



Congresso Internacional de Envelhecimento Humano

Avanços da ciência e das políticas públicas para o envelhecimento

PREVALÊNCIA DE HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA E PÓS-PRANDIAL EM IDOSOS: ESTUDO COMPARATIVO EM ENFERMIARIAS DE CLÍNICA MÉDICA

Geyhsy Elayne da Silva Rocha, Naísa Bezerra de Carvalho, Aline Dantas de Sá,
Arthur Moreira Lucas de Lacerda, Rilva Lopes de Sousa Muñoz

Departamento de Medicina Interna, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil. rilva@ccm.ufpb.br

INTRODUÇÃO

A hipotensão ortostática (HO) é um problema clínico comum em idosos, decorrendo da mudança da posição deitada para a posição sentada ou em pé, quando o paciente apresenta paralelamente um ou mais dos seguintes eventos: (a) redução de 20 mmHg ou mais na pressão arterial sistólica; (b) redução de 10 mmHg ou mais na pressão arterial diastólica. O diagnóstico de hipotensão pós-prandial é feito por meio dos mesmos parâmetros referentes à HO, porém ocorrendo 15 a 90 minutos após a refeição mais calórica do dia¹. A HO tem prevalência de 20%-30% em indivíduos com mais de 65 anos e a hipotensão pós-prandial tem prevalência de 24% em idosos². A HO pode ser causa de acidentes e risco de isquemia encefálica em idosos, e sua ocorrência pode ser maior nas internações, já que de 10% a 20% dos pacientes internados têm efeitos adversos a medicamentos, permanecem imobilizados e clinicamente instáveis³. Os estudos sobre HO já realizados envolvem idosos em asilos ou ambulatorios, ou mesmo na comunidade. Os objetivos desse estudo foram avaliar prevalência, fatores associados e sintomas de HO e pós-prandial em idosos internados em enfermarias de clínica médica.

METODOLOGIA

Este estudo foi de modelo observacional, transversal e comparativo (grupo controle de indivíduos não idosos). A população-alvo foi composta por

pacientes idosos internados nas enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil. A seleção dos pacientes foi feita consecutivamente partir de técnica não probabilística no período de agosto de 2010 a março de 2012. O tamanho da amostra total foi de 80 pacientes, tomando-se por base estudo anterior⁴. Foram excluídos os pacientes impossibilitados de se mover para a posição ortostática, os que não conseguiam permanecer na posição ortostática sem apoio e aqueles com arritmia cardíaca. No grupo controle, excluíram-se grávidas e menores de 18 anos. Foi considerada HO a ocorrência de um dos seguintes eventos após a mudança de posição: (1) redução maior ou igual a 20 mmHg na pressão arterial sistólica; (2) redução igual ou maior a 10 mmHg na pressão arterial diastólica. O diagnóstico de hipotensão pós-prandial foi feito por meio dos mesmos parâmetros referentes à HO, entre 15 e 90 minutos após a refeição mais calórica do dia no hospital, o almoço. As variáveis secundárias pesquisadas foram idade, sexo, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica (HAS), cardiopatia e uso contínuo de fármacos. As doenças associadas e fármacos em uso foram pesquisados nos prontuários dos pacientes, que também foram avaliados através de entrevista e exame físico, registrando-se os dados em um formulário. A coleta de dados foi feita no período da manhã (antes do café da manhã) e no período pós-prandial (após o almoço). A medida da pressão arterial (PA) foi realizada de acordo com a técnica recomendada nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010). Foram usados esfigmomanômetros calibrados do tipo aneroide para adultos, com bolsa de borracha inflável de 23/12 cm. Os pacientes permaneceram em repouso na posição supina por cinco minutos antes da medida da PA. A frequência

cardíaca (FC) foi verificada através da palpação da artéria radial nas posições supina e ortostática. A estatística inferencial foi feita através dos testes qui-quadrado, Mann-Whitney e Wilcoxon a 5%. O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (CEP/HULW), sob nº 580/2010.

