

ABORDAGEM DO RISCO CARDIOVASCULAR No Doente Hipertenso*

Sofia PEREIRA

RESUMO

A hipertensão é um factor de risco importante na doença cardiovascular. O tratamento do indivíduo hipertenso tem como objectivo final a redução da mortalidade e morbilidade cardiovasculares. Com este objectivo a abordagem da hipertensão é alargada para além da descida dos valores tensionais e envolve o tratamento do risco trombótico com os antiagregantes, o tratamento da hiperlipidemia com a modificação dos estilos de vida e as estatinas e a prevenção da diabetes com a modificação dos estilos de vida. No hipertenso com doença cardiovascular estabelecida ou diabetes, o uso das terapêuticas farmacológicas é consensual. Nas situações de prevenção primária o uso destas terapêuticas deve ser criterioso no intuito dos benefícios superarem os possíveis custos, económicos e dos efeitos laterais dos fármacos.

SUMMARY

CARDIOVASCULAR RISK MANAGEMENT

In the Hypertensive Patient

Hypertension is a major cardiovascular risk factor. The treatment of the individual with hypertension is aimed to reduce cardiovascular mortality and morbidity. With such aim the management of hypertension goes beyond arterial pressure lowering and involves the treatment of thrombotic risk with antiplatelet therapy, treatment of hyperlipidemia with lifestyle measures and statins, and diabetes prevention with lifestyle measures. For the hypertensive patient with concomitant cardiovascular disease or diabetes, pharmacological treatment is consensual. However, in primary prevention the institution of drug therapy must be judicious to guarantee that benefit surpass costs.

S.P.: Serviço de Medicina.
Hospital de São João. Porto

© 2010 CELOM

*Este trabalho foi apresentado em parte na quarta Reunião Multidisciplinar da Consulta de Hipertensão. Hospital São João. Porto. Abril 2008

INTRODUÇÃO

A doença cardiovascular é a principal causa de morte nos países desenvolvidos e é uma causa importante de morbidade, dependência e custos em saúde¹. Por outro lado, a hipertensão (HTA) que tem uma elevada prevalência nas diversas comunidades, é um factor de risco *major* para as doenças cardiovasculares, doença renal e défice cognitivo¹⁻³. Ao ficar claro que a modificação dos factores de risco cardiovascular diminuiu a mortalidade e morbidade atribuíveis à doença cardiovascular¹, o objectivo último do tratamento da HTA vai ser a redução da mortalidade e morbidade cardiovascular e renal^{1,2}. Dado que a maioria dos indivíduos com HTA tem outros factores de risco que condicionam um risco cardiovascular total acrescido², torna-se necessário o tratamento de todos os factores de risco identificados, assim como a abordagem de outras condições clínicas associadas, para além da descida da pressão arterial (PA)¹⁻³.

Embora a intervenção na modificação de um factor de risco seja mais eficaz nos indivíduos de risco elevado, a maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos de baixo risco, já que são estes os mais prevalentes¹. Desta forma, deve ser implementada a intervenção sobre as medidas de estilo de vida a todos os indivíduos com PA elevada e o uso criterioso de terapêuticas farmacológicas, antihipertensora e outras, apenas em alguns, a fim de maximizar o custo/benefício da abordagem da HTA^{1,2}.

Nesta estratégia estão inerentes dois conceitos. Um refere-se à abordagem populacional e concerne a implementação de medidas de saúde pública com o objectivo de promover a redução de factores de risco a nível populacional¹. O outro conceito refere-se ao estabelecimento do risco cardiovascular num indivíduo em particular. Este

risco pode ser obtido através de fórmulas que incluem variáveis contínuas como a de Framingham e do *SCORE*, ou através da classificação em categorias, que é menos precisa do que as anteriores mas mais simples de usar¹⁻³.

ABORDAGEM CLÍNICA

Modificação dos Estilos de Vida

A implementação de medidas de estilo de vida *saudáveis* (Quadro 1) deve ter como objectivo abranger todos os indivíduos, em particular os hipertensos e os indivíduos susceptíveis de virem a ter HTA¹⁻⁴.

