

Epidemiologia e orientações para o tratamento não farmacológico e farmacológico da hipertensão arterial em idosos

Epidemiology and guidelines for the non-pharmacological and pharmacological treatment of hypertension in the elderly

Weimar Sebba Barroso Souza, Thiago Veiga Jardim, Sérgio Baiocchi Carneiro, Paulo César Brandão Veiga Jardim

RESUMO

A prevalência de hipertensão arterial (HAS) na faixa etária acima dos 65 anos é maior que 60%. Estima-se que nos Estados Unidos 69% dos pacientes com antecedente de infarto agudo do miocárdio, 77% com antecedente de acidente vascular cerebral e 74% com histórico de insuficiência cardíaca tenham diagnóstico prévio de HAS. Existem evidências consistentes suportando a recomendação para o tratamento em pacientes com mais de 60 anos de idade, com redução na incidência de desfechos cardiovasculares; mas persistem dúvidas em relação aos que ultrapassam 80 anos. Recentemente, a publicação do *National Institute for Health and Clinical Excellence* para o tratamento da HAS em adultos recomendou a prescrição de drogas anti-hipertensivas em pacientes idosos com menos de 80 anos e hipertensão estágio 1 na presença de lesão em órgão-alvo, doença cardiovascular estabelecida, doença renal, diabetes ou risco cardiovascular em 10 anos \geq 20%. Para quem tinha mais que 80 anos, a recomendação foi de tratamento medicamentoso a partir do estágio 2. A escolha da classe do anti-hipertensivo e a dose inicial devem levar em conta o risco de hipotensão postural bem como as comorbidades associadas. Idealmente devemos começar com doses mais baixas que as utilizadas para a população geral, aumentá-la de maneira gradual e em intervalos mais prolongados ou associar uma segunda classe também em doses inferiores, caso as metas não tenham sido atingidas. Apesar dos evidentes benefícios do tratamento, ainda há dúvidas em relação aos valores de pressão arterial que devem ser alcançados como meta.

PALAVRAS-CHAVE

hipertensão; idoso; terapêutica.

ABSTRACT

The preponderance of hypertension (HTN) in the age group over 65 is greater than 60%. The estimate is that, in the United States, 69% of patients with previous myocardial infarction, 77% with a history of stroke and 74% with a history of heart failure had a previous diagnosis of HTN. There is consistent evidence supporting the recommendation for treatment in patients aged more than 60 years old, with reduction in the incidence of cardiovascular outcomes, however, doubt remains regarding the ones over 80. Recently, the publication of the *National Institute for Health and Clinical Excellence* for the treatment of HTN in adults recommended the prescription of the antihypertensive drugs in elderly patients under 80 years old and stage 1 hypertension in the presence of target-organ damage, established cardiovascular disease, kidney disease, diabetes or cardiovascular risk in 10 years \geq 20%. For those who were over 80, medical treatment from stage 2 was recommended. The choice of the class of antihypertensive and initial dose should take into account the risk of orthostatic hypotension and the associated comorbidities. Ideally we should start with lower doses than those used for the general population, increasing it gradually at longer intervals or associate a second class also at lower doses, if the goals have not been achieved. Despite the perceptible benefits of treatment, there are still questions regarding blood pressure that must be achieved as a goal.

KEYWORDS

hypertension; elderly; therapy.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença crônica não transmissível mais predominante entre os idosos.¹ Sua prevalência aumenta progressivamente com o envelhecimento, e é considerada o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares na população geriátrica.²

Existe uma relação direta e linear da pressão arterial (PA) com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos.³

Nos Estados Unidos, entre 1999 e 2004, a prevalência de HAS na população adulta (idade > 18 anos) foi avaliada em 27% em ambos os sexos. Uma vez que ela aumenta progressivamente ao longo do tempo, conclui-se que a maioria dos idosos é hipertensa.

O Estudo de Framingham aponta que 90% dos participantes com PA normal até os 55 anos desenvolveram hipertensão ao longo da vida.⁴ Além disso, mostra que tanto a PA sistólica quanto a diastólica, em ambos os sexos, aumenta até os 60 anos, quando, então, a PA diastólica começa a declinar enquanto a sistólica registra crescimento linear.⁵

A alta prevalência de outros fatores de risco concomitantes nos idosos, com consequente incremento nas taxas de eventos cardiovasculares, bem como a presença de comorbidades, amplia a relevância da HAS com o envelhecimento.⁶

Nos idosos norte-americanos, a hipertensão é o fator de risco mais importante para as doenças cardiovasculares. Estima-se que 69% dos pacientes com antecedente de infarto agudo do miocárdio, 77% com antecedente de acidente vascular cerebral e 74% com histórico de insuficiência cardíaca tenham diagnóstico prévio de HAS.⁴

