

Eurival Soares Borges

TRATAMENTO DA CRISE HIPERTENSIVA

INTRODUÇÃO

EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS EM HIPERTENSÃO

TERAPIA INICIAL

CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO AVC

CUIDADOS ESPECIAIS EM CRISE HIPERTENSIVA

INTRODUÇÃO

Por definição, as crises hipertensivas são divididas em emergências e urgências hipertensivas. As emergências hipertensivas são aquelas situações onde a rápida diminuição da pressão arterial faz-se necessário, embora não necessariamente para valores normais. Exemplos dessas situações são as cerebrovasculares (encefalopatia hipertensiva, hemorragia intracerebral e subaracnóidea, AVCI em transformação hemorrágica), cardiocirculatórias (angina instável, infarto agudo do miocárdio, falência aguda do ventrículo esquerdo com edema agudo dos pulmões, aneurisma dissecante da aorta), renais (insuficiência renal rapidamente progressiva) e outras como crise de feocromocitoma, eclâmpsia e síndrome Hellp. Nas urgências hipertensivas estão incluídas a hipertensão maligna e acelerada sem papiledema, as associadas com algumas doenças momentaneamente não complicadas como insuficiência coronariana, ICC, AVCI, aneurisma de aorta e também as hipertensões perioperatórias e as crises adrenérgicas leves. Somente pressão arterial elevada sem dano progressivo dos órgãos-alvo não é considerada crise hipertensiva. Muito se tem visto diagnósticos inadequados com potencial risco, devido ao uso de determinados medicamentos.

EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS EM HIPERTENSÃO

O termo "crise hipertensiva" corresponde a uma variedade de situações clínicas, que diferem entre si pela severidade dos níveis pressóricos e pela necessidade de se reduzir mais ou menos rapidamente a pressão arterial. Assim, crise hipertensiva é arbitrariamente definida como qualquer elevação da pressão arterial diastólica acima de 120 mmHg acompanhada de sintomas a ela relacionados. Não devemos confundir com pseudocrise hipertensiva, que são situações onde o paciente encontra-se com níveis tensionais diastólicos elevados, isto é, iguais ou até mesmo acima de 120 mmHg, sem queixas ou com uma simples cefaléia que melhora com dipirona venosa. É de consenso geral que devido ao risco de vida e de deterioração rápida dos órgãos-alvo, as emergências hipertensivas requerem tratamento intensivo no sentido de reduzir a pressão arterial, não necessariamente para os valores normais, porém o mais rápido possível, com a finalidade de se impedir a progressão da lesão do órgão-alvo e proteger a vida. Ao contrário, na urgência hipertensiva o risco de deterioração de órgãos-alvo é remota, podendo então ter seus níveis pressóricos reduzidos à normalidade num período de 24 horas. As drogas de uso parenteral são as melhores opções para as emergências hipertensivas e estão listadas abaixo. As urgências hipertensivas podem ser tratadas com drogas de uso oral, sem ansiedade por parte do médico em diminuir rapidamente os níveis pressóricos. Embora a nifedipina de uso sublingual ainda raramente esteja sendo usada no tratamento das urgências hipertensivas, os seus graves efeitos colaterais como taquicardia reflexa e queda brusca da pressão arterial, e também a incapacidade de manejá-los, fazem com que a nifedipina não seja recomendável para essa finalidade.

TERAPIA INICIAL

Devido ao fato de que na HAS crônica a auto-regulação de determinados órgãos (coração, cérebro e rins) podem passar de 80-120 para 120-180 de pressão arterial média, devemos diminuí-la inicialmente de 20 a 25%.

Tabela I - Tratamento das crises hipertensivas - medicamentos de uso parenteral.

Medicamento	Dosagem	Início de ação	Duração
Nitroprussiato de sódio	0,25-10 ug/Kg - IV	Instantâneo	1-2 minutos
Nitroglicerina	5-100 mcg/min - IV	2-5 minutos	3-5 minutos
Diazóxido	50-150 mg - bolo IV 15-30 mg/min – infusão IV	2-4 minutos	6-12 horas
Hidralazina	10-20 mg – bolo IV 10-40 mg – IM 6/6 hs	10 minutos 20-30 minutos	3-8 horas

Enalaprilato*	0,625-1,25 mg - IV	15 minutos	6-24 horas
Fentolamina	5-15 mg – IV	1-2 minutos	3-10 minutos
Labetalol*	20-80 mg – bolo IV 2 mg/min – infuso IV	5-10 minutos	3-6 horas
IV = intravenoso; IM = intramuscular *Não disponível no Brasil.			

Tabela II - Tratamento das crises hipertensivas - medicamentos de uso oral.

Medicamento	Dosagem	Início de ação	Duração
Captopril	25-50 mg	15-30 minutos	4-6 horas
Nifedipina*	5-10 mg	5-15 minutos	3-5 horas
Clonidina	0,2 mg inicialmente 0,1 mg/hora até 0,8 mg	30 minutos	6-8 horas
Labetalol**	200-400 mg	30 minutos	8-12 horas
*mais risco que benefício		**Não disponível no Brasil.	

CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO AVC

Deverá ser realizado com muito critério, devendo ser reservado àqueles que tem pressão extremamente elevada, àqueles que vão ser submetido à trombólise, ou com outras indicações clínicas concomitantes : IAM, Dissecção da Aorta, Encefalopatia Hipertensiva e falência de VE. No início reduzir não mais que 20-25% da PAM (PAM = PAS+2x PAD / 3).

