



Congresso Internacional de Envelhecimento Humano

Avanços da ciência e das políticas públicas para o envelhecimento

HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA E QUEDAS: CORRELAÇÃO E CONSEQUÊNCIAS NA SAÚDE DO IDOSO

Gildenia Calixto dos Santos /UFPB/ gildeniocalixto@hotmail.com
Érika Valeska da Costa Alves /UFPB/ erika.valeska@yahoo.com.br
Fabiana Camila Guedes Cunha /UFPB/ fabianaguedes_@hotmail.com
Mailson Marques de Sousa /UFPB/ mailson_ms@hotmail.com

Introdução

As consequências e os custos envolvidos na ocorrência de quedas em idosos são relevantes tanto em termos dos traumas físicos e psicológicos, da perda de independência e até mesmo do risco de morte para o idoso, quanto para os serviços de saúde, na utilização de recursos e ocupação de leitos hospitalares ^(1, 2). A hipotensão ortostática (HO) é considerada um dos principais fatores de risco para ocorrência de quedas entre idosos ^(3, 4). Além disso, devido à presença de múltiplos fatores etiológicos associados às alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, os idosos são mais susceptíveis a HO ⁽⁵⁾. Nesse sentido, buscou-se revisar a literatura relacionada a essa problemática, na perspectiva de conhecer o mecanismo e as repercussões da HO em idosos, observar a prevalência, bem como, compreender a relação entre a HO e a ocorrência de quedas na população geriátrica.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa eletrônica da literatura utilizando, sobretudo, as bases *MEDLINE*, *PubMed* e *LILACS*. Para a busca, foram considerados os seguintes descritores, em língua portuguesa e inglesa: quedas em idosos; hipotensão ortostática em idosos; hipotensão ortostática e quedas; hipotensão ortostática e envelhecimento; barorreflexo e envelhecimento; entre outros. Inicialmente, foi realizada uma primeira leitura dos resumos. As referências que mais se adequaram ao tema foram selecionadas e submetidas a leitura na íntegra. Foram incluídos artigos de revistas ou periódicos indexados e consultados documentos de instituições governamentais, sendo a revisão ampliada por busca nas referências de estudos relevantes.

Resultados e discussão

É bem relatado na literatura que a HO é um problema comum entre idosos e está associada à significativa morbimortalidade ^(4, 5). A HO é considerada como sendo uma queda de 30% ou mais da pressão arterial sistólica, quando se assume a posição vertical, após estar em posição sentada ou deitada ⁽⁶⁾. Alguns autores também definem como sendo redução maior ou igual a 20 mmHg na pressão arterial sistólica e 10 mmHg na pressão arterial diastólica, após passar da posição supina ou sentada para ereta ^(7, 8). Há, ainda, os que consideram além da diminuição igual ou maior a 20 mmHg nos níveis pressóricos sistólico ou diastólico, a associação de sintomas como tontura, visão turva, astenia e síncope ⁽⁹⁾. Com a mudança de postura, a pressão arterial cai e, se ajustes compensatórios não ocorrerem prontamente, o indivíduo pode apresentar desde sintomas mais brandos relacionados à intolerância ortostática até a perda súbita da consciência ^(6, 10). As condições patológicas relacionadas com a idade, tais como a hipertensão arterial e, conseqüentemente, o uso de agentes anti-hipertensivos são fatores que contribuem para essa alta prevalência de HO ^(11, 12). Em indivíduos com 65 anos de idade, por exemplo, essa prevalência é de aproximadamente 20% e naqueles com 75 anos de idade, é de 30%. Em indivíduos residentes em lares de idosos, a prevalência pode chegar a 50% ou mais ^(4, 13). Há vários relatos que indicam uma relação entre a HO e ocorrência de quedas entre idosos ⁽⁴⁾. Em estudo realizado para estimar a prevalência e caracterizar as quedas sofridas por idosos, os resultados mostraram que, em 11,4% dos casos, os idosos estavam se levantando da cama, sofá ou cadeira quando ocorreu a queda, constituindo a segunda situação mais relacionada aos eventos de queda do estudo ⁽¹⁴⁾. É importante destacar que a informação sobre a circunstância da queda pode direcionar a avaliação médica para a causa do evento, como por exemplo: cair após se levantar de uma posição mais baixa pode estar relacionado à HO. Com relação ao mecanismo, tem-se que o reflexo barorreceptor é um dos responsáveis por controlar alterações abruptas da pressão arterial e, desta forma, manter os níveis dentro de limites adequados ⁽¹⁵⁾. Evidências sugerem que o envelhecimento normal está associado à redução na sensibilidade dos barorreceptores ^(16, 17, 18). Ressalte-se que a

HO, além de precipitar síncope e quedas, pode contribuir para infarto agudo do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais ⁽¹⁹⁾. Ao assumir a posição ortostática o doente perde a consciência e o tônus muscular, o que determina geralmente a ocorrência da queda ⁽²⁰⁾. As quedas, por sua vez, são consideradas eventos mórbidos frequentes na população idosa ⁽²¹⁾. São responsáveis por 70% das mortes acidentais em pessoas com 75 anos e mais ⁽²²⁾. No Brasil, cerca de 29% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano e 13% caem de forma recorrente. Segundo dados do SUS, em 2008 ocorreram 5.142 mortes de pessoas com 60 anos ou mais, em decorrência de quedas ⁽²³⁾. Além dos possíveis traumas e do risco de morte, levam à restrição das atividades, ao declínio na qualidade da saúde, à incapacidade ⁽²⁴⁾ e ao risco de internação em instituições de longa permanência. Também se constata que a HO é fácil de medir, porém, apesar da sua importância e facilidade de diagnóstico, não é frequentemente pesquisada no exame clínico do idoso, existindo uma subvalorização desta situação ⁽⁴⁾. O aconselhável é corrigir as doenças e distúrbios detectáveis e orientar o idoso para que evite mudanças bruscas de posição supina para ortostática, verificar se as doses e medicamentos - particularmente diuréticos, hipotensores, antidepressivos tricíclicos e neurolépticos - são adequados à idade, incentivar a prática de exercícios físicos para reduzir os processos metabólicos e celulares que levam à atrofia muscular e que contribuem para a instabilidade motora e adequar a nutrição e ingestão de água à idade do indivíduo ⁽²⁵⁾

