



MEDICAMENTOS ORAIS PARA URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS AMBULATORIAIS

Crise Hipertensiva:

Urgência ou Emergência?

A crise hipertensiva constitui-se em situação clínica na qual ocorre uma brusca elevação dos níveis da pressão, acompanhada de sinais e sintomas, tais como cefaléia, alterações visuais recentes e vasoespasmos ao exame de fundo de olho. O encontro de níveis tensionais elevados acompanhados de sintomas requer adequada avaliação clínica, que inclui exame físico detalhado e fundoscopia.

É importante ressaltar que é comum a existência de situações de estresse psicológico agudo associadas à presença de níveis de pressão elevados, mas que não caracterizam crise hipertensiva. Nessa situação, recomenda-se o tratamento agudo do estresse psicológico. A hipertensão arterial deverá ser tratada em ambulatório.

A crise hipertensiva pode ser dividida em urgência e emergência hipertensivas.

1) Urgências Hipertensivas

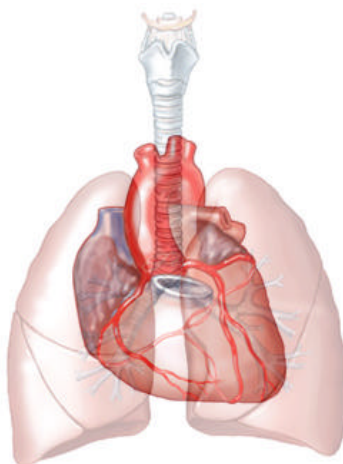
Nas urgências hipertensivas, os aumentos da pressão arterial (PA), por mais elevados que sejam, não estão associados a quadros clínicos agudos, como obnubilação*, vômitos, dispnéia

etc e portanto, não apresentam risco imediato de vida ou de dano agudo a órgãos-alvo (como, por exemplo, hipertensão acelerada e hipertensão perioperatória). Nessa situação, o controle da PA deve ser feito em até 24 horas. Inicialmente, a PA deve ser monitorizada por 30 minutos. Caso permaneça

nos mesmos níveis, preconiza-se a administração, por via oral, de um dos seguintes medicamentos: captopril, betabloqueador, clonidina ou diurético de alça.

2) Emergências Hipertensivas

Nas emergências hipertensivas, a crise é acompanhada de sinais que indicam lesões em órgãos-alvo em progressão, tais como encefalopatia hipertensiva, acidente vascular encefálico, edema agudo de pulmão, infarto do miocárdio e situações de hipertensão maligna ou de dissecação aguda da aorta. Nesses casos, há risco imi-





nente de vida ou de lesão orgânica irreversível, e os pacientes devem ser hospitalizados e submetidos a tratamento com vasodilatadores de uso endovenoso, tais como nitroprussiato de sódio ou hidralazina. Depois de obtida a redução imediata dos níveis de pressão, deve-se iniciar a terapia anti-hipertensiva de manutenção e interromper a medicação parenteral.

A hidralazina tem contra-indicação nos casos de cardiopatia isquêmica ou infarto do miocárdio e de dissecação aguda de aorta, por induzir ativação simpática (com taquicardia e aumento da pressão de pulso). Para as demais situações, nas quais os níveis tensionais, embora bastante elevados, não se acompanham de sintomas ou deterioração de órgãos-alvo, não caracterizando, portanto, situações de urgência ou emergência hipertensivas, está indicado o tratamento ambulatorial.(1)

Farmacoterapia oral nas Urgências Hipertensivas

A farmacoterapia oral é preferível em pacientes com urgências hipertensivas onde seja desejável a redução gradual da PA. Entre os fármacos mais utilizados atualmente para tratar urgências hipertensivas está o captopril (tabela anexa).

Um agente oral ideal deve ter: um gradual início de ação; uma redução da PA previsível por dose do fármaco; poucos efeitos adversos e desnecessidade de monitorização especial.

Com frequência, é mais apropriado iniciar com doses menores de agentes orais e administrar doses adicionais à medida da necessidade do que dar uma dose alta e correr o risco de induzir uma excessiva redução da PA. Esta atitude terapêutica conservadora é especialmente importante em pacientes sob alto risco de complicações hipotensivas, tais como: idosos, pacientes com doença vascular periférica, doença vascular extracraniana ou intracraniana (2).

Captopril

O captopril é um agente oral inibidor da enzima conversora da angiotensina que tem sido utilizada para urgências hipertensivas por mais de uma década. Vários estudos não controlados têm mostrado que é um fármaco que diminui efetivamente a PA em 15 a 30 minutos. Por exemplo, em um estudo, foi administrado 12,5 mg de captopril para 41 pacientes com idade média de 56 anos e pressão diastólica de mais de 120mmHg, a maioria dos pacientes (66%) tiveram uma redução da PA para menos de 100mmHg dentro de 30 minutos. Após 1 hora, uma segunda dose foi dada para 14 pacientes diminuindo a pressão sanguínea para menos de 100 mmHg em 86% dos pacientes (3). Tanto a rota sublingual quanto a oral tem efeitos similares sobre a PA e a atividade da renina plasmática, não havendo estudos que demonstrem a superioridade do captopril sub-



lingual sobre a via oral, devendo ser utilizada se a via oral não for factível (4).