Apesar dos indivíduos nessa faixa etária serem mais conscientes de sua condição e estarem mais frequentemente sob tratamento do que os hipertensos de meia-idade, as taxas de controle da pressão arterial nos idosos são inferiores, especialmente após os 80 anos.⁴

O tratamento da HAS nesse grupo de pacientes traz benefícios inequívocos na redução de eventos cardiovasculares maiores (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca). Além disso, existem evidências sobre a possibilidade de prevenção de síndrome demencial, sendo este um benefício adicional que deve ser considerado na decisão terapêutica.⁷⁻⁹

Um estrato de grande importância, por sua alta prevalência de HAS, é o da população muito idosa (com mais de 80 anos). O estudo HYVET demonstra que o tratamento ativo reduz significativamente as taxas de insuficiência cardíaca e mortalidade global nesse grupo.¹⁰

O envelhecimento vascular é caracterizado por alterações na microarquitetura da parede dos vasos, com consequente

enrijecimento arterial. Grandes vasos, como a aorta, perdem sua distensibilidade e, apesar dos mecanismos precisos não estarem claros, envolvem primariamente mudanças estruturais na camada média dos vasos, como a fratura por fadiga da elastina, depósito de colágeno e calcificação, resultando no aumento do diâmetro dos vasos e da espessura média intimal. Clinicamente, a rigidez da parede das artérias se expressa como hipertensão sistólica isolada (HSI), condição com alta prevalência na população geriátrica.⁴

Outras consequências são o aumento da velocidade de onda de pulso e a elevação da pressão de pulso (PP).¹¹ Esta condição é considerada fator de risco independente e está relacionada ao crescimento do risco de morbidade e mortalidade cardiovascular.¹²⁻¹⁴

Um aspecto que merece destaque é a possibilidade da hipertensão secundária no idoso. Nesse espectro, a estenose de artéria renal, apneia obstrutiva do sono e alterações de função tireoidiana são as condições mais relevantes, porém não deve ser minimizada outra importante causa de HA secundária no idoso: o uso de medicamentos que potencialmente podem elevar a PA.

A estenose de artéria renal deve ser lembrada para aqueles que necessitam de mais de três drogas para o controle da PA, aqueles em que o controle dos níveis tensionais foi perdido nos últimos quatro a seis meses e, particularmente, nos idosos em que houve diagnóstico de HA recentemente.

Na suspeita de estenose de artéria renal devemos considerar que algumas variáveis clínicas, como idade avançada, HA de início recente, doença arterial periférica sintomática, dislipidemia e presença de sopros abdominais têm valor preditivo positivo superior a 50%.

Em relação à apneia obstrutiva do sono, a sua prevalência mais do que dobra para cada dez anos de aumento na idade em ambos os sexos.¹⁵ Um estudo de base populacional investigando o risco de acidente vascular cerebral (AVC) em indivíduos entre 70 e 100 anos demonstrou que a apneia obstrutiva do sono estava relacionada a um risco aumentado de AVC em um intervalo de seis anos.¹⁶

Com o envelhecimento, alterações da homeostasia tireoidiana interagem de forma variada com o sistema cardiovascular, modificando a relação entre a função tireoidiana e os níveis tensionais e facilitando alterações da PA. A avaliação da função tireoidiana deve ser realizada neste grupo específico de pacientes, e eventuais desvios precisam ser adequadamente corrigidos.¹⁷

Finalmente, nesta população, uso de medicamentos, sob receita médica ou por automedicação, também é causa frequente do aparecimento de HA, e deve haver uma investigação cuidadosa em relação a isso.

Alterações próprias do envelhecimento determinam aspectos diferenciais na PA dessa população, como maior frequência de hiato auscultatório, que consiste no desaparecimento dos

sons durante a deflação do manguito, geralmente entre o final da fase I e o início da fase II dos sons de Korotkoff, resultando em valores falsamente baixos para a PA sistólica ou falsamente altos para a PA diastólica.

A grande variação da PA nos idosos ao longo das 24 horas torna a monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) útil. A pseudo-hipertensão, associada ao processo aterosclerótico, pode ser detectada pela manobra de Osler, ou seja, quando a artéria radial permanece ainda palpável, após a insuflação do manguito pelo menos 30 mmHg acima do desaparecimento do pulso radial. A maior ocorrência do efeito do avental branco, hipotensão ortostática e pós-prandial e, finalmente, a presença de arritmias, como a fibrilação atrial, podem dificultar a medida da PA nesses indivíduos.³

Por esses motivos, a medida da pressão arterial em pacientes nesta faixa etária deve ser revestida de cuidado especial do ponto de vista técnico. Além de tudo, há sempre a necessidade da tomada da PA nas posições deitada, sentada e em pé, tanto no início quanto no decorrer do tratamento, pela possibilidade frequente da ocorrência de hipotensão ortostática, que pode ser prejudicial, ocasionando eventos indesejáveis e piora na qualidade de vida.

