

Crise hipertensiva: definição, epidemiologia e abordagem diagnóstica

Roberto J. S. Franco

Resumo

Crise hipertensiva designa uma condição de elevação rápida e sintomática da pressão arterial com risco de deterioração de órgão-alvo ou de vida em potencial. Constitui na emergência clínica mais freqüente nos prontos-socorros e podem exigir ação rápida com necessidade de internação em terapia intensiva no caso de emergência hipertensiva. Na maioria das vezes, a lesão em órgão nobre pode ser

mais importante que o nível da pressão arterial. É complicação que reflete a precariedade do tratamento crônico da hipertensão e acomete populações menos favorecidas, de baixa renda e escolaridade e atendimento primário ineficaz. O exame de fundo de olho é fundamental para estabelecer o diagnóstico. O controle crônico da pressão arterial é o melhor método para diminuir a incidência de urgências e emergências hipertensivas.

Palavras-chave: Crise hipertensiva; Emergência hipertensiva; Urgência hipertensiva.

Recebido: 10/10/02 – Aceito: 13/11/02

Rev Bras Hipertens 9: 340-345, 2002

Introdução

O termo crise hipertensiva abrange uma série de situações clínicas com graus diferentes de severidade de elevação da pressão arterial (PA). A definição exata do quadro em urgência ou emergência pode ter conseqüências quanto à escolha do tratamento. Em algumas circunstâncias o fator determinante seria a severidade ou rapidez da elevação da PA. Em outras, a relevância depende da natureza da complicação médica subjacente.

A definição de urgência ou emergência não pode ser feita pelo

valor da PA, do mesmo modo que a necessidade imediata de tratamento. Crise hipertensiva pode ser o resultado de aumento extremo da PA como na hipertensão arterial maligna ou da elevação aguda da PA em indivíduo previamente normotenso.

Um adolescente com glomerulonefrite aguda pode desenvolver encefalopatia hipertensiva ou uma mulher grávida com edema e proteinúria pode apresentar convulsão da eclâmpsia com níveis pressóricos de apenas 160/100 mmHg. Ambos são considerados como emergência e devem ser tratados como tais. A hipertensão pode

estar complicando uma doença concomitante como no infarto do miocárdio e no aneurisma dissecante da aorta. Também nessas situações graus modestos de elevação da PA irão necessitar tratamento imediato.

Por outro lado, PA de 240/140 mmHg em paciente de 50 anos assintomático, sem evidência de dano a órgão-alvo pode não necessitar de terapia anti-hipertensiva parenteral ou, até mesmo, nem necessitar de hospitalização se puder ser acompanhado de perto.

Muitas vezes a PA elevada pode não ser considerada como crise

Correspondência:

Roberto J. S. Franco
Centro de Hipertensão Arterial
Disciplina de Nefrologia
Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP
CEP 18618-000 – Botucatu, SP
Tel.: (14) 6822-2969
E-mail: rjfranco@fmb.unesp.br

hipertensiva e pode haver risco se a redução pressórica for rápida e feita de maneira intempestiva. Exemplos clínicos incluem hipertensão crônica e severa assintomática, com fundo de olho grau I ou II, em paciente idoso, causando acidente vascular cerebral isquêmico como iatrogenia do tratamento. Também elevações pressóricas associadas à ansiedade e pseudo-hipertensão podem simular um quadro de crise hipertensiva.

Avanços na farmacoterapia permitem reduções agudas da PA na maioria dos casos. Sempre deve ser considerado o equilíbrio entre reduzir a PA de forma eficaz e manter a perfusão sanguínea aos órgãos nobres, para que o risco não exceda o benefício. Este artigo tem como objetivo introduzir o tema “crise hipertensiva” quanto a definições, epidemiologia, etiologia e quadro clínico.

Definições

Crise hipertensiva se refere ao termo genérico em que ocorre elevação rápida e sintomática da PA, invariavelmente com níveis de pressão diastólica (PAD) superiores a 120 mmHg, com risco potencial de deterioração de órgão-alvo ou de vida imediato ou em potencial. Se houver risco remoto de deterioração de órgãos-alvo ou de vida em potencial a denominação é de *urgência hipertensiva*. A redução da PA pode ser feita de forma mais lenta em até 24 horas e geralmente a medicação empregada pode implicar formulações por via oral. *Emergência hipertensiva* é utilizada para definir aquele paciente portador de níveis pressóricos elevados, com risco iminente de vida ou de deterioração de órgão-alvo, em que as medidas empregadas para combate aos níveis elevados devem ser imediatas, em minutos ou poucas horas, necessitando do uso de drogas de ação rápida e pela via parenteral.

