

NOTA TÉCNICA 9562**IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO****CÂMARA/VARA:** 1º Juizado Especial**COMARCA:** Bom Despacho**I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:****IDADE:** 65 anos**PEDIDO DA AÇÃO:** Fludrocortisona 0,1mg**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** DOENÇA DE PARKINSON**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRM 38089**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2026.0009562**II – PERGUNTAS DO JUÍZO:**

Expeça-se ofício ao Natjus, requerendo a elaboração de nota técnica, referente aos apontamentos elencados pela parte requerente.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:**DADOS DE LITERATURA (COPILADOS)**

O tratamento da hipotensão ortostática na doença de Parkinson deve ser individualizado e iniciar com medidas não farmacológicas, reservando o tratamento farmacológico para pacientes sintomáticos que não respondem às medidas iniciais.

Medidas não farmacológicas (primeira linha)

As intervenções não farmacológicas visam expandir o volume sanguíneo, reduzir a natriurese noturna e diminuir o acúmulo venoso:

✓ **Expansão de volume:** aumentar a ingestão hídrica para pelo menos 2 L/dia e aumentar a ingestão de sal para 5-10 g diariamente

- ✓ **Elevação da cabeceira da cama:** especialmente útil para hipotensão ortostática matinal, reduz a natriurese noturna
- ✓ **Compressão:** meias de compressão até a cintura ou faixas abdominais (meias até o joelho não são eficazes)
- ✓ **Mudanças posturais:** levantar-se lentamente
- ✓ **Exercícios:** exercícios isotônicos produzem menos hipotensão que exercícios isométricos; exercícios em piscina são particularmente valiosos; fortalecimento da musculatura central e das pernas com exercícios em decúbito
- ✓ **Bolus de água fria:** pode induzir resposta pressora

Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico deve ser considerado apenas em pacientes sintomáticos que permanecem com sintomas apesar da adesão às medidas não farmacológicas

Medicamentos aprovados pela FDA:

- ✓ **Midodrina:** agonista $\alpha 1$ -adrenérgico seletivo. Dose inicial de 2,5 mg três vezes ao dia, titulando até 10 mg três vezes ao dia. Evitar 3-5 horas antes de deitar. Melhora a pressão arterial em pé e os escores de sintomas.
- ✓ **Droxidopa:** pró-droga que se converte em norepinefrina. Dose inicial de 100 mg três vezes ao dia, titulando até 600 mg três vezes ao dia. Evitar 5 horas antes de deitar. Mais benéfica em pacientes com níveis baixos de norepinefrina plasmática supina (<200 pg/mL). Os efeitos podem ser atenuados se coadministrada com carbidopa.
- ✓ **Medicamentos usados off-label:**

- ✓ **Fludrocortisona:** mineralocorticoide que expande o volume intravascular. Dose inicial de 0,1 mg/dia, podendo aumentar até 0,2 mg/dia (doses >0,2 mg/dia não são recomendadas). Resposta máxima ocorre após aproximadamente 1 semana. Pode piorar a hipertensão supina; monitorar eletrólitos e função renal. Uso prolongado em doses altas aumenta riscos de insuficiência cardíaca, fibrose renal e hospitalização.
- ✓ **Piridostigmina:** inibidor da acetilcolinesterase, 60 mg/dia. Aumenta o tônus adrenérgico simpático sob demanda ao levantar, com menor risco de hipertensão supina. Efeito pressor pode ser subótimo em pacientes com falência autonômica moderada a grave, mas pode ser boa opção para pacientes com hipotensão ortostática e constipação.
- ✓ **Atomoxetina:** inibidor da recaptação de norepinefrina, 18 mg/dia. Tem efeito pressor quando os neurônios simpáticos periféricos são funcionais.

Considerações importantes

- ✓ Ambos fludrocortisona e midodrina requerem monitoramento específico da pressão arterial supina.
- ✓ Eletrólitos devem ser monitorados em pacientes usando fludrocortisona; função hepática e renal em pacientes usando midodrina.
- ✓ A piridostigmina parece ter efeitos sinérgicos quando combinada com midodrina ou atomoxetina.
- ✓ A hipotensão pós-prandial pode ser tratada com acarbose ou cafeína.
- ✓ O tratamento deve focar no alívio dos sintomas e prevenção de quedas, não em valores específicos de pressão arterial.

- ✓ Pacientes com multimorbidade ou que não controlam sintomas com medidas não farmacológicas e um único medicamento devem ser considerados para encaminhamento a uma unidade especializada.

