

ANTI-HIPERTENSORES EM ENFERMAGEM GERAL

*Djair Daniel Nakamae**

NAKAMAE, D. D. — Anti-hipertensores em enfermagem geral. *Rev. Esc. Enf. USP*, 11(1):20-27, 1977.

A autora faz comentários sobre os agentes anti-hipertensivos mais usuais na enfermagem, dando especial enfoque à participação da enfermeira, que desempenha papel cada vez mais relevante para o pleno sucesso da prescrição médica.

A participação da enfermeira na terapêutica medicamentosa se vem tornando cada vez mais efetiva para o pleno êxito da prescrição médica. Muitas vezes uma só informação daquela é suficiente para o médico alterar a conduta até então seguida. Isso parece ser particularmente verdadeiro no caso dos anti-hipertensores, em que a enfermeira ajuda na seleção de agentes, pela rigorosa atenção à dose na fase de ajustamento, controle dos efeitos benéficos e dos secundários indesejáveis, bem como da motivação do paciente para uma participação adequada.

O tratamento medicamentoso anti-hipertensivo tem sido dirigido a todos os pacientes portadores de hipertensão arterial de causa reconhecida ou de causa irreconhecível. O último caso engloba aproximadamente 85 a 90% da população de hipertensos, segundo estatísticas recentes. Assim, vê-se que se trata de uma terapêutica sintomática, cuja causa é, na maior parte das vezes, desconhecida tanto para o médico, que decide e prescreve o tratamento, quanto pela enfermeira, que administra e controla seus efeitos.

Os anti-hipertensores englobam um grupo bem amplo. Na enfermagem, geralmente, trabalha-se com um número bem restrito, pois

* Professor Assistente da Disciplina Enfermagem Médica da EEUSP.

sua eficiência ainda está limitada, em grande parte, pelos efeitos colaterais ou secundários que tais drogas costumam apresentar. Entre os mais usados na clínica contam-se a reserpina, derivados tiazídicos, alfametildopa e alguns anti-adrenérgicos. Mais recentemente muitas drogas vêm sendo lançadas no mercado, mas na prescrição médica pouco aparecem. Justificam alguns médicos, que elas ainda não oferecem segurança suficiente, porque a eficiência terapêutica está pouco comprovada pelo uso e o mecanismo de ação, às vezes, pouco esclarecido. Além disso, os preços elevados afastam o paciente do uso. Neste trabalho consideram-se as drogas de uso rotineiro nas enfermarias de qualquer hospital, ficando as outras para artigo subsequente.

A maioria dos autores define hipertensão arterial como sendo “a elevação persistente da pressão diastólica (mínima) acima de 100 mmHg em pessoas com mais de 60 anos e acima de 90 mmHg em pacientes com menos de 50 anos” KRUPP & CHATTON (3). Hemodinamicamente caracteriza-se a hipertensão pela redução de calibre arteriolar, levando em consequência a um aumento da resistência periférica. Portanto, o fenômeno hipertensivo é anatômico. Sabe-se que em cerca de 90% dos casos a causa não é detectável, ou quando detectável não é removível. Assim sendo, a medicação anti-hipertensiva, quando corretamente prescrita e administrada, eleva os anos de vida, limitando os riscos inerentes à pressão alta.

Estudos têm mostrado que a hipertensão se mantém assintomática durante muitos anos (de dez a vinte) evoluindo sem tratamento ou com tratamento inadequado para complicações cardíacas, acidente cérebro-vascular trombótico ou hemorrágico e insuficiência renal.