A chamada *pseudocrise hipertensiva* se acompanha de elevação acentuada da PA, desencadeada, na maioria das vezes, pelo abandono do tratamento medicamentoso em pacientes hipertensos crônicos, mas também por dor, desconforto e ansiedade. A evidência clínica marcante é a ausência de sinais de deterioração rápida de órgão-alvo. Não existe a necessidade de se empregar medicações para controle rápido da PA, bastando o uso de medicação sintomática e introduzir os anti-hipertensivos de uso crônico. Seria prudente reter o paciente por algumas horas e reintroduzir a medicação anti-hipertensiva, se houver necessidade, antes de encaminhá-lo para atendimento ambulatorial.

Até recentemente, *hipertensão maligna* era empregada para designar hipertensão na presença de edema de papila ao fundo de olho, retinopatia grau IV na classificação de Keith-Wagener-Barker ou simplesmente KW-IV. *Hipertensão acelerada* significava uma gradação menos grave da maligna, com fundo de olho com hemorragias e exsudatos ou KW-III. Atualmente ambas devem ser consideradas como sinônimos, pois a diferença na fundoscopia não representa formas clínicas e prognósticos diversos.

Epidemiologia

A incidência de hipertensão tem diminuído desde 1940, quando não era considerada uma doença de consequências clínicas maiores. Era vista por muitos como um “elemento essencial” para forçar o sangue através das artérias escleróticas até a intimidade dos diversos tecidos e órgãos. A introdução do tratamento farmacológico efetivo em 1940 diminuiu a morbidade e mortalidade associada à hipertensão e resultou em uma estimativa de menos de 1% de

americanos que podem ter complicações do tipo crise hipertensiva¹.

Hipertensão primária não tratada pode progredir para crise hipertensiva em 1% a 2% dos casos por razões desconhecidas². Crise hipertensiva é mais freqüente entre negros, fumantes, mulheres em uso de anticoncepcional, classe social de nível inferior ou paciente submetido a alto grau de estresse³; portadores de hipertensão secundária renovascular e com excesso de catecolaminas como feocromocitoma; envolvidos com uso de cocaína⁴; pacientes que suspenderam abruptamente o uso de alfa-2-agonistas⁵ ou betabloqueadores⁵ ou álcool; e aqueles não aderentes ao tratamento com anti-hipertensivos orais³.

A prevalência de urgências e emergências foi avaliada em estudo italiano⁶ no período de um ano em pacientes que necessitaram de serviço de pronto-atendimento com aumento rápido da PA. Observou-se que crise hipertensiva representou 25% dos casos clínicos deste serviço de atendimento de emergência. A maioria foi considerada como urgência hipertensiva (76%) e os 24% restantes como emergência. Não tinham conhecimento de hipertensão prévia, até aquela consulta, 8% dos pacientes com emergência e 28% com urgência.

Outro estudo⁷, semelhante ao anterior realizado em Hospital de Nova York, avaliou a freqüência, o custo, o perfil sociodemográfico de pacientes com emergência hipertensiva. O tempo de permanência hospitalar foi em média de 12 dias. Cuidados em serviço de terapia intensiva foram necessários em 75% dos pacientes, com permanência no setor, em média, por três dias. O custo hospitalar anual estimado foi de aproximadamente 450 mil dólares. A maioria tinha idade ao redor de 50 anos, era do sexo masculino, da raça negra ou hispânica e apresentava nível de classe econômica inferior.

Pelo menos 93% dos pacientes tinham conhecimento prévio de serem hipertensos. Uma das conclusões do estudo sugere que o tratamento crônico da hipertensão é a melhor estratégia para reduzir a incidência de emergências hipertensivas.

A continuidade deste estudo⁸, ampliando-se a rede de hospitais incluída na área de Nova York, procurou investigar os fatores predisponentes de hipertensão severa e não controlada que pudessem favorecer a ocorrência de crise hipertensiva. Foram apontados como fatores independentes a falta de seguro-saúde, atendimento médico primário, abuso de álcool e drogas ilícitas como favorecedores para incidência de urgências e emergências hipertensivas. Outro fator apontado para a permanência e, talvez, o agravamento deste *status quo*, que perfeitamente poderia ser aplicado às nossas condições, estaria ligado aos cortes de verbas para hospitais públicos. Estudo feito na Califórnia⁹ sobre redução do orçamento destinado a esses hospitais são ameaças às populações de baixa renda, sem seguro-saúde, aumentando a vulnerabilidade para a ocorrência das conseqüências da hipertensão não diagnosticada e sem o necessário tratamento anti-hipertensivo.

