

HIPERTENSÃO ARTERIAL NO IDOSO

HEITOR CABRAL FILHO

Há evidentes dificuldades em se estabelecer um limite normal para a pressão arterial no adulto—considerando acima dos 18 anos de idade¹. Na prática clínica, a maioria dos autores prefere considerar como limites máximos da normalidade 140 x 90 mmHg, além dos quais ocorreria hipertensão arterial. Além desses valores, aumentam a morbidade e mortalidade, o comprometimento dos órgãos-alvo, cérebro, coração, fundo de olho e rins, diminuindo a expectativa de vida.

Com relação aos níveis de pressão dos pacientes idosos, a determinação dos valores normais parece-nos mais difícil de ser estabelecida. É conhecido que a pressão arterial se eleva com a idade em grande número de indivíduos na faixa etária considerada de idosos. Page², inclusive, questionou que a elevação da pressão arterial seria ou não uma resposta fisiológica ao aumento da idade. O próprio Page concluiu que esta elevação de pressão não é fisiológica, pois ela interfere com a saúde do indivíduo, levando a complicações cardiovasculares.

A hipertensão arterial no paciente idoso ou na terceira idade, reveste-se de algumas características que merecem certas considerações.

Inicialmente devemos dizer que o termo idoso é vago e inespecífico, isto porque não há uma correlação absoluta entre a idade cronológica do indivíduo e sua condição biológica. Não há acordo na literatura com relação ao limite de idade além do qual o indivíduo é considerado idoso. Para alguns o limite é a partir de 55 ou 60 anos, para outros situa-se a partir de 65 anos e há os que consideram a faixa dos 70 ou 80 anos.

Com referência à correlação entre elevação de pressão, longevidade e morbidade, observe-se que com níveis entre 140 x 90 mmHg e 170 x 90 mmHg há diminuição da longevidade, na faixa de 55 e 60 anos.

O Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos verificou que cerca de 65% da população acima de 55 anos, são hipertensos, divididos em três tipos: a) hipertensão essencial presente a partir de valores acima de 150 a 165 mmHg para a pressão sistólica e 90 a 95 mmHg para pressão diastólica e caracterizada por ser leve ou moderada, persistir por vários anos

e quase nunca evoluir para a forma acelerada e nefrosclerose; b) hipertensão somente sistólica igual ou maior que 150 a 165 mmHg, e a pressão diastólica menor que 90 a 95 mmHg; c) hipertensão sistólica desproporcionalmente mais elevada que a diastólica, geralmente menor que 105 mmHg com pressão arterial sistólica superior ao dobro do valor obtido subtraindo-se 15 mmHg da pressão diastólica. Os dois últimos tipos são considerados como hipertensão arterial do idoso³, caracterizando-se por apresentar pressão diferencial geralmente acima de 80 mmHg, evolução insidiosa em geral acima dos 50 anos de idade, e acompanhada de sinais e sintomas de aterosclerose ou arteriosclerose. O termo “hipertensão arterial atero-arteriosclerótica” foi proposto para a forma de hipertensão encontrada nos pacientes idosos.

A hipertensão arterial no paciente idoso está relacionada ao aumento da rigidez dos grandes vasos pelos ateromas, calcificação e aumento nos elementos fibrosos. Ocorre diminuição da complacência da parede vascular durante a ejeção ventricular, aumento da resistência periférica.

Observa-se que o elemento básico na fisiopatologia da hipertensão arterial do paciente idoso, é a diminuição da elasticidade dos grandes vasos.

As manifestações clínicas que ocorrem na hipertensão no idoso, ou portador de hipertensão “atero-arteriosclerótica” incluem: pressão de pulso acima de 80 mmHg; fundo de olho com cruzamento arteriovenoso acentuado com artérias em fio de cobre, e em fio de prata, aumento do reflexo luminoso, tortuosidade das artérias, trombose dos vasos da retina geralmente unilateral, exsudatos brancos e hemorrágicos; artérias umerais endurecidas e tortuosas, calcificação do arco aórtico, aorta abdominal e femorais, arcus senilis, sopros ao nível do foco aórtico e sobre as artérias carótidas e femorais e no abdome. Em virtude do endurecimento das artérias, a pressão diastólica determinada pelo esfigmomanômetro, pode ser 30 mmHg mais alta que a pressão intrarterial, determinando a pseudohipertensão. Devemos dela suspeitar quando em pacientes idosos com níveis de pressões elevadas, o exame físico e os exames complementares não mostrarem nenhuma anormalidade, podendo se

estabelecer o diagnóstico definitivo, pela determinação da pressão intrarterial mediante punção. No paciente idoso, a elevação aguda da pressão arterial pode acarretar complicações cardiovasculares, tais como, acidente vascular cerebral hemorrágico ou isquêmico, rotura de aneurisma, doença coronária, ataque isquêmico transitório no território cerebral.

