelhecimento¹¹. Daí a necessidade em todo o idoso da medida da pressão arterial em, pelo menos, duas posições, sentado e em pé. O estudo SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program) mostrou valores expressivos de hipotensão postural como responsáveis por fraturas ósseas e hematomas subdurais¹² na sua população. Outro dado importante e que deve ser considerado, por ocasião do diagnóstico de HA no idoso, é a possibilidade da presença da hipertensão do jaleco branco, responsável por até 40% dos casos nessa faixa etária¹³.

TRATAMENTO

As doenças cardiovasculares representam a maior causa de morte nas civilizações ocidentais, entre elas o Brasil. A HA é fator de risco independente para eventos cardiovasculares, como foi muito bem documentado na população de Framingham. Assim sendo, se o objetivo é trazer os benefícios creditados ao tratamento da HA, deve-se fazê-lo com base em evidências clínicas que comprovem ser a conduta estabelecida a melhor para aquele paciente que se está tratando. Infelizmente, dados atuais nos mostram que apenas pequena parcela da população de hipertensos é tratada de maneira adequada, e, destes, número ainda menor tem seus níveis de pressão arterial sob controle¹⁴.

Até 1985, os idosos eram excluídos de estudos clínicos em HA. Desde então, vários foram os estudos que documentaram significativa redução de eventos cardiovasculares na população submetida a tratamento ativo.

Como sempre, o objetivo na abordagem terapêutica do paciente com HA é a redução da morbimortalidade cardiovascular, condição esta alcançada com maior sucesso sempre que se faz a estratificação de risco cardiovascular⁵. Em se tratando, neste caso, de paciente com síndrome metabólica e doença cardiovascular identificada, a paciente será colocada na condição clínica de muito alto risco cardiovascular. Em outras palavras, há chance real de maior evento cardiovascular nos próximos dez anos superior a 30%, tendo como meta pressórica para essa condição clínica níveis de pressão arterial inferiores a 130 x 80 mmHg.

Os objetivos de tratamento, para cada caso, estão bem estabelecidos. Apenas como exemplo, evidências de estudos como HOT¹⁵ e PROGRESS¹⁶ demonstraram que o controle rígido da pressão arterial e determinada classe de anti-hipertensivo eram capazes de trazer benefícios adicionais, em especial aos pacientes diabéticos e àqueles acometidos por evento vascular encefálico. Portanto, ao tratar um paciente portador de HA, deve-se valorizar, além do controle ótimo da pressão arterial, a presença ou não de fatores de risco, as alterações em órgãos-alvo e as doenças clínicas associadas, estratificando-se o risco cardiovascular e quantificando-se o prognóstico. Soma-se a isso a meta pressórica alvo, que deverá, sempre que possível, ser atingida, pois somente assim se terá certeza de que todos os benefícios estarão incorporados à terapêutica instituída.

O caso apresentado relata a presença de comorbidades, com relativa frequência, encontradas na prática clínica diária, que possuem isoladamente alto potencial deletério ao organismo e quando se somam aumentam, de modo expressivo, a chance de evento cardiovascular maior.

Fundamentando-se em informações obtidas de estudos clínicos bem desenhados, robustos e cujas evidências de seus resultados serviram para determinar as condutas, as diretrizes mostraram, com muita clareza, quais as melhores estratégias terapêuticas para o paciente com HA.

Para a paciente em questão, há indicação imediata da abordagem terapêutica com modificações no estilo de vida e do uso de fármacos anti-hipertensivos simultaneamente, além da correção das comorbidades associadas, em razão de muito alto risco cardiovascular. O VII JOINT¹⁷ mostra, com muita propriedade, que as modificações no estilo de vida reduzem entre 4 e 20 mmHg a pressão arterial sistólica, fato este que permite redução na incidência de doenças cardiovascular, cerebrovascular, renal e vascular periférica. Tais medidas devem ser implementadas sempre, não obstante o conceito difundido que é difícil mudar antigos hábitos de vida.

Redução do peso é capaz de promover queda de até 20 mmHg na pressão arterial sistólica, quando se alcança perda de 10 kg e esta é mantida pelo período de um ano. Outras atitudes, como a implementação da dieta DASH, redução na ingestão de sal, atividade física regular e consumo moderado na ingestão de álcool, fazem parte das modificações do estilo de vida que, se adequadamente implementadas, trazem ganho adicional considerável ao tratamento do paciente hipertenso, melhorando até a resposta aos anti-hipertensivos utilizados.

