

PACIENTE IDOSO: ATENÇÃO PARA A HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

A hipotensão ortostática (HO) é um problema clínico frequentemente negligenciado no nosso meio. O interessante trabalho publicado por Cunha e col (ArqBrasCardiol, 1991: 56: 39-42) vem chamar a atenção para a comunidade cardiológica de assunto pouco tratado nas publicações a ela dirigidas. No perfil dos pacientes que apresentam HO inclui-se a doença cardíaca e a maioria dos medicamentos utilizados nesses cardiopatas constitui também fator de risco para a condição.

A literatura tem definido como HO uma queda da PA sistólica igual ou maior que 20 mmHg e da PA diastólica igual ou maior que 10 mmHg, ao passar da posição supina (15 a 30 minutos) para a ortostática, de pé¹. A prevalência muito alta usando-se esse critério, a grande variabilidade diária dessa resposta (por exemplo, pode ser mais presente após refeições) e a falta de sintomas em perceptível significativo torna questionável a definição acima. Entretanto, estudos epidemiológicos mostrando que tal achado significa risco de quedas e síncope^{2,3} bem como maior mortalidade em 5 anos em hipertensos diabéticos, sugerem que HO como acima definida deva ser considerada pelo menos potencialmente perigosa nos idosos⁴. Além do que já foi citado, têm sido descritos casos de acidente coronariano agudo⁵, acidente vascular cerebral⁶, e ataques epileptóides em portadores da condição⁷. Alguns pacientes podem referir sintomas sugestivos sem que se detecte HO segundo os critérios acima. A designação para esses casos segundo Mader⁸ deve ser hipoperfusão cerebral ortostática.

A prevalência da HO nos idosos tem sido elevada: em torno de 20% para acima de 65 anos e de 30% acima de 75 anos¹. No entanto, estudos com gerontes assintomáticos e sadios, sem fatores de risco para HO, têm demonstrado prevalência menor que 7%⁹. A população estudada por Cunha e col compreende aquela onde se espera alta prevalência: idosos internados com múltiplos fatores de risco para a síndrome. Considerando a média de idade (69 anos), o achado de 30% de portadores de HO está de acordo com a literatura^{1,8}.

O geronte pode ter resposta inadequada ao ortostatismo apresentando HO, por alterações fisiológicas próprias da idade, por doenças associadas comuns à faixa etária ou por medicamentos que interfiram com a volemia e com os reflexos posturais¹.

Alterações fisiológicas próprias da ida-

de – Sabe-se que nos idosos há níveis plasmáticos de norepinefrina baixos elevados por aumento de sua secreção e secundariamente diminuição de sua metabolização. A resposta plasmática de norepinefrina é normal, porém a resposta cardíaca é diminuída. Parece que a inadequação da resposta cardíaca ao estímulo simpático está na baixa afinidade dos baroreceptores aos seus agonistas¹. A inibição da sensibilidade dos receptores carotídeos e da crossa aórtica são fatores contribuintes. Por causa do enrijecimento arterial e da atividade simpática aumentada, próprias do envelhecimento, a pressão arterial sistólica aumenta, o que acarreta alterações das propriedades diastólicas do ventrículo esquerdo com restrição ao seu relaxamento e prejuízo ao seu enchimento protodiastólico. Por esse motivo esses pacientes são muito sensíveis a pequenas diminuições da precarga, facilitando o aparecimento da HO. Provavelmente, a condição é prevenida na maioria dos idosos porque a resposta vasoconstritora mediada pelos alfa-receptores está preservada. Além do que já foi citado, é comum nos gerontes a contração do volume intravascular por múltiplas causas: diminuição da sensação da sede com conseqüente menor ingestão de líquidos, diminuição da renina plasmática, aumento do hormônio atrial natriurético, tornando-os mais sensíveis às perdas e/ou diminuição do aporte de líquidos^{1,8}.

Doenças associadas comuns no idosos – As doenças prevalentes nos gerontes e que se constituem em fatores de risco para HO são: diabetes melito, hipertensão arterial sistêmica, alcoolismo, uremia, amiloidose, carências vitamínicas, anemia perniciosa, mal de Parkinson, esclerose múltipla, tabes dorsalis, acidentes vasculares cerebrais, neoplasias, hiponatremia, e outras afecções desmielinizantes^{1,8,10}.

