

6 de fevereiro de 2023

<http://justnews.pt/noticias/tratamento-da-hipertensao-arterial-no-idoso-fragil-a-decisao-deve-ser-cautelosa>



## **Tratamento da hipertensão arterial no idoso frágil: «A decisão deve ser cautelosa»**

**Manuel Viana**  
Especialista de MGF, USF São João do Porto

A população idosa é altamente heterogénea, sendo mais importante a idade biológica (ser robusto ou ser frágil) do que a idade cronológica. A associação entre a TA e o risco cardiovascular mantém-se em geral até à idade avançada, mas perde-se ou até se inverte nos idosos frágeis (sub-representados ou excluídos dos ensaios clínicos).

A rigidez arterial progressiva com o avançar da idade é a principal causa da elevação da tensão arterial sistólica (TAS) e da elevação da pressão de pulso (PP), assim como da descida da TAD.

Estas alterações da TA relacionadas com a idade são poderosos determinantes dos eventos cardiovasculares e da mortalidade total. As alterações estruturais e funcionais da parede arterial e do endotélio condicionam a diminuição das suas propriedades elásticas e a progressiva rigidez arterial, com desregulação da homeostasia da TA e consequente aumento da variabilidade da TA.

A hipotensão ortostática é a expressão mais comum desta variabilidade e fator de risco de quedas, morbidade e mortalidade cardiovascular e total.

Nos idosos mais frágeis, a existência de comorbilidades pode levar à progressiva diminuição da TA, podendo, nestes doentes, a TA elevada tornar-se um marcador de boa saúde. Este fenómeno da causalidade reversa pode confundir a estratificação de risco CV baseada na TA, daí se proporem abordagens alternativas para estimar o risco CV nestes doentes – a velocidade da onda de pulso, a PP ou a função endotelial.

Nos idosos mais frágeis, devido à progressiva rigidez arterial, os mecanismos de autorregulação circulatória estão alterados, daí que baixas excessivas da TA, sobretudo induzidas pela medicação anti-hipertensora, podem causar hipoperfusão de vários órgãos que têm limiares de autorregulação diversos e levar, por exemplo, a hipoperfusão cerebral e demência, isquemia do miocárdio e deterioração da função renal.

Salienta-se o papel da síndrome de fragilidade como variável modificadora do impacto da TA sobre a morbimortalidade cardiovascular e como critério importante para as decisões terapêuticas.



Manuel Viana

Nos doentes muito idosos e frágeis (institucionalizados ou necessitando de assistência diária nas ABVD), a decisão terapêutica deve ser precedida de:

- Informação precisa da capacidade funcional e da função cognitiva;
- Estimativa do prognóstico;
- Atenção a comorbilidades, à polimedicação e ao risco de reações adversas;
- Avaliação sistemática e estratificação da síndrome de fragilidade (pex. Clinical Frailty Scale);
- Identificação e correção de fatores que predispõem a uma descida excessiva da TA e a hipotensão ortostática, tais como tratamentos concomitantes, malnutrição, desidratação e doenças agudas.

Por razões de segurança, os medicamentos anti-hipertensivos devem ser reduzidos ou mesmo descontinuados, temporária ou permanentemente, em situações específicas (principalmente se a TAS < 130 mmHg, doenças agudas, variações na temperatura ambiente, etc.).

Devem-se manter os valores-alvo da TAS entre 130 e 150 mmHg como uma amplitude de segurança. Usar a automedicação em casa e, se necessário, a MAPA de 24 horas para identificar os doentes tratados, com valores muito baixos da TA e sintomáticos.

Deve-se igualmente avaliar as variáveis não cardiometabólicas (poluição atmosférica, temperatura ambiente). A decisão do médico assistente de iniciar tratamento anti-hipertensor num doente muito idoso frágil deve ser cautelosa – monoterapia em baixas doses –, com monitorização frequente do estado do doente.