MEDICAÇÃO SOLICITADA

Fludrocortisona 0,1 mg é utilizada no tratamento da hipotensão ortostática na doença de Parkinson, uma complicação autonômica comum que causa quedas da pressão arterial ao levantar-se. A fludrocortisona atua como agonista mineralocorticoide, expandindo o volume de fluido extracelular e aumentando a pressão arterial. [1-2]

Evidência de eficácia

Estudos randomizados em pacientes com doença de Parkinson demonstraram que a fludrocortisona reduz a queda da pressão arterial ortostática. Um ensaio clínico comparando fludrocortisona 0,2 mg/dia versus piridostigmina mostrou redução de 37% na queda da pressão arterial diastólica ortostática (14,0 mmHg versus 22,1 mmHg; $P = 0,04$). [3] No entanto, a evidência permanece limitada devido ao pequeno número de estudos, amostras reduzidas (total de 22 pacientes) e curta duração (2-3 semanas). [4]

Dosagem e administração

A dose inicial típica é **0,1 mg/dia**, podendo ser aumentada para 0,2 mg/dia conforme necessário. [3-4] Doses superiores a 0,2-0,3 mg/dia não são recomendadas devido ao risco aumentado de efeitos adversos graves. [1-2] A fludrocortisona deve ser combinada com hidratação adequada e aumento da ingestão de sal na dieta para otimizar a eficácia.

Monitorização necessária

É essencial monitorizar: [2][5-6]

- ✓ **Pressão arterial em decúbito dorsal** (risco de hipertensão supina)
- ✓ **Eletrólitos séricos**, especialmente potássio (risco de hipocalemia)
- ✓ **Função renal**

Efeitos adversos

Os efeitos adversos comuns incluem edema, hipocalemia, hipertensão supina e cefaleia. Com doses superiores a 0,3 mg/dia, podem ocorrer complicações mais graves como supressão adrenal, imunossupressão, insuficiência cardíaca e fibrose renal. [1-2] O uso prolongado em doses elevadas aumenta o risco de hospitalização. [1]

Considerações clínicas

A fludrocortisona é considerada uma opção farmacológica razoável para hipotensão ortostática neurogênica na doença de Parkinson, recebendo recomendação Classe IIa (pode ser benéfica) das diretrizes ACC/AHA/HRS. [2] No entanto, a evidência sobre eficácia a longo prazo e segurança permanece incerta. [1][4] Medidas não farmacológicas (levantar-se lentamente, elevar a cabeceira da cama, aumentar ingestão de líquidos e sal, meias de compressão) devem ser tentadas primeiro. [5-6] Quando a hipertensão supina está presente, outras medicações como droxidopa ou midodrina devem ser consideradas antes da fludrocortisona.

IV – CONCLUSÕES

- ✓ A fludrocortisona é considerada uma opção farmacológica razoável para hipotensão ortostática neurogênica na doença de Parkinson, recebendo recomendação Classe IIa (pode ser benéfica) das diretrizes ACC/AHA/HRS. [2]

- ✓ Classe IIa de evidência não inclui dados robustos de múltiplos estudos randomizados ou meta-análises.
- ✓ O uso é off-label
- ✓ A evidência sobre eficácia a longo prazo e segurança permanece incerta. [1][4] Medidas não farmacológicas (levantar-se lentamente, elevar a cabeceira da cama, aumentar ingestão de líquidos e sal, meias de compressão) devem ser tentadas primeiro
- ✓ No SUS existe PCDT para tratamento da Doença de Parkinson

V – REFERÊNCIAS:

1)Diagnosis and Treatment of Orthostatic Hypotension.

 The Lancet. Neurology. 2022. Wieling W, Kaufmann H, Claydon VE, et al.Review

2.2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Syncope: A Report of the American College of Cardiology/-American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society.

 Journal of the American College of Cardiology. 2017. Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG, et al.Guideline

3.Pyridostigmine Bromide Versus Fludrocortisone in the Treatment of Orthostatic Hypotension in Parkinson's Disease - A Randomized Controlled Trial.

European Journal of Neurology. 2017. Schreglmann SR, Büchele F, Sommerauer M, et al.RCT

4.Fludrocortisone for Orthostatic Hypotension.

 The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021. Veazie S, Peterson K, Ansari Y, et al.SR

5.Orthostatic Hypotension in Parkinson Disease: What Is New?.

Neurology. Clinical Practice. 2022. Lamotte G, Lenka A.

6.New Evidence on the Management of Lewy Body Dementia.

L The Lancet. Neurology. 2020. Taylor JP, McKeith IG, Burn DJ, et al.Review

L

VI – D1.ATA: 10/07/2026

NATJUS TJMG