Nos indivíduos susceptíveis de desenvolverem HTA estas medidas podem prevenir o seu aparecimento, enquanto nos hipertensos podem baixar a PA e reduzir o número de fármacos antihipertensores necessários para o seu controlo¹⁻⁴. Estas medidas são reconhecidas em melhorar a qualidade de vida e diminuir outros factores de risco cardiovascular, para além da HTA^{1,2}. Em particular, e apesar da associação do tabaco com HTA a longo prazo não ser consensual, a cessação do tabagismo é a intervenção sobre o estilo de vida com maior impacto na redução do risco cardiovascular, particularmente com a redução da incidência de enfarte de miocárdio e acidente vascular cerebral¹⁻³. Todas estas medidas devem ser reforçadas periodicamente e complementadas com as medidas necessárias para a sua aplicação, como seja o envio a consultas especializadas na área da cessação tabágica e da Nutrição^{1,2}.

Outras Terapêuticas

No indivíduo hipertenso a presença de outros factores de risco ou doenças com risco aterotrombótico vai condicionar a associação de terapêuticas específicas e que demonstraram benefício na redução do risco cardiovascular¹⁻⁴. Fármacos como os anticoagulantes, anti-diabéticos, β -bloqueadores, fármacos que interferem no sistema renina-angiotensina e antagonistas dos canais de cálcio são usados em situações específicas e não como prevenção primária. Já outros fármacos como as estatinas e outros antilipídémicos e antiagregantes demonstraram benefício na redução do risco cardiovascular e podem ser usados como prevenção primária^{1,2}.

Quadro 1 – Medidas de estilo de vida recomendadas para a diminuição do risco cardiovascular

Cessação do tabagismo
Redução do peso em obesos e indivíduos com excesso ponderal
Dieta rica em frutas e vegetais e com baixo teor de gorduras saturadas
Redução da ingestão de sal (menos de 5 g de cloreto de sódio por dia)
Actividade física; exercício aeróbio (caminhar, jogging, nadar) 30 a 45 minutos por dia, 5 a 7 dias por semana
Redução do consumo excessivo de álcool
Consumo moderado de álcool (etanol por dia: < 30 g no homem e < 15 g na mulher)
Reduzir café e outras bebidas com cafeína, se excessivo

Antiagregação

O tratamento antiagregante plaquetário, em particular com a aspirina em dose baixa, está recomendado em todos os indivíduos hipertensos com doença cardiovascular estabelecida ou com diabetes *mellitus*, desde que não haja risco hemorrágico excessivo^{1,2}. Como prevenção primária, deve ser usado nos hipertensos com idade superior a 50 anos e com risco cardiovascular elevado ou muito elevado, o que vai incluir os indivíduos com disfunção renal, síndrome metabólica, presença de pelo menos três factores de risco cardiovascular, ou atingimento de órgãos-alvo^{1,2}. No entanto, o uso de qualquer antiagregante plaquetário deve ser considerado apenas após o controlo adequado da PA, dado o risco aumentado de hemorragia cerebral em doentes com HTA não controlada¹⁻⁴. Levanta-se a questão dos valores considerados *adequados*. A Sociedade Europeia de Hipertensão parece considerar adequado uma PA diastólica ≤ 90 mmHg, com base nos resultados do estudo HOT². A Sociedade Britânica de Hipertensão é mais pragmática e menciona um controlo adequado para a instituição da aspirina em prevenção primária uma PA $< 150/90$ mmHg⁵.

Relativamente à idade a ser considerada a instituição da antiagregação como prevenção primária, a Sociedade Europeia de Hipertensão faz referência aos 50 anos², no entanto na presença de diabetes, e de acordo com a Associação Americana de Diabetes, esta deve ser iniciada a partir dos 40 anos⁶. Não deve ser usada aspirina em indivíduos com menos de 21 anos pelo risco do aparecimento da síndrome de Reye⁶. O efeito do género descrito na prevenção primária com a aspirina, em que nos homens reduz o risco de enfarte do miocárdio e de forma não significativa o de acidente vascular cerebral e nas mulheres reduz o risco de acidente vascular cerebral, mas não de enfarte do miocárdio^{1,7}, é controverso e pode ter a ver com critérios de selecção. Em estudos de prevenção secundária, assim como em estudos farmacocinéticos, não há diferença entre géneros na eficácia nem nos efeitos secundários da aspirina⁷.

