

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 ≥ 180 mmHg e diastólica ≥ 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 ≥ 150 e 95 mmHg, respectivamente. Para valores de pressão sistólica e diastólica ≥ 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.