

## EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

*Data de aceite: 02/10/2023*

**Giovanna Buffo**

<https://orcid.org/0000-0002-2954-5333>

### INTRODUÇÃO

As crises hipertensivas são definidas por aumentos súbitos na pressão arterial (PA), manifestando com níveis de PA sistólica  $\geq 180$  mmHg e diastólica  $\geq 120$  mmHg, e que podem resultar ou não em lesões de órgãos-alvo (LOA) - coração, cérebro, rins e artérias. Podem se apresentar sob duas formas distintas: Emergência Hipertensiva (EH) - elevação acentuada da PA associada à LOA e risco imediato de morte e Urgência Hipertensiva - elevações da PA sem LOA e sem risco iminente de morte.

**Palavras-chave:** Hipertensão; Lesão de órgão-alvo; Complicações

### Epidemiologia

Estima-se que existe cerca de 1 bilhão de pessoas no mundo portadoras de hipertensão arterial sistêmica (HAS),

sendo que aproximadamente 1% dessa população, em algum momento de sua vida, apresentaram uma elevação acentuada da PA, caracterizando uma crise hipertensiva. A epidemiologia paralela à distribuição da hipertensão essencial tem elevada incidência entre os idosos e os afro-americanos, sendo os homens afetados duas vezes mais do que as mulheres.

### Diagnóstico

As manifestações da EH podem ser um por um evento cardiovascular, cerebrovascular, renal ou na gestação. Sendo assim, podem ser classificadas em: encefalopatia hipertensiva; dissecação aguda da aorta; edema agudo do pulmão (EAP) com falência ventricular esquerda; acidente vascular encefálico (AVE), síndrome coronariana aguda (SCA) e pré-eclâmpsia/eclâmpsia.

1. Encefalopatia hipertensiva: os sinais e sintomas resultam do edema cerebral, caracterizando uma sintomatologia neurológica associada à hipertensão

arterial severa, sendo possível citar: cefaleia, náuseas, vômitos, confusão mental, convulsões, letargia e coma. Alterações visuais inespecíficas, tais como escotomas visuais e borramento de visão também podem ser vistos. O exame de fundo de olho auxilia no diagnóstico ao evidenciar papiledema (sinal indireto de hipertensão intracraniana).

2. **Dissecção Aguda da Aorta:** é uma condição grave cujo diagnóstico preciso precoce é fundamental para a sobrevivência do paciente. Os sinais e sintomas dependem da extensão da dissecção e das estruturas cardiovasculares acometidas, sendo o quadro clínico, em sua maioria, caracterizado por dor torácica retroesternal de início agudo, de forte intensidade, com irradiação para as costas, algumas vezes irradiado para o abdome, associado à sudorese, palidez cutânea e taquicardia.
3. **EAP com falência ventricular esquerda:** um dos fatores desencadeadores é a elevação pressórica aguda resultando na incapacidade do músculo cardíaco em elevar seu débito diante dessa situação. O diagnóstico costuma ser fácil devido ao modo como ele se instala, com dispneia intensa, taquipnéia, tosse com expectoração abundante, espumosa, rosada ou sanguinolenta. O paciente geralmente encontra-se sentado, com fácies angustiadas, pálido ou cianótico, com sudorese abundante.
4. **AVE:** o acidente vascular encefálico é uma doença frequente e muito grave, podendo manifestar-se de dois tipos. O AVE isquêmico ocorre quando há obstrução arterial por embolia ou trombose, levando a morte celular por falta de oxigenação. Já o AVE hemorrágico se manifesta devido à ruptura do encéfalo, levando a hemorragia. Os sintomas variam de acordo com o tipo de AVE, a parte do cérebro afetada e a gravidade da lesão. Geralmente, os sintomas começam subitamente sendo o sinal evidente de imediato, como fraqueza ou paralisia de alguma parte do corpo, com ou sem cefaleia.
5. **SCA:** as síndromes coronarianas agudas resultam da obstrução aguda de uma artéria coronária. As consequências dependem do grau e local da obstrução, variando em angina instável, IAM (com ou sem elevação de segmento ST) e morte cardíaca súbita. Os sintomas se assemelham e envolvem desconforto torácico associado ou não a dispneia, náuseas e sudorese.
6. **Pré-eclâmpsia/eclâmpsia:** a pré-eclâmpsia é uma doença exclusiva da gestação humana e se caracteriza pelo aparecimento de hipertensão ( $\geq 140/90$  mmHg) e excesso de proteína na urina após a 20ª semana de gestação. Eclâmpsia são convulsões que ocorrem em mulheres com pré-eclâmpsia e que não apresentam outra causa.

## Tratamento

Por apresentarem elevação acentuada da pressão, lesão de órgão-alvo e risco iminente de morte, as emergências hipertensivas requerem redução moderada/rápida e gradual dos níveis tensionais, com monitoração intensiva e uso de medicamentos endovenosos através de acessos venosos periférico e, quando necessário, centrais.