Um estudo comparando o uso oral de nifedipino 20mg, nicardipino 25mg e captopril 25mg foi realizado em 65 pacientes com urgências hipertensivas não complicadas (5). Após a ingestão dos agentes antihipertensivos, por 6 horas, foram tomadas medidas da pressão sanguínea e do ritmo cardíaco. Dentro de 60 minutos, o nifedipino reduziu a PA: 74,7 mmHg na pressão sistólica e 35,4 mmHg na diastólica, em média, e aumentou em média o ritmo cardíaco em 11,6 bpm, dentro de 30 minutos. O nicardipino e o captopril produziram similares diminuições na pressão sistólica (-81,6 e -79,4 mmHg, respectivamente) e na diastólica (-37,3 e -33 mmHg, respectivamente). Para cada fármaco, o controle da pressão

sanguínea foi mantido por 6 horas após a ingestão, e todas as 3 drogas mostraram eficácia similar em controlar a pressão sanguínea.

Nifedipino

Embora a administração sublingual de nifedipino de ação rápida tenha sido amplamente utilizada para esse fim, foram descritos efeitos colaterais graves com esse uso (6) (7). A dificuldade de controlar o ritmo ou o grau de redução da PA e a existência de alternativas eficazes e mais bem toleradas torna o uso desse agente (nifedipino de curta duração de ação) não recomendável nessa situação (8).

Alguns trabalhos demonstram que é muito pouco absorvido por via sub-lingual.(8) (9).

Tabela. Fármacos orais utilizados em crise hipertensiva de pacientes ambulatoriais

Fármacos	Dose (mg)	Início da ação (min)	Duração (h)	Pico de ação (hs)	Efeitos adversos, cuidados.
Captopril	25 mg	15-30 VO 5-10 SL	4-6	SL 0,5-0,8 VO 1-2	Angioedema, insuficiência renal, evitar em estenose renal arterial
Atenolol	100mg	60	24	12-16	Redução mais gradual e prolongada na PA, evitar em asmáticos, bloqueio ou insuficiência cardíaca.
Clonidina	0,1-0,2 mg	30-60	4-6	2-4	Tontura, boca seca, evitar em pacientes com estado mental alterado.

Adaptado de Vancouver Hospital-Health Sciences Centre **Removal of immediate-release nifedipine from wardstock.** *Drug and Therapeutics Newsletter*, 4 (6), 1999.



Referências Bibliográficas

1-Praxedes JN, Machado CA, **Crises Hipertensivas: Urgências em Geriatria**, Papaléo Netto M, Brito FC, Editora Atheneu, 141-157, 2001.

2-Mansoor, G. A.; Frishman, W. H -**Comprehensive Management of Hypertensive Emergencies and Urgencies**, *Heart Dis* 4(6):358-371, 2002.

3-Castro del Castillo A, Rodriguez M, Gonzalez E, et al. **Dose-response effect of sublingual captopril in hypertensive crisis**. *J Clin Pharmacol*; 28: 667-670; 1988.

4-Gales MA **Oral antihypertensives for hypertensive urgencies**. *Ann. Pharmacother*,28:352-8;1994.

5-Komsuoglu V, Sengun B, Bayram A, Komsuoglu SS. **Treatment of hypertensive urgencies with oral nifedipine, nicardipine, and captopril**. *Angiology*. 12: 447-454.; 1991.

6-Rehman F, Mansoor GA, White WB. **"Inappropriate" physician habits in prescribing oral nifedipine capsules in hospitalized patients**. *Am J Hypertens*. 9(10 Pt 1): 1035-1039. 1996.

7-Grossman E, Messerli FH, Grodzicki T, Kowey P. **Should a moratorium be placed on sublingual nifedipine capsules given for hypertensive emergencies and pseudoemergencies?** *JAMA*. 276: 1328-1331; 1996.

8-Institut Català de Farmacologia e Universitat Autònoma de Barcelona. **El mito de la nifedipina sublingual en el tratamiento de la crisis hipertensiva** in *Butlleti Groc.*;4 (10); 1997.

9-van Harten J, Burggraaf K, Danhof M, et al. **Negligible sublingual absorption of nifedipine**. *Lancet*. 2: 1363-1365; 1987.

* Obnubilação: Redução discreta da capacidade de concentração, atenção e consciência· que podem ser observada em estágios iniciais de problemas cerebrais.

Clin-Alert é uma publicação técnico-científica do Centro de Informações sobre Medicamentos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Área Temática de Assistência Farmacêutica-Cogest.

Conselho Editorial: Carlos A. Machado, Chizuru M. Yokaichiya, Dirce C. Marques, Fabiola S. Vieira, Giane S. A. Oliveira, Sandra Ap. Jeremias, Vilberto C. Oliveira. **Redação:** Vilberto C. Oliveira. **Revisão Técnica:** Carlos Alberto Machado, cardiologista. **Colaborador desta edição:** Evaldo S. Kuniyoshi, CCD-Hipertensão-SMS.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAMENTOS-

SMS Fone: 3051- 8422 cim@prefeitura.sp.gov.br

Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 4805, 1º andar, sala 101, CEP 01401-002

