



Cresce a incidência de Hipertensão Arterial em **MULHERES JOVENS**

Autora: Dra. Celi Marques Santos

Cardiologista e Presidente do Departamento de Cardiologia da Mulher da Sociedade Brasileira de Cardiologia

CRM/SE 0845

RQE 312, RQE313, RQE1315

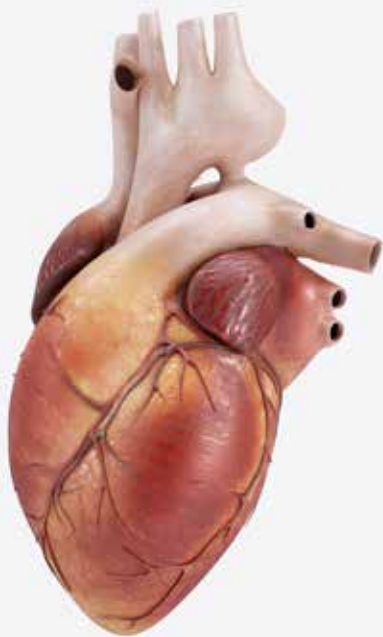
www.portal.cardiol.br

[@sbc.cardiol](https://twitter.com/sbc.cardiol)



A Hipertensão Arterial (HA) afeta as mulheres em todas as suas fases de vida, desde a adolescência à senilidade, passando pela fase adulta que envolve o período fértil e o antecedente à menopausa.

A prevalência da HA nas mulheres, na faixa etária dos 40 aos 59 anos, gira em torno de 30%. A gravidez representada pela hipertensão gestacional e a pré- eclampsia que incidem em 6-7 e 10%, respectivamente, insere-se como causa principal, seguida de drogas e medicamentos, como contraceptivos hormonais combinados (concentração de etinilestradiol), o Ibuprofeno, Acetaminofen, glicocorticoides, anorexígenos, drogas ilícitas, álcool e outros; somam-se a tecnologia de reprodução assistida e a lactação, hábitos alimentares (sal e gordura em excesso), assim como fatores de riscos tradicionais: sedentarismo, hereditariedade, obesidade, diabetes e não obstante, as causas secundárias.



Ademais, entre os fatores de risco individuais atribuídos à morte cardiovascular

em mulheres, a HA está à frente do tabagismo, atividade física, obesidade e hiperglicemia¹. Cresce a incidência de HA em mulheres jovens e fatores como raça, etnia e fatores socioeconômicos interferem na sua evolução, tratamento e prognóstico.

**“
Diagnosticar e tratar
precocemente esta doença
interfere na sua evolução e
prognóstico.
”**

Não obstante, a prevalência da síndrome metabólica em mulheres, na ordem de 34,4%, aumenta com a idade, atingindo a cifra de 57,5% na faixa etária dos 50-59 anos; a obesidade está em ascensão, prevalência de 37,7% entre 2013-2014 e a prática de atividade física adequada ocorre apenas em 21,5% nos adultos e 27,1% nos adolescentes². Adultos americanos passam cerca de 20 horas entre atividades físicas leves e o sedentarismo³.

Torna-se relevante diagnosticar algumas causas secundárias de HA, a saber Displasia Fibromuscular, mais frequente em mulheres, Coartação da aorta, Síndrome de Turner, Hiperaldosteronismo Primário, Hipotireoidismo e o Feocromocitoma. O diagnóstico precoce destas entidades clínicas é de vital importância para orientações terapêuticas específicas⁴.

Além disso, enfatiza-se a importância da Hipertensão Arterial Sistólica que aumenta em 31 anos o risco de mortalidade cardiovascular em adultos jovens e de idade média⁵, além de que dados do IDACO (International Database of Ambulatory Blood Pressure in Relation to Cardiovascular Outcome), com 8.341 indivíduos sem tratamento – 47% mulheres

– idade média de 51 anos, ter demonstrado através da MAPA (monitorização da pressão arterial) que a PAD (pressão arterial diastólica) elevada prediz mortalidade cardiovascular em indivíduos jovens com idade inferior a 50 anos⁶.

Outrossim, a mulher jovem, ao ser diagnosticada hipertensa e ao iniciar um tratamento medicamentoso, muitas vezes pensa que vai viver com limitações tomando anti-hipertensivos; não raro, resiste à mudança do estilo de vida e isto se torna um fator impactante na adesão ao tratamento.