RESULTADOS

Avaliaram-se 80 pacientes, 40 no grupo dos idosos e 40 no grupo controle. A idade dos idosos variou entre 60 e 85 anos (grupo de estudo), e a do grupo controle, entre 22 e 59 anos, 62,5% do sexo masculino no grupo de estudo. Os diagnósticos principais mais frequentes foram de doenças do aparelho circulatório (27%), seguidos do aparelho digestivo (21%). A prevalência de HO foi de 32,5% (26/80) na amostra total, de 57,7% no grupo de idosos e de 25% no grupo de não idosos; 15 pacientes (18,8%) apresentaram hipotensão pós-prandial, 11 deles idosos (27,5%). Os pacientes com hipotensão pós-prandial também apresentaram HO matinal. Observou-se diferença estatisticamente significativa em relação à idade entre os pacientes que apresentaram HO e os que não a apresentaram ($p=0,04$). Não se observou diferença de prevalência quanto ao sexo nos dois grupos. Constatou-se associação estatisticamente significativa dos seguintes fatores com HO: cardiopatia ($p=0,002$), diabetes *mellitus* ($p=0,005$), uso de fármacos considerados fatores associados a HO ($p=0,01$) e hipertensão arterial ($p=0,02$) entre os idosos, o que ocorreu de forma similar no grupo controle. A FC aumentou em 84,6% (22) no grupo dos que tiveram HO matinal e/ou pós-prandial, enquanto houve aumento em 100% dos pacientes que não desenvolveram HO, não havendo diferença entre idosos e não idosos. Verificou-se que 34,6% (9) dos pacientes com HO apresentaram pelo menos um sinal de hipofluxo cerebral (tontura, borramento visual e

tremores em 3%, 22% e 5%, respectivamente). Não houve diferença na frequência de sintomas entre os grupos.

DISCUSSÃO

A prevalência de HO neste estudo foi superior à observada em outras pesquisas em que se verificou HO em 30% dos idosos e hipotensão pós-prandial entre 24% e 36%⁵⁻⁷. A prevalência real de HO depende das condições durante a avaliação, como a frequência de medições de PA, a hora do dia e o grau de estresse ortostático⁸. Contudo, a frequência de HO encontrada nesta amostra foi semelhante à prevalência relatada em outro estudo, no qual se observou HO assintomática em 53,3%⁸. A influência do sexo sobre a atividade autonômica cardíaca não está bem estabelecida, porém relata-se que diferenças de sexo estão limitadas a adolescentes e adultos jovens, o que pode indicar um papel para os hormônios sexuais femininos nessa modulação⁹. A prevalência de hipotensão pós-prandial em idosos foi semelhante à observada em pesquisa anterior semelhante, também com pacientes internados, nos quais se demonstrou a prevalência de 24%⁹. As causas de hipotensão pós-prandial ainda não são bem compreendidas, mas se admite que haja compensação simpática inadequada ao aumento do fluxo sanguíneo esplâncnico durante a fase digestória, com diminuição do débito cardíaco e da resistência vascular sistêmica, além de vasodilatação induzida pela insulina e peptídeos vasoativos gastrointestinais¹. Por outro lado, o envelhecimento está associado a alterações na função cardiovascular, além do efeito vasodilatador por uma resposta insulínica exagerada à glicose⁹. A HO foi assintomática na maioria dos pacientes idosos (65,4%), o que está de acordo com outros trabalhos, nos quais se considera a HO como ocorrência comum, embora seja assintomática na maioria dos casos^{7,8}. Presume-se, portanto, que a presença

de sintomas não seja um discriminador confiável em pacientes com HO.

CONCLUSÃO

A prevalência de HO em pacientes idosos internados foi elevada, mais frequente em diabéticos, hipertensos e cardiopatas, sendo assintomática na maioria dos casos. A prevalência de hipotensão pós-prandial apresentou frequência esperada. Evidencia-se a importância prática da monitorização das mudanças posturais da PA em pacientes idosos durante internações.

REFERÊNCIAS

1. Wanjgarten M, Serro-Azul JB, Maciel LG. Abordagem das hipotensões ortostática e pós-prandial. Rev Bras Hipertens. 2007;14(1):29-32.
2. Rutan GH, Hermanson B, Bild DE, et al. Orthostatic hypotension in older adults. The Cardiovascular Health Study. CHS Collaborative Research Group. Hypertension. 1992;19(6 pt 1):508-19.
3. Sehn R, Heineck I, Ferreira MBC. Interações medicamentosas potenciais em prescrições de pacientes hospitalizados. Infarma 2003; 15(9-10):77-81.
4. Abdel-Rahman TA. Orthostatic hypotension before and after meal intake in diabetic patients and healthy elderly people. J Family Community Med 2012; 19(1): 20-5
5. Gazoni FM, Braga ILS, Guimarães HP et al. Hipertensão sistólica no idoso. Rev Bras Hipertens 2009; 16(1):34-37.
6. Luukinen H, Koski K, Laippala P et al. Prognosis of diastolic and systolic orthostatic hypotension in older persons. Arch Intern Med 1999; 159(3):273-80.
7. Weiss A, Grossman E, Beloosesky Y et al. Orthostatic hypotension in acute geriatric ward: is it a consistent finding? Arch Intern Med 2002; 162(20):2369-74.
8. Feldstein C, Weder AB. Orthostatic hypotension: a common, serious and

underrecognized problem in hospitalized patients. J Am Soc Hypertens 2012;
6(1):27-39.

9. Low PA. Prevalence of orthostatic hypotension. Clin Auton Res 2008;
18(1):8-13.