Conclusão

Os estudos mostram várias relações entre quedas em idosos e a ocorrência de hipotensão ortostática. Apesar de se verificar uma significativa prevalência de ambos os agravos nessa população, na prática, constata-se que os idosos tendem a sub-relatar a ocorrência de quedas e, por outro lado, os profissionais tendem a subestimar o diagnóstico de HO. Certamente, isso contribui para que a relação permaneça na obscuridade, trazendo prejuízos para identificação e condução de vários casos. O certo é que representam grave problema de saúde pública, cuja dimensão tem sido pouco valorizada e cujo impacto deve ser mais discutido.

Referências

1. Close J, Ellis M, Hooper R, Glucksman E, Jackson S, Swift C. Prevention of falls in the elderly trial: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999; 353 (9147):93-97
2. Carter ND, Kannus P, Khan KM. Exercise in the prevention of falls in older people: a systematic literature review examining the rationale and the evidence. *Sports Med* 2001; 31(6):427-38.
3. Kron M, Loy S, Sturm E, Nikolaus T, Becker C. Risk indicators for fall in institutionalized frail elderly. *Am J Epidemiol* 2003; 158:645-653.
4. Gupta V, Lipsitz LA. Orthostatic Hypotension in the Elderly: Diagnosis and Treatment. *The American Journal of Medicine*. 2007; 120: 841-847
5. Soares JLD, Matos C, Vaz LI. Prevalência da hipotensão ortostática numa população geriátrica hospitalar e internada em lares. *Univers de Lisboa*. 2002; 1-10.
6. Carvalho Filho ET, Netto MP. *Geriatrics: Fundamentos, clínica e terapêutica*. 2 edição, Atheneu, São Paulo. 2005; 788p.
7. Cavagna L. Hipotensão ortostática em geriatria. *Geriatrics* 1996; 1: 46-50.
8. Mader SL. Hipotensão ortostática, tontura e síncope. In: Calkins E, Ford AB, Katz PR, eds. *Geriatrics pratica*. Rio de Janeiro: Revinter; 1997.
9. Andrade NP, Silva AA. Hipotensão ortostática em idosos hospitalizados. *Gerontologia* 1998; 6: 111-6.
10. Akselrod S, Oz O, Greenberg M, Keselbrener L. Autonomic response to change of posture among normal and mild-hypertensive adults: investigation by time-dependent spectral analysis. *J Autonomic Nervous System*. 1997; 64: 33-43.
11. Shi W, Wray DW, Formes KJ, Wang HW, Hayes PM, O-Yurvati AH, Weiss MS, Reese IP. Orthostatic hypotension in aging humans. *Am J Physiol Heart Circ Physiol* 2000; 279:1548-1554.
12. Tideiksaar R. *As quedas na velhice: prevenção e cuidados*. 2ª ed. São Paulo: Organização Andrei Editora Ltda; 2003.
13. Caird FI, Andrews GR, Kennedy RD. Effect of posture on blood pressure in the elderly.

Br Heart J 1973; 35:527-30.

14. Ferreira DCO, Yoshitmo AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. Rev Bras Enferm, Brasília 2010; nov-dez; 63(6): 991-7

15. Rasia Filho AA, Rigatto KV, Dal Lago P. Mecanismos neurais centrais e periféricos de gênese e controle a curto prazo da pressão arterial: fisiologia e fisiopatologia. Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul. 2004; 7 (3): 1-5

16. Lipsitz LA. Orthostatic hypotension in the elderly. N Engl J Med. 1989; 321:952–957.

17. Taylor JA, Hand GA, Johnson DG, and Seals DR. Sympathoadrenal-circulatory regulation of arterial pressure during orthostatic stress in young and older men. Am J Physiol Regulatory Integrative Comp Physiol. 1992; 263: R1147–R1155,

18. Neto JE. Contribuição dos grandes vasos arteriais na adaptação cardiovascular a ortostase. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2006; 87 (2): 209-22.

19. Menezes RL, Bachion MM. Study of intrinsic risk factors for falls in institutionalized elderly people. Ciência & Saúde Coletiva, 2008; 13(4):1209-1218.

20. Soares JLD. Hipotensão ortostática: o estado da arte. Med Interna. 2001; 8 (2): 80-88.

21. Rubeinstein LZ, Josephson KR. The Epidemiology of falls and syncope. Clin Geriatr. Med 2002; 18:141-158.

22. Fuller GF. Problem-oriented diagnosis: falls in the elderly. Am Fam Physician. 2000; (61):2159-68.

23. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações de saúde. Óbitos por causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

24. Legters K. Fear of Falling. Physical Therapy 2002; 82(3):264-272.

25. Lewis AL. Orthostatic hypotension in the elderly. N minutes) the systolic hypotension was more Engl J Med 1989;321(14):952-6.