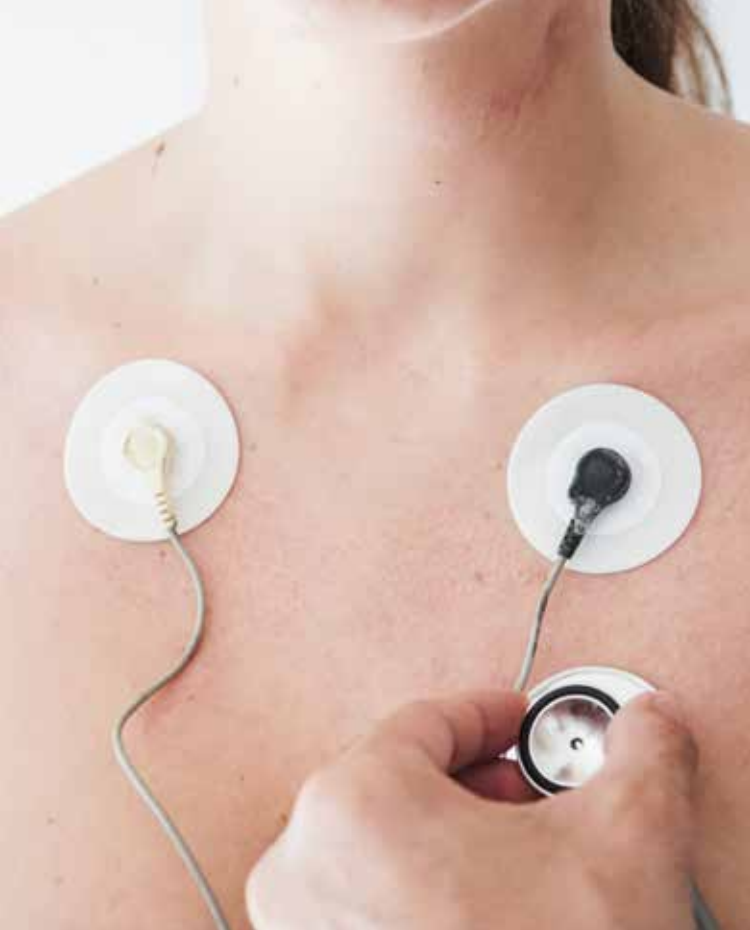
Estudo com uma inclusão feminina de 25% demonstra que a não aderência ao tratamento medicamentoso da PA em jovens, incide em 1,6 vezes maior risco de desenvolver precocemente uma DCV (Infarto, AVC e IC)⁷.

Em síntese, alguns pontos-chaves na abordagem cardiológica da mulher jovem hipertensa⁸:

- Otimizar a pressão arterial para níveis de 120/80 mmHg.

Seguem sugestões de 10 mandamentos para recomendar hábitos saudáveis em equilíbrio com a natureza no combate à Hipertensão Arterial e DCV(Figura)





- Considerar a intervenção medicamentosa quando limiar de PA maior ou igual a 140/90 mmHg.
- Considerar que as mulheres são mais propensas a desenvolver hiponatremia e hipocalemia com uso de diurético.
- Lembrar que a tosse induzida por IECA é três vezes mais comum em mulheres do que em homens; que as mulheres geralmente respondem às drogas anti-hipertensivas de forma semelhante aos homens, mas existem considerações especiais: IECA, BRA, inibidores diretos da renina e antagonistas mineralocorticoides são contraindicados para mulheres que estão grávidas ou pretendem engravidar.
- Promover monitoramento ambulatorial da PA.
- Avaliar os danos ao órgão-alvo e as causas secundárias, avaliar função da tireoide, microalbuminúria; e ECG.
- Solicitar Ecocardiograma se ECG anormal

ou achado de HVE e alterar o tratamento quando necessário.

- Diagnosticar e encaminhar os pacientes selecionados para cuidados secundários – avaliação adicional.
- Instituir a Prevenção Primária das doenças cardiovasculares em todas as fases de vida da mulher.
- Estimular especialidades médicas, pediatria, ginecologia, obstetrícia, endocrinologia, oncologia quanto à aferição da pressão arterial em suas consultas.

Referências:

Wenger NK, Arnold A, Bairey Merz CN, Cooper-DeHoff RM, Ferdinand KC, Fleg JL, Gulati M, Isiadinso I, Itchhaporia D, Light-McGroary K, Lindley KJ, Mieres JH, Rosser ML, Saade GR, Walsh MN, Pepine CJ. Hypertension Across a Woman's Life Cycle. J Am Coll Cardiol. 2018 Apr 24;71(16):1797-1813

Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, Chiuve SE, et al American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation. 2018 Mar 20;137(12):e67-e492

Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, Himmelfarb CD et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2019 Sep 10;74(10):e177-e232

BarrosoWKS, Rodrigues CIS, Bortolotto L, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, Machado CA et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão

Arterial – 2020. Arq. Bras. Cardiol. 2021;116(3): 516-658

Yano Y, Stamler J, Garside DB, Daviglius ML, Franklin SS, Carnethon MR, Liu K, Greenland P, Lloyd-Jones DM. Isolated systolic hypertension in young and middle-aged adults and 31-year risk for cardiovascular mortality: the Chicago Heart Association Detection Project in Industry study. J Am Coll Cardiol. 2015 Feb 3;65(4):327-335.

Ahmad A, Oparil S. Hypertension in Women: Recent Advances and Lingering Questions. Hypertension. 2017 Jul;70(1):19-26.

Lee H, Yano Y, Cho SMJ, Heo JE, Kim DW, Park S, Lloyd-Jones DM, Kim HC. Adherence to Antihypertensive Medication and Incident Cardiovascular Events in Young Adults With Hypertension. Hypertension. 2021 Apr;77(4):1341-1349.

Hinton TC, Adams ZH, Baker RP, Hope KA, Paton JFR, Hart EC, Nightingale AK. Investigation and Treatment of High Blood Pressure in Young People: Too Much Medicine or Appropriate Risk Reduction? Hypertension. 2020 Jan;75(1):16-22.