As doses recomendadas em prevenção primária variam entre 50 e 150 mg por dia, e doses mais altas não mostraram acréscimo do benefício e por outro lado aumentam o risco hemorrágico⁷. Outros antiagregantes plaquetários, em particular o clopidogrel, podem ser usados nos casos de alergia à aspirina¹.

Hiperlipidemia

O tratamento com fármacos que reduzem os lípidos, em particular com as estatinas, traduz-se numa redução relativa do risco cardiovascular, nomeadamente de eventos coronários, acidente vascular cerebral e morte cardio-

vascular, que é independente dos níveis lipídicos e das características basais dos indivíduos^{1,2,7}. No entanto, apesar dos efeitos pleiotrópicos atribuídos às estatinas (efeitos anti-inflamatório, antioxidante e antiplaquetário), o benefício absoluto está relacionado com o risco cardiovascular que o indivíduo apresenta e a redução do colesterol LDL atingido⁷.

Desta forma com o objectivo de otimizar a relação custo/benefício, o tratamento com estatinas está recomendado em todos os indivíduos hipertensos com doença cardiovascular estabelecida ou nos hipertensos com diabetes *mellitus*, mesmo sem doença cardiovascular estabelecida, com idade superior a 40 anos, independente do nível do colesterol. Nestes casos com o objectivo de se atingir colesterol LDL inferior a 100 mg/dl, eventualmente 70 mg/dl^{1,2,6}.

Como prevenção primária, o tratamento da hiperlipidemia deve seguir as recomendações específicas que são baseadas no cálculo de risco cardiovascular. Na Europa as recomendações são as das Sociedades Europeias de Hipertensão e de Cardiologia, tendo por base do cálculo de risco o modelo *SCORE* e nos Estados Unidos da América são as recomendações do Instituto Nacional de Saúde – NCEP ATP III, tendo por base do cálculo de risco a tabela de Framingham¹⁻³. De acordo com o risco cardiovascular calculado a partir destas tabelas e apesar da redução absoluta do risco ser pequena nos indivíduos com níveis baixos de colesterol¹, o tratamento com estatinas pode ser considerado nos indivíduos hipertensos com risco cardiovascular elevado, mesmo sem doença estabelecida e com níveis de colesterol não elevados, com o objectivo de atingir colesterol LDL inferior a 115 mg/dl^{2,7}.

Embora a estatina deva ser considerada o fármaco de primeira escolha, quando não são atingidos os objectivos propostos de redução do colesterol pode ser associado outros fármacos que reduzem os níveis de lípidos, como fibratos, niacina e ezetimibe^{1,2}.

A abordagem do risco cardiovascular associado com os níveis de colesterol pressupõe para além do tratamento farmacológico, a abordagem e eventual modificação dos estilos de vida, que devendo ser universal, é particularmente importante neste grupo específico de doentes¹. A dieta recomendada, rica em frutas, vegetais, fibras solúveis e com gorduras derivadas do azeite, inclui componentes de alimentos funcionais, que mostraram efeitos hipolipimiantes, antioxidantes, anti-inflamatórios e antitrombóticos. A adição a uma dieta *saudável* de novos alimentos designados de funcionais, como os estanois (presentes em alguns produtos lácteos) e flavonóides (presente no chocolate preto) pode ter benefício embora não substituía as restantes medidas de estilo de vida e as medidas farmacológicas⁸.

Hiperglicemia

A hiperglicemia ainda sem critérios de diabetes, mas com critérios de anomalia da glicose em jejum ou alteração da tolerância à glicose, condiciona um risco de progressão para diabetes e simultaneamente só por si é um factor de risco para a doença cardiovascular^{1,2,6}, pelo que é importante a sua identificação e controlo. No indivíduo hipertenso com alteração da tolerância à glicose, tal como no diabético, torna-se premente a selecção dos fármacos antihipertensores, já que em particular os β -bloqueadores e os diuréticos tiazídicos têm um efeito deletério no metabolismo glicídico².