Por outro lado o estresse emocional agudo, nestes pacientes, pode acarretar aumento do débito cardíaco, aumento do fluxo sanguíneo, especialmente nas carótidas, e deslocamento de fragmentos de fibrina e plaquetas das placas ateroscleróticas, levando muitas vezes à acidente vascular cerebral.

A radiografia de tórax em incidência "PA" e perfil, fornece informações sobre o tamanho da área cardíaca, possível calcificação de valva aórtica e possível dilatação da aorta ascendente, enquanto que a do abdomen em incidência lateral é útil para demonstrar calcificação da aorta abdominal, que pode estar associada a aneurisma da aorta abdominal.

O eletrocardiograma pode demonstrar a presença de arritmias, sobrecarga atrial e ventricular esquerda, ou alterações compatíveis com cardiopatia isquêmica.

O ecocardiograma permite a determinação dos diâmetros das cavidades cardíacas, bem como da espessura das paredes dos ventrículos e do septo interventricular, ensejando ainda, a avaliação do estado das valvas mitral e aórtica e do estado funcional do ventrículo esquerdo. O pielograma intravenoso permite avaliar a excreção do material de contraste pelos rins e a presença de eventuais obstruções ao longo de todo o sistema urinário, bem como o tamanho desses órgãos.

O renograma isotópico, permite detectar possíveis zonas de hipoperfusão renal. Finalmente temos a arteriografia renal, procedimento de grande utilidade principalmente naqueles pacientes idosos, cujos níveis de pressão não são controlados pela medicação habitual, pela grande possibilidade de detecção de estenose de artéria renal, diagnosticando-se assim hipertensão renovascular. O prognóstico da hipertensão arterial no idoso, estabelecido pelos trabalhos de Framingham, mostra que a hipertensão arterial sistólica acarreta insuficiência cardíaca, doença coronária, acidente vascular cerebral com maior frequência que no normotenso. Observa-se que dos 65 aos 75 anos, a trombose coronária é cinco a sete vezes mais frequente no idoso hipertenso que no normotenso. Os aneurismas de Charcot-Bouchard são sete vezes mais frequentes no idoso hipertenso. A mortalidade cardio-

vascular é sete vezes mais frequente no idoso hipertenso que no normotenso, e a por infarto do miocárdio é duas vezes mais frequente.

No tratamento do paciente hipertenso idoso deve-se considerar os riscos de hipotensão indevida, que pode conduzir a insuficiência cerebrovascular e observar cuidadosamente os efeitos adversos de certos medicamentos, como hipotensão postural e diminuição da perfusão de órgãos vitais.

As doses de medicamentos devem ser menores do que as habituais.

No que diz respeito aos agentes antihipertensivos, no tratamento do paciente idoso, existem opiniões diversas. Alguns propõem iniciar com diuréticos⁴, outros advogam iniciar com vasodilatadores.

Quanto ao emprego de diuréticos, deve-se dar preferência inicialmente aos tiazídicos, em geral bem tolerados, embora se saiba que aumentam o hematócrito, a viscosidade sanguínea, o ácido úrico e o colesterol. A vantagem dos tiazídicos, sobre a furosemida, é que aqueles não causam grande depleção de volume como esta, e ademais os tiazídicos agem mais lenta e prolongadamente que a furosemida. Além disso a furosemida pode determinar o surgimento de hipotensão postural.

São referidos também o emprego de reserpina, triamtereno e espironolactona, apontados como menos efetivos.

Hidralazina é em geral bem tolerada, causando raramente palpitações, cefaléia pulsátil e dispnéia.

Os beta bloqueadores, em geral são bem tolerados e seu emprego obriga a observar o possível aparecimento de bradicardia, insuficiência cardíaca congestiva e distúrbios da condução átrio-ventricular.

Com o advento de novas drogas anti-hipertensivas, como os antagonistas dos canais do cálcio e os inibidores da enzima de conversão da angiotensina I em angiotensina II, há quem preconize o uso desses medicamentos no tratamento da hipertensão arterial no idoso.

REFERÊNCIAS

1. Pickering GW - Hypertension, natural history and consequences. *Am J Med*, 52: 570,1972.
2. Page IH—Pathogenesis of arterial hypertension. *JAMA*, 140: 451,1949.
3. Genest J—Hypertension, 2nd. Mc Graw-Hill Book Company,1983.
4. Epstein M, Oster JR—Hipertensão.Uma abordagem prática. Interamericana, 1983.