Medicamentos frequentemente usados nos idosos – Qualquer condição que implique em repouso no leito prolongado pode produzir HO (por exemplo após infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral). Dentre os medicamentos que mais frequentemente podem produzir HO, e nos idosos a maioria das vezes em doses terapêuticas, citam-se: fenotiazinas, antidepressivos, ansiolíticos, antiparkinsonianos, diuréticos, antihipertensivos, vasodilatadores em geral e antiarrítmicos^{1,8,10}.

Cunha e col referem que o uso de medicamentos foi o fator de risco mais freqüente em seus

casos. Dentre as condições clínicas associadas, por ordem decrescente de importância, citaram cardiopatias, diabetes melito, hipertensão arterial sistêmica, varizes de membros inferiores, neoplasias, hiponatremia, alcoolismo e imobilidade. Possivelmente, na maioria desses casos, medicamentos comprometedores estavam associados às doenças citadas, aumentando o risco. Esses dados são coerentes com a literatura^{1,8,10,11}.

Condição especial é a disfunção autonômica crônica que além da HO usualmente sintomática (fatigabilidade, tonturas e síncope), apresenta frequência cardíaca fixa, dificuldades visuais, incontinência esfinteriana, constipação, intolerância ao calor, hipohidrose e impotência¹. Pode ser idiopática (síndrome de Bradbury-Eggleston) ou secundária a doenças neurológicas como mal de Parkinson, mielopatias, esclerose múltipla, síndrome de Shy-Drager, ou doenças sistêmicas tais como diabetes insulino-dependente, amiloidose e outras^{1,8}. O diagnóstico da mesma baseia-se nas manifestações clínicas e em testes simples que reforçam a suspeita de alteração autonômica significativa (resposta da PA e FC à manobra de Valsalva, a exposição ao frio, a hiperventilação, ao "hand-grip", e outras)^{1,8}. As dosagens plasmáticas de norepinefrina, sangue colhido em posição supina e ortostática, podem ser úteis na determinação da localização do defeito autonômico (central ou periférico)¹. Cunha e col encontraram cinco casos de disfunção autonômica, designando de HO neurogênica. Três deles tinham diabetes (não estando esclarecido se insulino-dependente) e dois doença de Chagas (não estando claro se cardiopatia chagásica crônica). A disfunção do nó sinusal que pode ocorrer na doença de Chagas pode justificar frequência cardíaca fixa às mudanças posturais, o que foi usado como um dos critérios para considerar a HO como disautônoma. É conhecido o envolvimento do sistema nervoso autônomo na doença de Chagas, principalmente em setores do tubo digestivo e no coração. Entretanto, a disfunção autonômica sistêmica, como classicamente descrita, não tem sido relatada nesses casos. Chama a atenção nos casos de Cunha e col a ausência de sintomas significativos, o que não coincide com a literatura¹.

Na anamnese dirigida ao idoso deveria ser incluída a pesquisa dos sintomas da HO, a identificação dos fatores de risco para a mesma, salientando-se a necessidade de se fazer inventário cuidadoso dos medicamentos em uso, bem como referidas doses. O exame físico deve incluir a aferição da PA ao assumir a posição de pé, após pe-

ríodo mínimo de 5 minutos em decúbito supino. A PA deve ser aferida várias vezes, no mínimo até 2 minutos após a posição ortostática ser assumida. Naqueles pacientes com sintomas sugestivos de HO, esse período deve ser prolongado até 4 minutos, conforme fica sugerido por Cunha e col. Nos casos em que após esse período não se detecta alteração da PA, e há sintomas significativos, a hipótese de hipoperfusão cerebral ortostática deve ser feita e investigada a possibilidade de afecção de carótidas e anemia⁸. A análise da resposta da frequência cardíaca pode ser útil uma vez que a falta de resposta adequada sugere disfunção autonômica, e o aumento exagerado da mesma pode indicar hipovolemia.

O tratamento da HO inclui medidas não farmacológicas que devem ser recomendadas a todos os pacientes, sintomáticos ou não. Elas compreendem a suspensão de medicamentos responsabilizáveis, cautela ao se levantar, exercício com membros inferiores antes de se levantar, aumento da ingestão de sódio e água (evidentemente em ausência de contraindicações), meias elásticas, cinta compressiva abdominal, e elevação da cabeceira do leito (5 a 20 graus)¹.

