

## SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES IDOSOS HIPERTENSOS COM CAPACIDADE COGNITIVA

Gabriela Keylla Alvarenga Militão<sup>1</sup>; Nathália Modesto Xavier de Araújo<sup>2</sup>;

Maria Ladjane Sodré de Melo<sup>3</sup>

Universidade Federal da Paraíba<sup>1</sup>, [gabizinha-bv@hotmail.com](mailto:gabizinha-bv@hotmail.com); Universidade Federal da Paraíba<sup>2</sup>,  
[nathaliamaxavier@hotmail.com](mailto:nathaliamaxavier@hotmail.com); Universidade Federal da Paraíba<sup>3</sup>, [mlsodre@outlook.com](mailto:mlsodre@outlook.com).

### INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é dita como uma doença crônica que tem por característica a elevação da pressão arterial (PA) e conseqüentemente podendo evoluir a condições cardíacas mais sérias, o que aumentaria o risco de ser fatal, principalmente se associada a outras doenças, a exemplo da diabetes mellitus. Persiste na pressão arterial sistólica acima de 135mmHg e diastólica acima de 85mmHg. O objetivo do tratamento é a redução desses níveis. Prevalece nos dias de hoje como sendo um dos problemas de maior preocupação no âmbito da saúde da população principalmente no que diz respeito a pacientes idosos. Mais da metade da população idosa no Brasil, considerada acima de 60 anos é hipertensa; no entanto, nem todos possuem capacidade em compreensão e/ou raciocínio.

Essa condição clínica pode ter como indícios o sobrepeso, idade, alimentação inadequada, consumo acentuado de sal, ingestão de bebida alcóolica e sedentarismo.

A tabela 1 apresenta as características dos anti-hipertensivos.

**Tabela 1** – Características dos anti-hipertensivos

### CARACTERÍSTICAS DOS ANTI-HIPERTENSIVOS

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficácia por via oral;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administração em menor número e preferencialmente uma dose por dia;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Período mínimo de quatro semanas para uso;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não ser obtido por manipulação;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrado em associação para pacientes nos estágios 2 e 3 e de alto risco;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser seguro, no que diz respeito ao risco-benefício do paciente.</li> </ul>

O tratamento pode diferir entre uma monoterapia e o uso de anti-hipertensivos associados de diferentes classes. Medidas não farmacológicas, sem utilização de um tratamento medicamentoso pode contribuir benéficamente para o controle da (PA) em pacientes hipertensos; no entanto, o tratamento farmacológico nem sempre é aderido de forma adequada, ou prescrito corretamente, por isso faz-se necessário o acompanhamento do farmacêutico diante das necessidades do paciente em relação à medicação a ser administrada e assim detectar Resultados Negativos da Medicação (RNM) e Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRMs); dessa forma podendo intervir diretamente caso haja indício de algum tipo de interação ou outro fator que reduza de qualquer forma a eficácia do tratamento do paciente, trazendo assim de forma positiva resultados que possibilitem uma melhor adesão terapêutica.

A tabela 2 apresenta as classes dos anti-hipertensivos.

**Tabela 2** – Classes dos medicamentos anti-hipertensivos.

CLASSES DOS MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diuréticos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloqueadores dos canais de Ca<sup>++</sup>;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inibidores adrenérgicos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inibidores da ECA;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betabloqueadores;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alfabloqueadores;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inibidor direto da renina;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vasodilatadores diretos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agonistas alfa-2 centrais.</li> </ul>



# 4<sup>o</sup> CIEH

CONGRESSO INTERNACIONAL DE  
ENVELHECIMENTO HUMANO

Longevidade: Transformações, Impactos e Perspectivas

24 A 26 DE SETEMBRO DE 2015



## METODOLOGIA

O estudo foi realizado no Lar de Longa Permanência Vila Vicentina Júlia Freire, na cidade de João Pessoa, estado da Paraíba, através do projeto de extensão “Atenção farmacêutica a pacientes idosos com doenças crônicas – hipertensão e/ou diabetes”, vinculado à Instituição de ensino Universidade Federal da Paraíba. O critério de inclusão foi a prática da atenção farmacêutica em pacientes idosos com capacidade cognitiva utilizando como seguimento farmacoterapêutico o método Dader, que fundamenta-se na análise do perfil de saúde do paciente, hábitos alimentares, qualidade de vida e medicamentos em uso a fim de detectar problemas relacionados à farmacoterapia, tais como: a necessidade, a efetividade e a segurança.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentro do critério de inclusão apenas um paciente diagnosticado com hipertensão arterial sistêmica foi selecionado.

**Tabela 3** – História clínica do paciente.

IDENTIFICAÇÃO	
<b>Doença crônica</b>	Hipertensão, cardiopatia, sem doença renal
<b>Idade</b>	86 anos
<b>Sexo</b>	Masculino
<b>Peso</b>	80,1Kg
<b>Altura</b>	1,64cm
<b>IMC</b>	29,78
<b>Contorno Abdominal</b>	106cm
<b>Alimentação</b>	Teor ↓ de Na+ e K+
<b>Hábitos de Vida</b>	Raramente faz atividade física

Os dados clínicos evidenciaram um paciente sedentário com excesso de peso e com uma circunferência abdominal acima de 102 cm, limite máximo para homens de acordo com a OMS.

