

EPIDEMIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E MANEJO DA HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA NEUROGÊNICA

EPIDEMIOLOGY, DIAGNOSIS, AND MANAGEMENT OF NEUROGENIC ORTHOSTATIC HYPOTENSION

Movement Disorders. 2017; 4 (3): 289-308.

Jose-Alberto Palma, MD, PhD, Horacio Kaufmann, MD

Comentários: Elizangela Gianini Gonzalez¹

Hipotensão Ortostática (HO) é definida como uma redução da pressão sistólica (PS) igual ou superior a 20 mmHg ou da pressão diastólica (PD) igual ou superior a 10 mmHg, nos primeiros 3 minutos após a mudança da posição supina para ortostática ou inclinação vertical entre 60 a 70 graus.^{1,2}

A etiologia da HO é multifatorial, podendo ser sintomática ou assintomática; ocasionada por falha nos mecanismos neurais e/ou circulatórios de compensação da redução do retorno venoso e, conseqüentemente do débito sistólico e da pressão arterial (PA).³ Os sintomas típicos da HO são tontura, vertigem, visão turva, ainda pode ocorrer perda de consciência e do tônus postural desencadeando síncope. Os sintomas geralmente desaparecem após o paciente retornar para posição sentada ou deitada, restabelecendo assim o fluxo sanguíneo cerebral e restaurando os níveis pressóricos acima do limite inferior da capacidade autoregulatória.

A gravidade dos sintomas pode variar de um dia para o outro e oscilar ao longo do dia. No período da manhã os sintomas são mais frequentes, pois a HO é acentuada pela redistribuição do volume intravascular durante a noite.

As refeições, principalmente as ricas em carboidratos, levam à hipotensão pós-prandial (queda na PA em 2 horas após a ingestão). A gravidade da hipotensão pós-prandial parece estar diretamente relacionada à liberação de insulina.²

Em geral, a HO tem sido associada a comorbidades cardiovasculares, como doença coronariana, fibrilação atrial, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral (AVC), aumento da rigidez arterial, doença renal crônica, além de enfraquecimento no estado geral.³

O diagnóstico de HO requer leituras de PA em posição supina e ortostática, seja durante a postura ativa ou durante o teste de inclinação, para que possa registrar-se uma redução sustentada na posição ortostática de pelo menos 20 mmHg da PA diastólica e/ou 10 mmHg da PA sistólica.

A PA e a frequência cardíaca devem ser registradas após o paciente ter ficado em posição supina por 20 minutos e após

ficar em pé (posição ortostática) (ou passivamente inclinado entre 60 a 70 graus) por 3 minutos. A magnitude da queda da PA e a gravidade dos sintomas podem variar em diferentes momentos do dia; podendo ser necessário repetir o teste várias vezes pela manhã, quando a queda HO é mais frequente ou após a refeição, se a história sugerir hipotensão pós-prandial.²

O alvo do tratamento é a normalização da PA em pé objetivando reduzir os sintomas e melhorar a qualidade de vida do paciente. As etapas do manejo no tratamento incluem: (1) correção de fatores desencadeantes, (2) implementação de medidas não farmacológicas e (3) terapia medicamentosa.

Na correção dos fatores desencadeantes está incluída a descontinuação de medicamentos hipotensores, correção de anemia e deficiências vitamínicas (deficiência de vitamina B12 < 250 pg/mL com níveis elevados de ácido metilmalônico).

A implementação de medidas não farmacológicas está relacionada à expansão de volume, mudança de estilo de vida, atividade física e refeições balanceadas (pobres em carboidratos), e ainda, orientação do paciente com relação a mudança da posição como sentar-se brevemente antes de levantar; evitar a manobras de Valsalva (esforço com a glote fechada) que produzem uma queda abrupta e severa da PA e uso de meias compressivas que produzam pelo menos 15 a 20 mmHg de compressão como uma maneira eficaz de aumentar o retorno venoso; durante a noite.

Outra orientação está relacionada à inclinação da cama em pelo menos 10 a 15 cm para alcançar um ângulo de 30 graus (para que o paciente durma com a cabeça e o tronco acima das pernas), postura que reduz a diurese noturna, melhorando a HO pela manhã. Os métodos não farmacológicos são muito eficazes quando aplicados adequadamente.

Entretanto, muitos pacientes com HO necessitam de tratamento farmacológico para melhorar os sintomas. Duas estratégias podem ser usadas: (1) expansão do volume intravascular com o mineralocorticoide sintético, a fludrocortisona, e (2) aumento da resistência vascular periférica com os agentes

1. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP (FAMERP).

pressóricos midodrine ou droxidopa. A seleção de um ou de outro ou de ambos depende das características e necessidades específicas de cada paciente. Fludrocortisona pode ser combinada com midodrina ou droxidopa.²

Ressaltamos a importância deste trabalho devido à relevância dessa patologia, que é mais prevalente em pacientes idosos, possibilitando assim reduzir a morbidade e a mortalidade associadas à referida patologia.

Sabe-se que há forte associação de HO com algumas

doenças de prevalência alta em idosos como hipertensão, diabetes e doença de Parkinson, assim como tomada de maior número de fármacos que compromete a qualidade de vida desses pacientes.

Todavia há de considerar, que a tendência é ocorrer um aumento da incidência dessa condição em virtude da mudança do perfil epidemiológico global devido ao envelhecimento populacional. Portanto, evidenciar e dimensionar o problema torna-se essencial para seu enfrentamento.

REFERENCIAS

1. Carvalho IIB. Hipotensão Ortostática - Revisão da Literatura e Prevalência no Idoso [dissertação]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2015.
2. Palma JÁ, Kaufmann H. Epidemiology, Diagnosis, and Management of Neurogenic Orthostatic Hypotension. *Movement Disorders*. 2017;4 (3):289-308.
3. Velten APC. Prevalência de hipotensão ortostática e fatores associados no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) [tese]. Espírito Santo: Universidade Federal do Espírito Santo; 2018.