O desenvolvimento de vasto armamentário farmacológico e a disseminação da informação para os médicos que para população pelos diversos consensos é uma direção correta que tem melhorado o controle pressórico e a incidência de acidente vascular encefálico¹⁰ e doença cardíaca isquêmica¹¹. As emergências e urgências hipertensivas são as formas mais extremas de péssimo controle pressórico e podem ser utilizadas como marcadores do cuidado inadequado com a doença hipertensiva. Apesar do ganho acima assinalado, o baixo controle da hipertensão continua sendo um problema de saúde pública, particularmente entre populações minoritárias,

pobres, com baixo nível educacional e acesso limitado aos serviços de saúde.

A maioria dos consensos em hipertensão discute a importância do tratamento anti-hipertensivo na redução do risco da lesão crônica de órgão-alvo e não valoriza o benefício quanto à prevenção das complicações agudas. Dados do estudo de *Framingham*¹² confirmam que o monitoramento apropriado e em longo prazo da hipertensão pode diminuir a incidência de emergências hipertensivas. Infelizmente, o reconhecimento e o tratamento corretos da hipertensão na população geral estão longe de ser adequados e a maioria dos médicos é complacente sobre a necessidade do controle agressivo da PA elevada. Os quadros¹³ 1 e 2 enumeram as causas mais comuns de emergências e urgências hipertensivas. O quadro 3 descreve situações que simulam crise hipertensiva².

Abordagem clínica

A distinção entre urgência e emergência é importante porque pode definir a conduta. Pacientes com lesão recente de órgão-alvo, como encefalopatia ou dissecação da aorta, requerem redução da PA de emergência com monitorização intensa e terapia com drogas anti-hipertensivas de uso parenteral. Pacientes com aumentos significativos da PA, mas sem evidência de lesão de órgão-alvo, necessitam urgência e não emergência na redução da PA.

As manifestações clínicas de crise hipertensiva, segundo alguns autores¹⁴⁻¹⁶, seriam cefaléia sem causa definida, náuseas e vômitos, palpitações, tontura, astenia e outros, simultâneas à PA igual ou superior a 130 mmHg. Esses sintomas são inespecíficos, pois a maior parte dos pacientes com esses níveis pressóricos está assintomática¹⁷.

Quadro 1 – Emergência hipertensiva

Hipertensão maligna (com papiledema)

Hipertensão grave associada a complicações agudas

- Cerebrovasculares
 - Encefalopatia hipertensiva
 - Hemorragia intracerebral
 - Hemorragia subaracnóidea, acidente vascular encefálico com transformação hemorrágica ou em uso de trombolíticos
- Cardiocirculatórias
 - Dissecção aórtica aguda
 - Insuficiência cardíaca com edema pulmonar hipertensivo
 - Infarto agudo do miocárdio
 - Angina instável
- Renais
 - Insuficiência renal rapidamente progressiva

Crises adrenérgicas graves

- Crise do feocromocitoma
- Dose excessiva de drogas ilícitas (cocaína, crack, LSD, etc.)

Hipertensão na gestação

- Eclâmpsia
- Síndrome HELLP
- Hipertensão grave em final de gestação

Cirurgia e trauma

- Traumatismo craniano
- Hemorragias cirúrgicas (vasculares, videolaparoscópicas ou endoscópicas, etc.)

Muitas vezes, a simples repetição das medições encontra valores progressivamente menores, explicado pela regressão à média e pela síndrome do avental branco^{18,19}.

A história inicial e o exame físico devem rapidamente diferenciar emergência de urgência. Tão logo seja confirmado ou suspeito o diagnóstico de emergência, há necessidade

de se fazer um monitoramento cardíaco no paciente, assim como uma via para acesso venoso. Internação hospitalar deve ser providenciada, de preferência em unidade de cuidados intensivos, enquanto se inicia a terapêutica de ataque. Na maioria dos casos o tratamento não deve ser retardado no sentido de se aguardar os resultados dos exames laboratoriais.

Os dados obtidos na história e no exame físico do paciente buscam identificar as causas que precipitaram a elevação pressórica, evidências de lesão de órgão-alvo causada pela pressão severa ou ambos. O médico deve obter informações sobre a história pregressa de hipertensão quanto à duração, à severidade e ao nível de controle; extensão do dano de órgão prévio; medicação prescrita por médico ou adquirida diretamente no balcão sem receita médica e eventual uso de drogas consideradas ilícitas; sobre doenças agudas ou crônicas associadas e qualquer sintoma relacionado à elevação severa da PA.