A medida da circunferência abdominal aumentada é um fator de risco para infarto, AVC, pressão alta e diabetes tão importante como a falta de atividades físicas, aumento do colesterol e triglicérides. Os exames laboratoriais revelaram uma glicemia de jejum de 117 mg/dL, levemente alterada, considerando o valor máximo preconizado pelas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2013-2014). Não há relatos no prontuário em relação as taxas de triglicerídeos ou colesterol.

### Acompanhamento farmacoterapêutico

**Tabela 4** – Anti-hipertensivos e suas características, utilizados pelo paciente observado no Lar de Longa Permanência Vila Vicentina. João Pessoa, PB, 2015.

Data/prescrição	04/05/2015	04/05/2015	04/05/2015	04/05/2015
<b>Medicamento</b>	Losartan 25mg	Furosemida 20 mg	Espironolactona 25 mg	Carvedilol 12,5 mg
<b>Posologia</b>	1comp/dia	1comp/dia	1comp/dia	0,5 comp/dia
<b>Mecanismo de Ação</b>	Bloqueador do receptor AT <sub>1</sub> da angiotensina II	Inibição reversível e competitiva do cotransportador de Na <sup>+</sup> +K <sup>+</sup> +2Cl <sup>-</sup> no RAE da Alça de Henle	Inibe a ação da aldosterona ao ligar-se ao seu receptor interferindo na troca de íons Na <sup>+</sup> e K <sup>+</sup> no TCD	Bloqueio dos receptores α <sub>1</sub> , β <sub>1</sub> e β <sub>2</sub>
<b>Efeitos</b>	↓ PA por redução da secreção de aldosterona: reabsorção de Na <sup>+</sup> e H <sub>2</sub> O poupador de K	Inibição da ação da aldosterona por ligação ao seu receptor interferindo na troca de íons Na <sup>+</sup> e K <sup>+</sup> no TCD	↓ a secreção de aldosterona e a reabsorção Na <sup>+</sup> e H <sub>2</sub> O ; ↓ RVP e a PA; poupador de K. Não interfere com o Ca plasmático	↓ da FC, DC, contratilidade, ↓renina, ação vasodilatadora, melhora da função endotelial e sensibilidade à insulina

A tabela acima demonstra uma associação de dois anti-hipertensivos poupadores de potássio: Losartan (BRAS) + Espironolactona, diurético + furosemida, diurético de alça depletor de potássio. O PRM detectado nesta prescrição foi o uso não necessário da Espironolactona visto que a mesma além de ter fraca ação diurética, irá potencializar o efeito poupador de potássio do Losartan. De acordo com as VI Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão, a associação mais favorável seria do Losartan com a Hidroclorotiazida, considerando que o paciente não apresenta insuficiência renal. A prescrição de diuréticos de alça como a furosemida é mais indicada em hipertensão associada a insuficiência renal. Foi sugerida uma intervenção médica para substituição da furosemida e Espironolactona por um diurético tiazídico. Após nova avaliação médica algumas intervenções foram realizadas e estão resumidas na tabela 5.

**Tabela 5** - Intervenções médicas realizadas após nova consulta.

Data da prescrição	04/06/2015	04/06/2015	04/06/2015
<b>Medicamento</b>	Caverdilol 12,5 mg	Clonazepan 0,5 mg	Ranitidina 150 mg
<b>Posologia</b>	0,5 comp/ dia	1 comp/dia/noite	1 comp/dia/em jejum
<b>Mecanismo de ação</b>	Bloqueio dos receptores $\alpha_1$ , $\beta_1$ e $\beta_2$	Moduladores dos receptores GABA A	Inibe a ação da histamina
<b>Efeitos</b>	↓ da FC, DC, contratilidade, ↓ renina, ação vasodilatadora, melhora da função endotelial e sensibilidade à insulina	Anticovulsivantes e/ou Ansiolíticos	Antiácido

O médico retirou o uso dos diuréticos e manteve o Carvedilol,  $\beta$  bloqueador não seletivo e acrescentou o Clonazepan + Ranitidina. As alterações confirmam a inexistência de insuficiência renal. A monoterapia com Caverdilol em pacientes sem insuficiência cardíaca e com risco de

adquirir diabetes tipo 2 com pressão arterial é eficaz por diminuir a resistência vascular periférica, sem afetar o débito cardíaco, por efeito de bloqueio alfa-adrenérgico. O efeito hemodinâmico e cardioprotetor é similar aos encontrados com inibidores da ECA e antagonistas dos canais de cálcio. Além disso, o Carvedilol protege contra o surgimento do diabetes tipo 2 pela melhora da sensibilidade à insulina. Estas alterações não somente reduziram a PA para níveis normais como também os riscos de alterações eletrolíticas desencadeadas pelos diuréticos.

## **CONCLUSÃO**

O acompanhamento farmacoterapêutico é de suma importância para identificação de PRMs associados ao uso inadequado do medicamento e na orientação sobre o uso correto principalmente em se tratando de pessoas idosas e com doenças crônicas.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, Sociedade Brasileira de Cardiologia, IV Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. SBH/SBC.
2. REINHARDT, F. et al. Acompanhamento farmacoterapêutico em idosos hipertensos residentes em um lar geriátrico, localizado na Região do Vale dos Sinos. Rio Grande do Sul, Brasil.
3. TEIXEIRA, R. et al. A farmacoterapia no idoso: Revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica.
4. BALADI, R. O complexo 11. Fundamentação teórica: Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, 2010.
5. CARVALHO, A. et al. Manual de orientação clínica. Hipertensão arterial sistêmica (HAS), 2011.