A seleção do agente anti-hipertensivo é individual para cada paciente, pois está na dependência da resposta ao tratamento, tolerância ao medicamento e na capacidade do paciente para cooperar. Nesses três aspectos tem a enfermeira participação efetiva. E será tanto mais eficiente quanto melhor conhecer o mecanismo de ação da droga no organismo do paciente, pois desse conhecimento podem-se deduzir os efeitos clínicos benéficos esperados e que devem ser devidamente controlados para que atinjam o grau ótimo e aí se mantenham. Da mesma forma, o conhecimento do mecanismo de ação das drogas permite avaliar os efeitos secundários indesejáveis, muitas vezes temíveis. O controle de seu surgi-

mento e evolução, encaminhamento precoce ao médico e orientação adequada ao paciente de como deve se cuidar e quando comunicar alterações colocam a assistência de enfermagem num ponto estratégico, facilitando o encaminhamento e o êxito terapêutico do médico clínico.

Na hipertensão primária a terapêutica é dirigida predominantemente à inibição do tono vasomotor adrenérgico e por este mecanismo reduzir a pressão arterial.

A ação dos tiazídicos

O efeito diurético dessas drogas se faz sentir na diminuição do volume extracelular e plasmático reduzindo assim o débito cardíaco, que conseqüentemente interfere na diminuição da pressão arterial. Tais drogas potencializam ainda a ação de outros anti-hipertensores. Estudos mostram que têm ação direta sobre a musculatura lisa das arteríolas (vasos de resistência), diminuindo o tono vasoconstritor simpático. Pensa-se que essa ação seja devida à diminuição de água, sódio e potássio da parede arteriolar com o que promove redução da utilização da catecolamina arteriolar. Os autores afirmam que não atuam sobre os vasos de capacitância, portanto permitem adequado retorno venoso, sem acumulação venosa e hipotensão postural na posição ereta. Contudo, seu efeito hipotensor é fraco. Precisam ser combinados com agentes mais poderosos na hipertensão moderada ou grave.

A seguir, mencionam-se seus efeitos colaterais mais comuns: a hiperurecemia, por inibir parcialmente a eliminação do ácido úrico pelas células do túbulo distal no rim, o que leva a contraindicar esse medicamento na gota; a hipopotassemia, decorrente de sua ação bloqueadora da reabsorção de sódio na alça de Henle, promovendo um aporte maior deste eletrólito na luz tubular distal, do que resulta maior permuta entre sódio e potássio, retendo o primeiro e excretando o segundo na urina.

Dentre os tiazídicos mais usuais estão a Dehidroclorotiazida (Clorana), Clorotiazida (Clotride) e Hidroclortiazida (Esidrex) e outros mais.

Reserpina com restrições

É uma preparação de rauwolfia que, segundo KRUPP & CHATTON (3) é em geral menos eficaz que os diuréticos tiazídicos e cujos efeitos colaterais causam maiores transtornos. A redução dos níveis pressóricos, tanto pela reserpina como pelo diurético, é lenta, levando semanas para manifestar todo o seu efeito.

Promove depressão das catecolaminas reduzindo assim as reservas periféricas e centrais. Inibe na periferia o tono simpático aí predominante, fazendo cair a resistência arteriolar. Reduz também o débito cardíaco e renal. Com isso esperam-se os efeitos clínicos benéficos na redução da pressão arterial. A bradicardia que ocorre por diminuição da atividade dos nervos cardioaceleradores é útil na taquicardia sinusal e nas palpitações dos hipertensos.

Há inibição específica dos centros vasomotores diencefálicos, o que faz diminuir o teor de serotonina, responsável pelo estado de depressão, sonolência e apatia a que são levados alguns pacientes. Esse efeito sedativo é especialmente desejável nos pacientes com forte componente neurotônico e ansioso, portadores de insônia e irritabilidade.

Os efeitos secundários desagradáveis são verificados com doses fortes e usadas por tempo prolongado. Destes, merecem maior atenção da enfermeira a depressão que pode levar o paciente ao suicídio, como já tem sido relatado na literatura médica e de enfermagem. Úlceras gastroduodenais também podem ocorrer por estimulação da secreção gástrica provocada pela droga, com hemorragias, muitas vezes, graves.

Os efeitos colaterais menores, aos quais a enfermeira deve estar igualmente atenta são: astenia e sonolência, congestão e obstrução nasal, sudorese e diarréia provenientes da predominância do parassimpático.