Além da mensuração da PA nas posições supina ou sentada e em pé, para evidenciar a presença de hipotensão postural, o exame deve ser direcionado para avaliar o comprometimento dos principais alvos atingidos pela hipertensão como rins, cérebro e coração. Nesse sentido, o exame de fundo de olho é obrigatório em todos os pacientes suspeitos de apresentarem crise hipertensiva. Como este exame procura alterações mais grosseiras no fundo de olho, pode não necessitar de colírios midriáticos, que podem acidentalmente causar crises de glaucoma agudo se o médico não procurar saber se o paciente sofre dessa moléstia. A dilatação pode causar perda de parâmetro neurológico importante para seguimento posterior. As alterações de retinopatia aguda que incluem hemorragias, exsudatos algodinosos e edema de papila são facilmente visualizáveis sem

Quadro 2 – Urgência hipertensiva

Hipertensão maligna (sem papiledema)

Hipertensão grave associada a

- Insuficiência coronária
- Insuficiência cardíaca
- Aneurisma de aorta
- Acidente vascular encefálico não complicado
- Queimaduras extensas
- Epistaxes severas
- Estados de hipocoagulabilidade

Crises renais

- Glomerulonefrite aguda
- Crise renal do escleroderma
- Síndrome hemolítica urêmica

Vasculites sistêmicas

Perioperatório

- Pré-operatório em cirurgias de urgência
- Intra-operatório (cirurgias cardíacas, vasculares, neurocirurgias, feocromocitoma, etc.)
- Hipertensão severa no pós-operatório (transplante de órgão, neurocirurgias, cirurgias vasculares, cardíacas etc.)

Crises adrenérgicas leves/moderadas

- Síndrome do rebote (suspensão abrupta e inibidores adrenérgicos como propranolol, alfametildopa, clonidina)
- Interação medicamentoso-alimentar (tiramina vs. inibidores da MAO)
- Consumo excessivo de estimulantes (anfetaminas, tricíclicos, etc.)

Na gestação

- Pré-eclâmpsia
 - Hipertensão severa
-

Quadro 3 – Situações que simulam crise hipertensiva

- Insuficiência ventricular esquerda aguda
 - Uremia de qualquer etiologia, particularmente com sobrecarga de volume
 - Acidente vascular encefálico isquêmico
 - Tumor cerebral
 - Trauma craniano
 - Epistaxes (pós-ictal)
 - Doenças do colágeno particularmente lúpus, com vasculite cerebral
 - Encefalite
 - Ingestão de drogas (cocaína), fenilclidina
 - Porfiria intermitente aguda
 - Hipercalcemia
 - Ansiedade aguda com hiperventilação e síndrome do pânico
-

necessidade de dilatação e sem a necessidade de especialistas específicos, bastando ter ambiente com menos luminosidade.

São consideradas manifestações de lesão de órgão-alvo como renais a presença de proteinúria, hematúria e níveis aumentados de uréia e creatinina. Anemia hemolítica microangiopática na hipertensão maligna, podendo também haver a presença de esquizócitos; sinais de descompensação cardíaca aguda como galope, estase jugular, cardiomegalia, taquicardia, estertores crepitantes no caso de edema pulmonar; evidência de aumento

da pressão intracraniana como confusão, sonolência, estupor, déficit neurológico. Todos esses achados auxiliam na diferenciação da crise hipertensiva em urgência e emergência.

Pacientes sem evidências de lesão progressiva em órgão-alvo devem ser colocados em ambiente tranquilo, de preferência com pouca luz e a PA avaliada novamente após trinta minutos. Se a pressão permanecer severamente elevada à terapêutica oral deve ser estabelecida. Se a PA não continuar nos níveis tão elevados, o paciente deve ser encaminhado para seguimento.

A crise hipertensiva faz parte do dia-a-dia dos centros de emergência clínica e o médico geral, não somente os especialistas da área, deve ser treinado no reconhecimento correto do quadro de urgência e emergência, e não simplesmente tratar todo paciente com hipertensão severa, pois muitos deles são totalmente assintomáticos. As sociedades de nefrologia, cardiologia e hipertensão organizaram no ano de 2000 um consenso sobre crise hipertensiva, disponibilizado como documento recomendado para pacientes portadores dessa complicação¹³.