A modificação dos estilos de vida de forma intensiva mostrou em diversos estudos e em diferentes populações ser uma intervenção com eficácia elevada na prevenção da progressão para diabetes nos indivíduos com anomalia da glicose em jejum ou alteração da tolerância à glicose^{1,2,6,9,10}. Embora este efeito pareça ser duradouro, mesmo após o período da intervenção, na redução de casos novos de diabetes, ainda não foi mostrado um efeito significativo na diminuição do risco cardiovascular¹⁰.

Relativamente à terapêutica farmacológica na prevenção da diabetes, vários fármacos sensibilizadores da insulina mostraram eficácia, embora apenas deva ser considerada a metformina, atendendo aos custos e efeitos secundários dos outros fármacos^{2,6}. Embora nenhum estudo tenha mostrado superioridade da metformina relativamente às medidas de estilos de vida^{2,6,9}, a Associação Americana de Diabetes propõe considerar-se a metformina nos indivíduos de muito alto risco. Incluem-se neste grupo os indivíduos que têm hiperglicemia e pelo menos outro factor de risco cardiovascular, como seja a HTA, mas sobretudo se obesos e com menos de 60 anos⁶.

CONCLUSÃO

No tratamento do indivíduo hipertenso, a par do controlo tensional deve estar presente uma abordagem que identifique o risco cardiovascular desse indivíduo e as possíveis estratégias de intervenção que o possam diminuir, seja através da modificação de estilos de vida, seja pela implementação de terapêuticas farmacológicas como a antiagregação e o tratamento com estatinas. As medidas sobre os estilos de vida devem ser implementadas precocemente e de forma generalizada, pois embora não tenham mostrado diminuir as complicações cardiovasculares nos indivíduos hipertensos² ou com anomalia da glicose¹⁰, possibilitam um melhor controlo tensional, dos lipídeos e da glicemia^{1,2}. Particularmente as medidas com impacto populacional que modificam comportamentos e ambiente, como por exemplo a proibição do fumo em locais públicos e a eventual redução do sal nos produtos de panificação, podem reduzir a prevalência de fac-

tores de risco na população e assim reduzir de forma significativa a incidência de doenças cardiovasculares nessa mesma população¹. Em termos de estratégia farmacológica a nível individual o uso adequado da terapêutica com aspirina e estatina, como forma de prevenção secundária e primária, demonstrou um benefício claro na redução da mortalidade e morbidade cardiovasculares⁷.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice: European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *Eur Heart J* 2007;28:2375-2414
2. The Task Force of the Management of Arterial Hypertension of the European Society of the Hypertension and of European Society of Cardiology: 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertension* 2007;25:1105-87
3. CHOBANIAN AV, BAKRIS GL, BLACK HR et al: Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003;42:1206-52
4. POLÓNIA J, RAMALHINHO V, MARTINS L, SAAVEDRA J: Normas sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão. *Rev Port Cardiol* 2006;25:649-660
5. WILLIAMS B, POULTER NR, BROWN MJ et al: The BHS Guidelines Working Party Guidelines for Management of Hypertension: Report of the Fourth Working Party of the British Hypertension Society, 2004 – BHS IV. *J Human Hypertension* 2004;18:139-185
6. American Diabetes Association: Standards of medical care in diabetes – 2008. *Diabetes Care* 2008;31(Suppl 1):S12-S54
7. HENNEKENS CH, SCHNEIDER WR: The need for wider and appropriate utilization of aspirin and statins in the treatment and prevention of cardiovascular disease. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2008;6:95-107
8. RUDKOWSKA I, JONES PJH: Functional foods for the prevention and treatment of cardiovascular diseases: cholesterol and beyond. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2007;5:477-490
9. RAMACHANDRAM A, SNEHALATHA C, MARY S, MUKESH B, BHASKAR AD, VIJAY V: The Indian Diabetes Prevention Programme shows that lifestyle modification and metformin prevent type 2 diabetes in Asian Indian subjects with impaired glucose tolerance (IDPP-1). *Diabetologia* 2006;49:289-97
10. LI G, ZHANG P, WANG J et al: The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study. *Lancet* 2008;371:1783-9