O aparecimento desses efeitos, quando controlados pela enfermeira e encaminhados precocemente ao médico, resultará num maior cuidado deste com as doses.

Preferência pela alfametildopa

Encontrada no mercado com o nome de Aldomet, a alfa-metildopa é o medicamento de primeira escolha para hipertensos com depressão psíquica e comprometimento renal. É indicado no tratamento de hipertensão arterial moderada e tem sua ação situada entre a reserpina e a guanetidina. Mostra-se um eficaz agente anti-hipertensivo, capaz de reduzir a pressão arterial na posição deitada e ereta.

Atua reduzindo a produção de catecolaminas, principalmente na periferia, aumentando o fluxo sanguíneo renal, protegendo, portanto, a função do rim na insuficiência renal e inibindo a produção de renina.

A metildopa é largamente excretada pelo rim. Por isso, os pacientes com insuficiência renal podem responder a doses menores do que aqueles com função renal normal.

É preciso que se esteja atenta aos efeitos colaterais, como secura na boca e diarreia devidos à predominância parassimpática. Muitos pacientes experimentam sedação por dois ou três dias quando se inicia o tratamento ou quando se aumenta a dose. Deve-se esperar que aquela desapareça após atingir a dose eficaz de manutenção. Há referência na literatura de que, embora raros, a anemia hemolítica e o Coombs positivo podem ocorrer. Esses fenômenos parecem decorrer da dose, pois registrou-se incidência mais baixa em pacientes que receberam diariamente 1 grama ou menos de metildopa. Como prevenção a enfermeira deve estar atenta aos sinais clínicos e laboratoriais, que revelam as alterações citadas.

A potente guanetidina

Lançada no Brasil com o nome de Ismelina, a guanetidina pertence ao grupo dos anti-hipertensivos mais potentes e é reservada para uso na hipertensão grave. Sua ação se dá no sistema nervoso periférico, impedindo a passagem do impulso simpático das fibras terminais ao órgão efector. Em outras palavras, trata-se de um bloqueador seletivo simpático, que impede a ação da noradrenalina pressora. Assim, há somente diminuição do espasmo arteriolar e do tono nervoso, reduzindo

consideravelmente o retorno sanguíneo ao coração, com conseqüente diminuição do débito cardíaco. Isso ocorre principalmente na mudança da posição deitada para a ereta. A diminuição do débito cardíaco leva a uma redução do fluxo sanguíneo renal e da filtração glomerular, sendo, portanto, contra-indicado o seu uso na insuficiência renal.

Constituem seus efeitos colaterais ou indesejáveis a obstrução nasal, diarreia, náuseas e vômitos, ocorrendo esses últimos pelo predomínio do sistema nervoso parassimpático na motilidade digestiva. Além da hipotensão ortostática aparece também a hipotensão após exercício (mais pela manhã), acompanhada de tontura, desânimo e turvação da vista. O efeito hipotensor é acentuado pelo álcool, por ambiente quente e por outras influências vasodilatadoras. Em alguns pacientes ocorre a supressão da ejaculação, embora não modifique o orgasmo e a ereção. A retenção hidrossalina pode também ocorrer, em função da queda do fluxo glomerular.

Trata-se de droga que se armazena no corpo, com efeito cumulativo. Demora de oito a dez dias para produzir o efeito desejado, não sendo por isso utilizada em emergências hipertensivas.

A hipotensão ortostática é o efeito secundário mais evidente, razão por que se aconselham os pacientes a permanecerem certo tempo em posição sentada, antes de se levantarem do leito. Os pacientes devem dormir com a cabeceira da cama em posição elevada, a fim de evitar a hipotensão ortostática matinal e para se conseguir ação máxima durante as 24 horas, na fase de ajustamento da dose.