Abstract

Hypertensive crisis: definition, epidemiology and diagnosis

Hypertensive crisis is a disorder of rapid and symptomatic elevation of blood pressure with a risk of acute or progressing target organ damage. It is the most frequent clinical emergency in an emergency department. The distinction between emergencies and urgencies is important because it dictates management. If an emergency requires immediate reduction

of blood pressure. The emergency or urgency cannot always be distinguished by the height of the blood pressure but usually by the extension of organ damage. Hypertensive crisis are the most extreme form of poorly controlled hypertension. Predispose factors are lower socioeconomic and education status, without primary care physician and health insurance. Fundoscopic examination is mandatory in all cases to diagnosis establishment and detects papilledema. The improvement of the treatment of chronic hypertension should reduce the incidence of hypertensive urgency and emergencies.

Keywords: Hypertensive crisis; Hypertensive emergency; Hypertensive urgency.

Rev Bras Hipertens 9: 340-345, 2002

Referências

1. Stumpf JL. Drug therapy of hypertensive crises. *Clin Pharm* 1988; 7(8): 582-91.
2. Kaplan NM. *Clinical Hypertension*. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1990; p. 271.
3. Sesoko S, Akema N, Matsukawa T, Kaneko Y. Predisposing factors for the development of malignant essential hypertension. *Arch Intern Med* 1987; 147(10): 1721-4.
4. Prisant M, Carr AA, Hawkins DW. Treating hypertensive emergencies: controlled reduction of blood pressure and protection of target organs. *Postgraduate Med* 1993; 93(2): 243-6.
5. Houston MC. Abrupt cessation treatment in hypertension: consideration of clinical features, mechanisms, prevention and management of the discontinuation syndrome. *Am Heart J* 1981; 102(3Pt1): 415-30.
6. Zampaglione B, Pascale C; Marchisio M, Cavallo-Perin P. Hypertensive urgencies and emergencies: prevalence and clinical. *Hypertension* 1996; 27(1): 144-147
7. Bennett NM, Shea S. Hypertensive emergency: case criteria, sociodemographic profile and previous care of 100 cases. *Am J Public Health* 1988; 78: 636-40.
8. Shea S, Misra D, Ehrlich MH, Leslie RN, Francis CK. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population. *N Engl J Med* 1992; 327: 776-81.
9. Friedman E. California Public Hospitals: the buck has stopped. *JAMA* 1997; 277(7): 577-81.
10. Folsom AR, Luepker RV, Gillum RF et al. Improvement in hypertension detection and control from 1973-1974 to 1980-1981: the Minnesota Heart Survey experience. *JAMA* 1983; 250: 916-21.
11. Goldman L, Cook EF. The decline in ischemic heart disease mortality rates: an analysis of the comparative effects of medical interventions and changes in lifestyle. *Ann Intern Med* 1984; 101: 825-36.

12. Mosterd A, D'Agostino RB, Silbershatz H et al. Trends in the prevalence of hypertension, antihypertensive therapy, and left ventricular hypertrophy from 1950 to 1989. *New Engl J Med* 1999; 340: 1221-27.
13. Praxedes, JN, Santello JL, Amodeo C, Giorgi DMA, Machado C, Jabur em nome dos participantes. Encontro Multicêntrico sobre Crises Hipertensivas – relatório e recomendações. *Hipertensão* 2001; 4(1): 23-41.
14. Franco RJS, Matsubara LS, Bonilha JP, Mota A, Soares VA, Habermann F, Almeida DB. Hipertensão maligna: quadro clínico, tratamento e evolução de 26 pacientes. *Arq Bras Cardiol* 1978; 31: 45.
15. Saragoça MA, Ribeiro AB, Ramos OL. Eficácia do captopril nos tratamentos agudos e prolongados de pacientes em urgências hipertensivas. *Arq Bras Cardiol* 1984; 42: 227-30
16. Moritz RD, Queiroz LP, Pereira MR, Scotinni MA. Estudo comparativo do uso da nifedipina e do captopril em urgências hipertensivas. *Arq Bras Cardiol* 1989; 52: 323-26.
17. Jaker M, Atkin S, Soto M, Schmid G, Brosch F. Oral nifedipine vs oral clonidine in the treatment of urgent hypertension. *Arch Inter Med* 1989; 149: 260-65.
18. Mancia G, Brassi G, Pomidossi G et al. Effects of blood pressure measurement by the doctor on patient's blood pressure and heart rate. *Lancet* 1983; 2: 695-7.
19. Pickering TG, James GD, Boddie C, Harshfield GA, Blank S, Laragh JH. How common is white cost hypertension? *JAMA* 1988; 259: 225-8.