Diante da suspeita de encefalopatia hipertensiva faz-se necessário a realização de uma tomografia computadorizada (TC) para exclusão de diagnósticos diferenciais e, após a confirmação, o tratamento será com a administração de vasodilatadores parenterais de ação rápida e com curta duração, como o nitroprussiato de sódio.

Visto que o exame clínico e os testes laboratoriais não são suficientes para completo diagnóstico de dissecação da aorta, os estudos de imagem, como radiografia de tórax, angiotomografia, angiorressonância e ecocardiograma transesofágico, são fundamentais para sua confirmação. O tratamento clínico é baseado no controle da dor, da frequência cardíaca e da PA, diminuindo a velocidade de contração ventricular e o stress na parede da aorta e, minimizando a propagação da dissecação. O tratamento cirúrgico pode ser a abordagem de escolha em alguns casos.

Nos casos de EAP, a primeira medida terapêutica consiste em fornecer oxigênio por meio de máscaras faciais, cânula nasal ou máscaras de pressão positiva. Às vezes, é necessário recorrer a ventiladores mecânicos para diminuir o esforço respiratório. A redução do volume circulante com diurético de alça e fármacos vasodilatadores também é uma medida crucial a ser realizada. Além disso, deve-se tratar a causa de base conforme protocolo específico.

Na presença de sinais clínicos sugestivos de AVE, deve-se procurar imediatamente um serviço especializado e realizar uma tomografia computadorizada. O tratamento é variável, a depender do tipo de AVE, da extensão da lesão, estabilidade clínica e hemodinâmica do paciente e seu respectivo nível pressórico. Para o AVE isquêmico, o tratamento mais eficaz é a trombólise medicamentosa.

Nem todos os pacientes com SCA e hipertensão são considerados hipertensos, dessa forma, a sedação e a analgesia podem reduzir os níveis pressóricos, evitando o uso de fármacos anti-hipertensivos. Os betabloqueadores são usados de rotina e, em casos de elevação sustentada de PA, associam-se fármacos vasodilatadores parenterais. Em alguns casos, pode ser realizada trombólise ou angioplastia.

Nos casos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, o parto pode representar a cura da doença da mãe. O uso de fármacos anti-hipertensivos está indicado para os casos com pressão sistólica e/ou diastólica  $\geq 150$  e  $95$  mmHg, respectivamente. Para valores de pressão sistólica e diastólica  $\geq 170$  e  $110$  mmHg, respectivamente, está configurada a emergência hipertensiva, sugerindo a necessidade de internação.

## **O que leva o paciente ao pronto socorro**

O quadro clínico agudo, cujos sintomas começam de algumas horas a alguns dias, no máximo, é o principal fator que leva o paciente a procurar um setor de urgência e emergência, como o pronto socorro. Esses pacientes buscam providências imediatas, seja por uma dor intensa, dispneia, alterações de fala e/ou coordenação motora, um incômodo

significativo ou pelo risco de agravamento de uma doença de base, ameaçando a vida do paciente.

## **Orientações ao paciente do pronto socorro**

Na alta hospitalar deve-se orientar o paciente quanto ao risco do agravamento da patologia de base, no caso, da hipertensão arterial sistêmica, além de salientar ao paciente a importância de manter um cuidado e tratamento continuado, com exames de rotina e consultas frequentes. O uso de fármacos em domicílio, quando necessário, é de extrema importância para manter os níveis pressóricos controlados.

## **REFERÊNCIAS**

1. Deshmukh A, Kumar G, Kumar N, et al. Effect of joint national committee VII report on hospitalizations for hypertensive emergencies in the United States. *Am J Cardiol.* 2011;108(9):1277-82.
2. Bennett NM, Shea S. Hypertensive emergency: case criteria, sociodemographic profile, and previous care of 100 cases. *Am J Public Health.* 1988;78(6):636-40.
3. Sousa MG, Passarelli Júnior O. Emergências hipertensivas: epidemiologia, definição e classificação. *Rev Bras Hipertens vol.* 21(3):134-139, 2014.
4. Meneses ABTA de, Ledesma ZPC, Xavier LF de M, Lima PIM de, Prúcoli JP de S, Casco JGC. Encefalopatia Hipertensiva: manifestações clínicas e manejo terapêutico: Hypertensive Encephalopathy: clinical manifestations and therapeutic management. *Braz. J. Develop.* [Internet]. 2022 Nov. 23 [cited 2023 Apr. 4];8(11):74453-64.
5. Abreu LCS de. Edema agudo de pulmão: principais condutas de enfermagem. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.* Ano 04, Ed. 02, Vol. 02, pp. 70-79. Fevereiro de 2019. ISSN: 2448-0959.
6. Melvinsdottir IH, Lund SH, Agnarsson BA, Sigvaldason K, Gudbjartsson T, Geirsson A. The incidence and mortality of acute thoracic aortic dissection: results from a whole nation study. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2016;50(6):1111-17.