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

O tratamento não farmacológico deve ser encorajado em todos os estágios da HAS e baseia-se na prática de um estilo de vida saudável. Apesar de serem simples e de aparente fácil adoção, encontram grande resistência, pois implicam mudanças de hábitos antigos. As principais orientações de mudanças de estilo de vida que comprovadamente reduzem a pressão arterial e minimizam o risco cardiovascular são: atividade física, abandono ao tabagismo, diminuição do peso quando elevado e dieta balanceada (hipossódica, rica em frutas e verduras).³

Este tipo de terapêutica é recomendado para os idosos, sendo a redução moderada de sal na dieta benéfica. Esta mudança de estilo de vida é uma das mais bem estudadas como intervenção para o controle da PA; verifica-se que a redução da pressão geralmente é mais significativa quando levamos em conta adultos mais velhos. O estudo TONE¹⁸ fornece fortes evidências sobre os efeitos da redução do sódio da dieta dos pacientes idosos, com diminuição de 4,3 mmHg na PAS e 2 mmHg na pressão arterial diastólica em indivíduos entre 60 e 80 anos com PA < 145 x 85 mmHg com consumo de 80 mmol por dia de sódio.

Os benefícios da atividade física regular nos idosos extrapolam em muito a redução da pressão, pois propiciam melhor controle de outras comorbidades, reduzindo o risco cardiovascular global. Além disso, ela é capaz de diminuir o risco de quedas e depressão e promove a sensação de bem-estar geral, melhorando a autoconfiança e a qualidade de vida.¹⁹

Recomenda-se, preferencialmente, que os pacientes sejam acompanhados por equipe multidisciplinar, o que aumenta as taxas de adesão ao tratamento. Mais do que isso, é de grande importância que a família do indivíduo seja envolvida em todo o processo, não só para ampliar as chances de sucesso, mas pelo potencial preventivo que representa para aquele núcleo familiar.³

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Podemos dividir as orientações para o tratamento farmacológico da hipertensão arterial (HA) em pacientes idosos em antes e depois dos resultados do estudo HYVET.²⁰ Antes dessa publicação, havia evidências consistentes suportando a recomendação para o tratamento em pacientes com mais de 60 anos com redução na incidência de desfechos cardiovasculares, principalmente de AVC,^{21,22} mas persistiam dúvidas em relação aos com idade superior a 80 anos.

Os resultados do HYVET demonstram que em pessoas com mais de 80 anos, após dois anos de seguimento, houve significativa redução na incidência de AVC (-30%), insuficiência cardíaca (-64%) e morte por causas cardiovasculares (-23%).

Deve ser ressaltado que o critério de entrada no estudo foi o encontro de valores de PA sistólica > 160 mmHg e PA diastólica < 110 mmHg em várias medidas, e a meta de tratamento foi PA < 150 x 80 mmHg. Desta forma, persistem dúvidas com relação ao tratamento da HA nos muitos idosos, pois não foi analisado o estrato de hipertensos estágio 1 em maiores de 80 anos. Além disto, a grande maioria dos indivíduos randomizados tinha menos de 85 anos e não foi demonstrada melhora na função cognitiva desses pacientes, mesmo porque trata-se de um estudo com poucos anos de seguimento, e, ainda, excluíram-se os indivíduos com diversas comorbidades, criando um viés importante em relação ao perfil desses hipertensos no mundo real.

Recentemente a publicação do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) para o tratamento da HA em adultos recomendou a prescrição de drogas anti-hipertensivas em pacientes idosos com menos de 80 anos e hipertensão estágio 1 nas seguintes situações: lesão em órgão-alvo, doença cardiovascular estabelecida, doença renal, diabetes ou risco cardiovascular em 10 anos maior ou igual a 20%. Para pessoas com mais de 80 anos, a recomendação foi de tratamento medicamentoso a partir do estágio 2.²³

Ainda nesse documento, as metas propostas foram de PA < 140 x 90 mmHg entre os 60 e 80 anos, < 150 x 90 mmHg em pessoas com mais de 80 anos para a medida casual da PA e < 135 x 85 mmHg e 145 x 85 mmHg, respectivamente, com os métodos de monitorização.