A = Nitprussiato: Iniciar com 0,5 micrg/kg/min, até queda de 10 a 20 % da PA.

B = Labetalol: 10 a 20 mg EV em 1 a 2 min, se necessário repetir em 20 min até atingir dose total de 150 mg ou após a primeira dose, manter em 2 a 8 mg/min.

C = Só tratar em vigência de outras complicações clínicas.

I : AVCI que não são candidatos à Trombolíticos :

NÍVEL DA PA	TRATAMENTO (A,B,C)
PAD > 140 mg	A
PAS > 220 + PAD 120-140 mg	B
PAS < 220 + PAD < 120	C

II : AVCI que são candidatos à Trombolíticos : (se não cair a PA, estará C.I.)

NÍVEL DA PA	TRATAMENTO (A,B,C)
PAD > 140 mg	A
PAS >230 + PAD 121-140 mg	B
PAS 180-230 ou PAD 105-120 mg	B
PAS > 185 ou PAD > 110 mg	B

III = AVC Hemorrágico :

NÍVEL DA PA	TARATAMENTO (A,B,C)
PAS > 230 ou PAD >120 mg	A ou Nitroglicerina (10-20 micr/min)
PAS > 180 ou PAD > 105 mmhg	B

** Caso saiba que a PA de antes era normal, deve-se chegar próximo a ela nas primeiras horas da hemorragia.

** Após a emergência, evidências confirmam que os IECA podem restaurar a auto-regulação do fluxo cerebral.

CUIDADOS ESPECIAIS EM CRISE HIPERTENSIVA

- Enquanto indivíduos com circulação normal podem tolerar rápidas quedas da pressão arterial para níveis hipotensores, os pacientes com hipertensão arterial crônica, com doença cerebrovascular e os pacientes idosos tendem a piorar. Assim, nas primeiras horas, é prudente reduzir os níveis diastólicos para 100 mmHg a 110 mm Hg, ou 25% da pressão arterial média.

- Quando o nitroprussiato de sódio é metabolizado a cianeto, a toxicidade pode se manifestar por fadiga, náuseas, desorientação, psicose, ou acidose metabólica. Havendo suspeita de toxicidade, o nitroprussiato deve ser descontinuado e 4 a 6 mg de uma solução a 3% de nitrito de sódio deve ser administrada por via endovenosa durante 2 a 4 minutos, seguidos pela infusão de 50 ml de uma solução de tiosulfato de sódio a 25%.

- Embora seja mais rara a administração oral de hipotensores nas emergências e urgências, essa prática é muito frequente nos pacientes que têm níveis pressóricos elevados e não se encontram em tais circunstâncias. Igualmente ao já demonstrado com o uso de nitroprussiato o uso indiscriminado de hipotensores orais, de ação rápida, pode precipitar rápido e não desejado decréscimo na pressão arterial para níveis hipotensores.

Metas de controle da pressão arterial:

<u>Situação</u>	<u>Meta</u>
Encefalopatia Hipertensiva	20-25% da PAM ou PAD = 100 a 120 mmHg
Hemorragia Cerebral	20-25% da PAM ou PAS = 160 a 140 mmHg
Hemorragia Subaracnóide	20- 25% da PAM
AVCI	PAS = 185 mmHg/ PAD =110 mmHg
ICC	20-25% da PAM ou PAD = 100
IAM	20-25% da PAM ou PAD = 100
Angina Instável	20-25% da PAM ou PAD = 100
Dissecção Aórtica	PAS = 120 a 100 mmHg, se for tolerado
Crise Adrenérgica	PAS = 120 a 100 mmHg, se for tolerado
HA maligna/acelerada	20-25% da PAM ou PAD = 110 a 100

Drogas de escolha para Emergências ou Urgências Hipertensivas

<u>Situação</u>	<u>Escolha</u>	<u>Contra-Indicação relativa</u>
Encefalopatia hipertensiva	Nitroprussiato	Inibidores adrenérgicos
Hemorragia Intracraniana	Nitroprussiato, Labetalol EV	Diazóxido, Nifedipina
AVCI	Nitroprussiato, Labetalol EV	Diazóxido, Nifedipina
EAP	Nitroprussiato ou nitroglicerina+diurético alça	Betabloq., Verapamil
ICC	IECA, diidropiridínico + diurético alça	Betabloq., Verapamil
IAM, Angina Instável	Nitroglicerina ou nitroprussiato + betabloq.	Diazóxido, hidralazina
Dissecção aórtica	Nitroprussiato + betabloq. ou trimetafan	Diazóxido, hidralazina, nifedip.
Hipert. perioperatória	Nitroprussiato, nitroglicerina, betabloq., bloqueador de cálcio, IECA -	
HAS maligna/acelerada	IECA, betabloq., bloq. de cálcio, clonidina	Diurético de alça
Crise adrenérgica	Alfabloqueadores ou nitroprussiato + betabloq.	Betabloqueadores isolados

Leituras recomendadas:

1 - Heart Disease – Braunwald, 5 Edition

2 - Furberg CD, Psaty BM, Meyer JV. Nifedipine: dose related increase in mortality in patients with coronary heart disease. Circulation 1995;92:1326-31.

3 - Encontro multicêntrico sobre crises hipertensivas, Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão, volume 4, 2001; 24-41.