Na população de hipertensos, raramente é encontrado paciente que seja exclusivamente portador de níveis elevados de pressão arterial, sem que, pelo menos, uma comorbidade faça parte de sua história natural. Assim, raramente, se conseguirá em populações com comorbidades adequado controle da

pressão arterial, sem que, no mínimo, duas classes de drogas anti-hipertensivas sejam utilizadas. É exatamente esse cenário o encontrado neste caso, em que, além de várias comorbidades, a paciente também é portadora de evento cerebrovascular. Assim a associação de dois fármacos, no mínimo, será necessária para que os objetivos de diminuição da pressão arterial sejam alcançados. As drogas com ação sinérgica deverão preferencialmente fazer parte da escolha terapêutica, neste caso boa opção seria a utilização daquelas que não modificam o perfil metabólico e incorporam a este os benefícios sobre a parede dos vasos, além de não interferir no perfil glicêmico, enquanto reduzem a pressão arterial. A associação de um inibidor da enzima conversora da angiotensina e antagonista de cálcio é uma das opções com evidências comprovadas em várias ocasiões e, em especial, nesta¹⁸. Isso não invalida a possibilidade de outras combinações terapêuticas, que poderão também ajudar a atingir os objetivos do tratamento, porém, sempre que possível, deve-se evitar piora das condições mórbidas que poderão modificar, a longo prazo, a história natural da doença hipertensiva.

Para finalizar, vale ressaltar a importante estratégia terapêutica na associação de ácido acetilsalicílico e estatina em pacientes considerados de, no mínimo, alto risco cardiovascular, desde que sejam respeitadas suas devidas indicações, permitindo, assim, que se faça prevenção primária para mortalidade cardiovascular.

CONCLUSÃO

A HA no idoso está intimamente relacionada com grande número de eventos cardiovasculares e, conseqüentemente, à menor sobrevida. Uma pior qualidade de vida é fato nessa população, quando não tratada adequadamente. Vários estudos mostraram que tratar HA, independentemente da fâxia etária, traz melhora na qualidade de vida e na sobrevida, diminuindo eventos e permitindo envelhecimento mais digno.

Várias são as classes de anti-hipertensivos que poderão ser usadas no tratamento da HA do idoso. A escolha do melhor fármaco estará sempre na dependência das comorbidades presentes, tolerabilidade, nível socioeconômico e efeitos adversos mais predisponentes nesta população. Fato é que, na maioria das vezes, é obrigatório o uso de, no mínimo, duas classes de anti-hipertensivos. Assim sendo, a associação fixa de fármacos com ação sinérgica é opção bastante interessante, pois aumenta a

adesão à terapêutica instituída e diminui a possibilidade de eventos adversos. Doses menores de fármacos de classes distintas, sinérgicos, trarão maiores reduções na pressão arterial do que doses maiores de um único medicamento anti-hipertensivo.

É fato, pois, sempre que possível, que se deve utilizar os fármacos que melhor respeitem o perfil metabólico do paciente, possuam ação pleitrópica e reduzam a pressão arterial com maior facilidade para as metas pressóricas estabelecidas para cada caso.

REFERÊNCIAS

1. Wolz M, *et al.* Statement from the National High Blood Pressure Education Program: prevalence of hypertension. *Am Heart J.* 2000;13:103-4.
2. IBGE, Censo Demográfico 2000.
3. Zarnke KB. Recent developments in the assessment and management of hypertension: SHEP, ALLHAT and LIFE. *Geriatrics & Aging.* 2003;6(2):14-20.
4. Kannel WB, Schwartz SE, McNamara PM. Blood pressure and risk of coronary heart disease: Framingham Study. *Chest.* 1969;56:43-52.
5. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens.* 2006; 13(4):256-312.
6. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet.* 2002;360:1903-13.
7. Padwal R, Straus SE, McAlister FA. Cardiovascular risk factors and their impact in decision to treat hypertension: an evidence-based review. *BMJ.* 2001; 322:977-80.
8. Kannel WB. Prevalence and implications of uncontrolled systolic hypertension. *Drugs Aging.* 2003;20(4):277-86.
9. Burt VL, Whelton P, Rocella EG, *et al.* Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III), 1988-1991. *Hypertension.* 1995;25:305-13.
10. Messerli FH, Ventura HO, Amodeo C. Osler's maneuver and pseudohypertension. *N Engl J Med.* 1985;312:1548-51.
11. Rutan GH, Hermanson B, Bild DE, Kittner SJ, La Baw F, Tell GS. Orthostatic hypotension in older adults. Cardiovascular health study. *Hypertension.* 1992;19:508-19.
12. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension: final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA.* 1991;265:3255-64.
13. Robinson TG, Fotherby MD, Potter JF. Clinic, but not 24-hour, blood pressure in related to orthostatic hypotension in the elderly untreated hypertensive patients. *Cardiology in the Elderly.* 1994;2:427-32.
14. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalence, awareness and control of systemic arterial hypertension in the state of Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol.* 2004;83:429-33.
15. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, *et al.* Effects of intensive blood pressure lowering and low dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial. *Lancet.* 1998;351:1755-62.
16. PROGRESS Collaborative Group. Randomized trial of a perindopril-based blood pressure – lowering regimen among 6,105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet.* 2001;358:1033-41.
17. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment on High Blood Pressure. *Hypertension.* 2003;42:1206-52.
18. Kohlmann Jr O, Kohlmann NEB, Batiats MC, Mion Jr D, Ortega K, Rocha JC, *et al.* Estudo multicêntrico brasileiro da eficácia e tolerabilidade da associação de anlodipino e enalapril em formulação galênica única no tratamento da hipertensão leve a moderada. *J Bras Nefrol.* 2002;22(4):1-16.