Na Diretriz Latino-americana em Hipertensão, a meta proposta está abaixo de 140 x 90 mmHg para todas as faixas

etárias;²⁴ e na Diretriz Brasileira em Hipertensão, a recomendação é a meta < 140 x 90 mmHg, sendo tolerável valor < 160 x 90 mmHg. Recomenda-se o tratamento também em idosos que ultrapassam 80 anos, mas é preciso cuidado especial com as comorbidades associadas.³

Fica clara, portanto, a ausência de um consenso mundial sobre as metas e decisões terapêuticas nos pacientes idosos.

A escolha da classe do anti-hipertensivo e a dose inicial devem levar em conta o risco de hipotensão postural associado à idade, bem como as comorbidades mais frequentes nessa faixa etária.

Idealmente devemos começar com doses mais baixas que as utilizadas para a população geral, aumentá-la de maneira gradual e em intervalos mais prolongados ou associar uma segunda classe também em doses inferiores, caso as metas não tenham sido atingidas.

É sempre importante, principalmente nessa faixa etária, avaliar possíveis causas que levem a uma resposta inadequada ao anti-hipertensivo antes de considerar o aumento da dose ou associação. A polifarmácia e interação entre drogas são muito frequentes nos idosos, que em média usam mais de seis medicamentos. Uma das causas mais comuns no escape terapêutico é o uso de anti-inflamatórios não hormonais ou hormonais, mas a pesquisa sobre o uso de qualquer outro fármaco que porventura possa interferir na PA deve ser realizada.

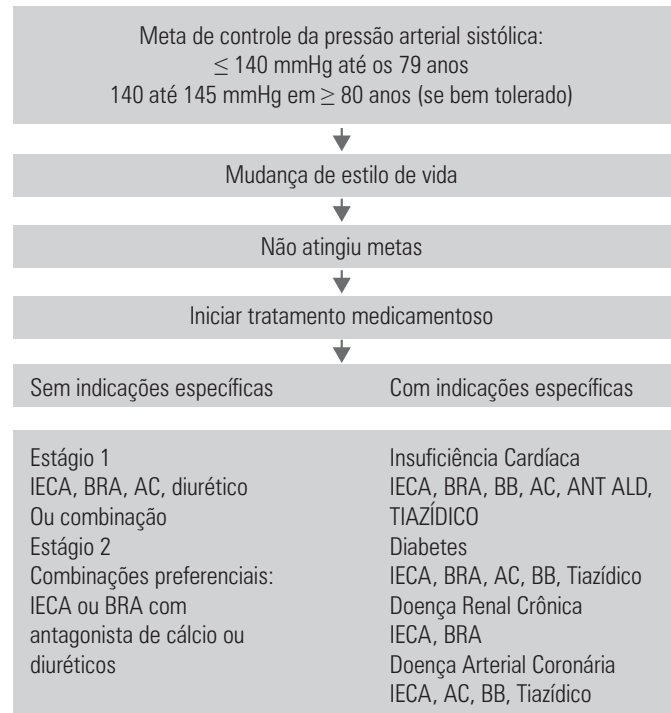
A falta de adesão pura e simplesmente, com o abandono do uso do medicamento ou a modificação por conta própria da dose recomendada, é também causa importante de controle inadequado da PA. Outra possibilidade a ser avaliada é a pseudo-resistência, que, em última análise, é um efeito do avental branco mesmo em hipertensos já estabelecidos. Nesses casos faz-se necessário monitorizar a pressão arterial com a monitorização ambulatorial, residencial (MRPA) ou com a automedida da pressão arterial (AMPA).^{25,26}

Segundo a Diretriz Americana para o Tratamento da Hipertensão em Idosos, os diuréticos em baixas doses ainda permanecem como uma excelente opção, seja como primeira escolha, seja como associação com outras classes. Esse documento propõe o fluxograma apresentado no Quadro 1 para o tratamento.⁴

Outras diretrizes recomendam que todas as classes de anti-hipertensivos devem ser igualmente consideradas no tratamento da hipertensão arterial em idosos, idealmente devendo ser considerado caso a caso antes da escolha da terapia mais adequada.^{24,27}

Sempre é interessante ressaltar que nessa população existe declínio na função renal e hepática, podendo haver redução do *clearance* e aumento da meia vida dos medicamentos, e, por esses motivos, devemos estar atentos à dose utilizada.

Quadro 1. Fluxograma para tratamento da hipertensão no idoso



IECA: Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina, BRA: Bloqueador do Receptor de Angiotensina; AC: Antagonista de Cálcio, BB: Beta Bloqueador; ANT ALD: Antagonista da Aldosterona.