A indispensável cooperação

Caracterizada a participação da enfermeira na administração da droga prescrita e na detecção, controle, evolução dos efeitos farmacológicos, tanto benéficos como secundários, e encaminhamento precoce ao médico, resta por em relevo um aspecto da assistência, talvez o mais importante: a orientação do paciente. Visa a obter plena colaboração deste por tempo indefinido, ou melhor por toda a vida. É preciso, antes de tudo, assinalar que a interrupção do tratamento se deve em grande parte à carência de informação adequada por parte do paciente, mal-estar causado pelos efeitos colaterais da medicação, sensação de cura

após a medicação, falta de apoio familiar, alto custo das drogas, recusa em considerar-se doente, tratamento de longo prazo, baixo nível cultural impedindo a perfeita compreensão do problema.

O tema básico para motivar o paciente consiste no esclarecimento acerca dos riscos inerentes à evolução natural da hipertensão a longo prazo e das possibilidades de prevenir tais riscos. Aqui vale muito a habilidade da enfermeira em saber situar o problema em cada caso individual, em termos de alerta e de esperança. Pickering, por exemplo, condena a atitude dos médicos que amedrontam seus pacientes, realçando a gravidade da situação e a possibilidade de súbitas complicações, caso não sigam rigorosamente o tratamento. Essa atitude poderá aumentar a tensão emocional e constituir-se em fator de persistência da hipertensão.

O hipertenso, geralmente, é um indivíduo de personalidade peculiar, necessitando de amparo psicológico freqüente. Se a enfermeira está verdadeiramente convencida de que a redução dos níveis pressóricos é benéfica ao paciente, sentirá que é sua obrigação encontrar uma forma de fazer com que ele prossiga com o tratamento sem nenhuma interrupção. Deve informá-lo que a hipertensão, em geral, não representa risco iminente, mas que pode contribuir para o surgimento de complicações a longo prazo. É essencial motivar o paciente para tomar os medicamentos, com afirmativas integralmente verdadeiras: “os remédios não curam, apenas controlam a pressão arterial e prolongam a vida”. Para essas informações é preciso criar um clima de confiança, conscientizá-lo, sem assustar, da absoluta necessidade de cooperar no tratamento. Há que ouvir com paciência suas queixas quanto ao efeito das drogas para instruí-lo a respeito do fato de que alguns sintomas que aparecem no início do tratamento se devem à medicação e serão aliviados à medida que as doses venham a ser ajustadas.

Conquistar a participação esclarecida do paciente talvez seja a maneira mais efetiva da enfermeira contribuir para o pleno êxito da terapêutica anti-hipertensiva. Corre-se o risco de perder, após a alta, toda a exaustiva assistência realizada na enfermaria, se o paciente é abandonado à sua própria decisão sem clara compreensão da gravidade do problema e ignorando como cuidar-se. Isso, porém, não ocorrerá, se, uma vez plenamente informado, o paciente tornar-se participante, assumindo o lugar da enfermeira no seu auto-cuidado, retornando às consul-

tas periódicas para avaliação clínica e laboratorial, tomando regularmente a medicação prescrita e controlando os efeitos benéficos e adversos.

NAKAMAE, D. D. — Anti-hipertensive agents en general nursing. *Rev. Esc. Enf. USP*, 11(1):20-27, 1977.

The author comments about the more commonly used anti-hipertensive agents in the nurse-yard, emphasizing the nurse's participation which becomes gradually more important for the complete success of the medical prescription.

BIBLIOGRAFIA

1. CHIAVERINI, R. — Hipertensão arterial. *Atualidades Médicas*: 53-61, dez. 1975.
2. GOODMAN, L. S. & GILMAN, S. — *As bases farmacológicas da terapêutica*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1973.
3. KRUPP, M. A. & CHATTON, M. J. — *Diagnóstico clínico y tratamiento clínico*. México, Editorial El Manual Moderno, 1976.
4. SAAD, E. A. — Tratamento da hipertensão arterial. *Revista Cardiologia Atual*, Suplemento de Atualidades Médicas, maio, 1974.