A prescrição de medicamentos restringe-se aos casos que não respondem às medidas supracitadas. Pode ser útil um mineralocorticoide como a fludrocortisona (0,1 a 1,0 mg até o surgimento de edema), havendo risco de hipertensão supina, insuficiência cardíaca e hipocalemia. Drogas que inibem a síntese de prostaglandinas tais como a indometacina e outros antiinflamatórios podem ajudar. Agonistas periféricos alfa-2 adrenérgicos como a clonidina podem ser tentados nos portadores de disfunção autonômica. Desse mesmo grupo de fármacos, a midrodina tem sido testada com resultados insatisfatórios também nesses pacientes¹². Antagonistas centrais alfa-2 adrenérgicos como a yomimbina, betabloqueadores com e sem atividade simpaticomimética intrínseca, cafeína pura ou associada a derivados da ergotamina também têm sido usados^{1,8,13}. A metoclopramida tem sido usada com sucesso em alguns casos, não se conhecendo o mecanismo de ação. Há o risco de manifestações extrapiramidais com seu uso em idosos¹⁴. Drogas vasoconstritoras como a efedrina, fenilefrina, anfetamina devem ser evitadas nos gerentes. Alternativa válida em casos selecionados é o uso de marcapasso atrial programável, mantendo frequência cardíaca elevada durante o dia, e normal à noite¹⁵.

Cunha e col¹⁴ propuseram uma terapêutica por etapas, o que pode ser útil como referência na

abordagem desses pacientes: 1º etapa-revisão dos medicamentos em uso e correção de fatores predisponentes quando possível; 2º etapa – instruir o paciente sobre o problema e orientar as precauções ao se levantar, meias elásticas e cinta abdominal compressiva quando devidamente indicadas, evitar calor excessivo, banhos quentes, refeições copiosas, álcool; 3º etapa – maior ingestão de sal; 4º etapa – tratamento farmacológico; 5º etapa – marcapasso atrial programável.

Luiz Fernando Salazar de Oliveira
Faculdade de Ciências Médicas
de Pernambuco

REFERÊNCIAS

1. Desforges JF – Orthostatic hypotension in the elderly. *N Engl J Med*. 1989;321: 952-6.
2. Tinetti ME, Williams TF, Mayawsky R – Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *Am J Med*. 1986;80: 429-34.
3. Lipsitz LA, Pluchino FC, Wel JI, Rowe JW – Syncope in institutionalized elderly: the impact of multiple pathological conditions and situational stress. *J Chronic Dis*, 1988; 39: 619-30.
4. Davis BR, Langford HG, Blaytox MD, Curb JD, Polk BF, Shulman NB – The association of postural changes, systolic blood pressure and mortality in persons with hypertension: the Hypertension detection and Follow-up Program Experience. *Circulation*, 1987;75: 340-6.
5. Murden RA, Cohn SL – Myocardial infarction caused by hypotension during physical examination maneuvers in the elderly. *J Am Geriatr Soc*, 1988: 36: 1120-2.
6. Slow BL – Postural hypotension in the elderly. Singapore. *Singapore Med H*. 1987;28: 338-41.
7. Sakakibara R, Kita K, Hattori T, Hirayama K – Orthostatically induced epileptoid attack. *Rinsho-Shinkeigaku*, 1989; 29:1376-80.
8. Mader SL – Hipotensão ortostática. In: *Medicina Geriátrica*, Rio de Janeiro, Editora Interlivros, Clínicas Médicas da América do Norte, 1989: 6: 1471-83.
9. Mader SL, Josephson KR, Rubenstein LZ – Low prevalence of postural hypotension among community-dwelling elderly. *JAMA*, 1987;258: 1511-4.
10. Sobel BE, Roberts R – Hypotension and syncope. In: Braunwald E. *Heart disease – A textbook of cardiovascular medicine*, 2º ed, Philadelphia WB Saunders Company, 1984, 928-39.
11. Clark AN – Postural hypotension in the elderly. *Br Med J Clin Res*, 1987;19: 295-6.
12. Kaufmann H, Brannan T, Krakoff L, Yahr MD, Mandelli J – Treatment of orthostatic hypotension due to autonomic failure with peripheral alpha-adrenergic agonist (midrodine). *Neurology*, 1988;38: 951-6.
13. Biaggioni I, Zygmont D, Haile V, Robertson D – Pressor effect of inhaled ergotamine in orthostatic hypotension. *Am J Cardiol*, 1990;65: 89-92.
14. Cunha VV – Management of orthostatic hypotension in the elderly. *Geriatrics*, 1987;42: 61-3.
15. Cunha VV, Machado ELG, Santana LA – Marcapasso atrial programável no tratamento da hipotensão ortostática neurogênica do idoso. *Arq Bras Cardiol*, 1990: 55: 47-9.