Fonte: Adaptado do ACCF/AHA 2011 Expert Consensus Document on Hypertension in the Elderly.⁴

Com o conhecimento acumulado até o presente momento, são claros os benefícios do tratamento, entretanto, pelas dúvidas ainda existentes em relação aos valores de PA que devem ser alcançados como meta, deve prevalecer o bom senso, levando em consideração o balanço entre o custo e o benefício, sempre dando prioridade à necessidade da preservação da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Wolz M, Cutler J, Roccella EJ, Rohde F, Thom T, Burt V. Statement from the National High Blood Pressure Education Program: prevalence of hypertension. *Am J Hypertens*. 2000;13(1):103-4.
2. Messerli FH, Mancia G, Conti CR, et al. Dogma disputed: can aggressively lowering blood pressure in hypertensive patients with coronary artery disease be dangerous? *Ann Intern Med*. 2006;144(12):884-93.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH VI. *Rev Bras Hipertens*. 2010;17(1):1-64.
4. Aronow WS, Fleg JL, Pepine CJ, et al. ACCF/AHA 2011 expert consensus document on hypertension in the elderly: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *Circulation*. 2011;123(21):2434-506.
5. Kannel WB, Gordon T. Evaluation of cardiovascular risk in the elderly: the Framingham study. *Bull N Y Acad Med*. 1978;54(6):573-91.
6. Zarke KB. Recent developments in the assessment and management of hypertension: chep, allhat and life. *Geriatrics & Aging*. 2003;6(2):14-20.
7. Forette F, Seux ML, Staessen JA, et al. The prevention of dementia with antihypertensive treatment: new evidence from the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) study. *Arch Intern Med*. 2002;162(18):2046-52.
8. Tzourio C, Anderson C, Chapman N, et al. Effects of blood pressure lowering with perindopril and indapamide therapy on dementia and cognitive decline in patients with cerebrovascular disease. *Arch Intern Med*. 2003;163(9):1069-75.
9. Skoog I, Lithell H, Hansson L, et al. Effect of baseline cognitive function and antihypertensive treatment on cognitive and cardiovascular outcomes: Study on Cognition and Prognosis in the Elderly (SCOPE). *Am J Hypertens*. 2005;18(8):1052-9.

10. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med*. 2008;358(18):1887-98.
11. Dart AM, Kingwell BA. Pulse pressure – a review of mechanisms and clinical relevance. *J Am Coll Cardiol*. 2001;37(4):975-84
12. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, et al. 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(9349):1903-13
13. Chae CU, Pfeffer MA, Glynn RJ, et al. Increased pulse pressure and risk of heart failure in the elderly. *JAMA*. 1999;281(7):634-9.
14. 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(24):3255-64.
15. Somers VK, White DP, Amin R, et al. Sleep apnea and cardiovascular disease: an American Heart Association/American College of Cardiology Foundation Scientific Statement from the American Heart Association Council for High Blood Pressure Research Professional Education Committee, Council on Clinical Cardiology, Stroke Council, and Council on Cardiovascular Nursing. *J Am Coll Cardiol*. 2008;52(8):686-717.
16. Munoz R, Duran-Cantolla J, Martínez-Vila E, et al. Severe sleep apnea and risk of ischemic stroke in the elderly. *Stroke*. 2006;37(9):2317-21.
17. Streeten DH, Anderson GH Jr, Howland T, Chiang R, Smulyan H. Effects of thyroid function on blood pressure. Recognition of hypothyroid hypertension. *Hypertension*. 1988;11(1):78-83.
18. Whelton PK, Apple LJ, Espeland MA, et al. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). *JAMA*. 1998;279(11):839-46.
19. Nelson EM, Rejeski WJ, Blair SN, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American college of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007;116(9):1094-105.
20. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med*. 2008;358(18):1887-98.
21. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003;289(19):2560-72.
22. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens*. 2009;27(11):2121-58.
23. NICE Hypertension Guidelines 2011. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13561/56015/56015.pdf>
24. Sánchez RA, Ayala M, Baglivo H, et al. On behalf of the Latin America Expert Group. Latin American guidelines on hypertension. *J Hypertens*. 2009;27:905-22.
25. V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes Brasileiras de Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA). *Rev Bras Hipertens*. 2001;18(1):7-17.
26. Souza WKS, Jardim PCBV, Porto LB, Araújo FA, Sousa ALL, Salgado CM. Comparação e correlação entre automedida, medida casual e monitorização ambulatorial da pressão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2011;97(2):148-55.
27. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*. 2007;25(6):1105-87.