

FACULDADE IPEMED DE CIÊNCIAS MÉDICAS

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM CARDIOLOGIA

GEMERSON ALVES TAVARES

**PERFIL DE PACIENTE EM URGÊNCIA HIPERTENSIVA:
DEFINIÇÃO, EPIDEMIOLOGIA E ABORDAGEM DIAGNÓSTICA.**

Belo Horizonte

2017

GEMERSON ALVES TAVARES

**PERFIL DE PACIENTE EM URGÊNCIA HIPERTENSIVA:
DEFINIÇÃO, EPIDEMIOLOGIA E ABORDAGEM DIAGNÓSTICA.**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Pós-
Graduação *Lato Sensu* em Cardiologia
da Faculdade IPEMED de Ciências
Médicas como requisito parcial para
obtenção do título de Pós-Graduado
em Cardiologia**

Orientadora: Dra Fabiana Jarjour

Belo Horizonte

2017

.

Maria Fernanda Mayer de Camargo - Bibliotecária - CRB/6: 3103

T231p Tavares, Gemerson Alves

Perfil de paciente em urgência hipertensiva : definição, epidemiologia e abordagem diagnóstica / Orientadora: Dra Fabiana Jarjour.-- 2017.

29 p.

Trabalho de conclusão de curso: Pós-Graduação Lato Sensu em Cardiologia da Faculdade IPEMED de Ciências Médicas, Belo Horizonte, 2017.

1. Hipertensão Arterial. 2. Diagnóstico. 3. Abordagem Diagnóstica. . I. Título.

CDD: 616.132

GEMERSON ALVES TAVARES

**PERFIL DE PACIENTE EM URGÊNCIA HIPERTENSIVA:
DEFINIÇÃO, EPIDEMIOLOGIA E ABORDAGEM DIAGNÓSTICA.**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Pós-
Graduação *Lato Sensu* em Cardiologia
da Faculdade IPEMED de Ciências
Médicas como requisito parcial para
obtenção do título de Pós-Graduado
em Cardiologia**

Orientadora: Dra Fabiana Jarjour

Comissão Examinadora

.....

(títulos)

.....

(títulos)

Belo Horizonte

2017

RESUMO

A hipertensão arterial é considerada uma síndrome por estar frequentemente associado a um agregado de distúrbios metabólicos, tais como obesidade, aumento da resistência à insulina, diabetes mellitus e dislipidemias, entre outros. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. É preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. O objetivo geral desta revisão de literatura é estudar perfil de paciente em urgência hipertensiva, tendo intuito de oferecer informações segundo dados publicados sobre hipertensão. É um estudo do tipo revisão de literatura, envolvendo uma extensa revisão de artigos científicos, objetivando descrever a definição, epidemiologia e abordagem diagnóstica associada para a hipertensão arterial. O diagnóstico precoce é de extrema importância, o acompanhamento efetivo por parte dos profissionais de saúde tanto da atenção básica como atenção secundária ou terciária é muito relevante, pois irá ajudar no diagnóstico tratamento e para que o paciente tenha um cuidado direcionado para o seu problema de saúde.

Palavras –chaves: Hipertensão Arterial; Diagnóstico; Abordagem Diagnóstica

ABSTRACT

Hypertension is considered a syndrome because it is frequently associated with an aggregate of metabolic disorders, such as obesity, increased insulin resistance, diabetes mellitus and dyslipidemia, among others. Systemic arterial hypertension (SAH) presents high morbidity and mortality, with a significant loss of quality of life, which reinforces the importance of early diagnosis. The overall cardiovascular risk estimated by the presence of risk factors, the presence of lesions in target organs and associated comorbidities should be considered in the diagnosis of hypertension in addition to blood pressure levels. Caution must be exercised before labeling someone as hypertensive, either because of the risk of a false-positive diagnosis, or because of the repercussion on the individual's own health and the resulting social cost. The general objective of this literature review is to study the profile of patients in hypertensive urgency, with the purpose of offering information according to published data on hypertension. It is a literature review, involving an extensive review of scientific articles, aiming to describe the definition, epidemiology and associated diagnostic approach to hypertension. The early diagnosis is of extreme importance, the effective monitoring by health professionals of both primary care and secondary or tertiary care is very relevant, as it will help in the diagnosis of treatment and for the patient to take care directed to their problem of Cheers.

Key-words: Arterial hypertension; Diagnosis; Diagnostic approach

Sumário

INTRODUÇÃO.....	9
OBJETIVOS.....	13
Objetivo geral	13
Objetivos específicos	13
METODOLOGIA.....	14
REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	16
CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	27

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é considerada uma síndrome por estar frequentemente associado a um agregado de distúrbios metabólicos, tais como obesidade, aumento da resistência à insulina, diabetes mellitus e dislipidemias, entre outros. A presença desses fatores de risco e lesões em órgãos-alvo, quando presentes, é importante e deve ser considerada na estratificação do risco individual, com vistas ao prognóstico e decisão terapêutica (ROSÁRIO et al, 2009).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2013).

A história da HA é de relevante importância, pois fornece o nível pressórico habitual, o controle prévio, a medicação utilizada, o grau de adesão e a história pregressa de comprometimento de órgãos-alvo. Os sintomas e sinais que surgirem desse comprometimento em muito auxiliarão no diagnóstico. Da mesma forma, o questionamento sobre o uso de drogas simpaticomiméticas é muito importante, sejam elas lícitas (inibidores do apetite, descongestionantes nasais e outras) ou ilícitas (cocaína). Caso o paciente esteja impossibilitado de fornecer essas informações, deve-se tentar obtê-las de familiares ou conhecidos (ANDRADE et al., 2014).

As doenças cardiovasculares é uma das principais causas de problema de saúde pública em nosso país, constituindo-se, em 2000, a principal causa de morte no Brasil. Entre as doenças, encontra-se a hipertensão arterial sistêmica, cuja prevalência é estimada em 20 a 30% da população adulta > 18 anos de idade. Devemos, no entanto, lembrar que no Brasil a população idosa apresenta um crescimento vertiginoso, de tal forma que nas próximas duas a três décadas haverá um aumento de 200% no número de

indivíduos > 65 anos, fazendo com que a prevalência da hipertensão na população também seja aumentada proporcionalmente.

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade. No Brasil, projeções da Organização das Nações Unidas (ONU) (2002) indicam que a mediana da idade populacional passará, de 25,4 anos em 2000 a 38,2 anos em 2050. Uma das conseqüências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão. Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e início dos anos 90, revelam valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste (PASSOS, ASSIS, BARRETO, 2006).

Nas crises hipertensivas que constituem situação de urgência clínica, a pressão arterial pode estar bastante elevada, mas não se associam outras ocorrências, não havendo risco imediato de vida ou de dano agudo a órgãos-alvo. A correção dos níveis e leva dos da pressão arterial deve ocorrer dentro de, no máximo, 24 horas, a permanência hospitalar é pequena, e após medicação, se a pressão demonstrar responder satisfatoriamente à terapêutica, a pessoa tem alta e é orientada a continuar seu tratamento ambulatorial. As crises hipertensivas de urgência parecem mais relacionadas a situações de estresses psicológicos associados a níveis pressóricos elevado (GUEDES et al., 2005).

Martin et al, 2004, afirma que uma das formas de apresentação ou mesmo de complicação da hipertensão arterial é a crise hipertensiva. A crise hipertensiva caracteriza-se por uma elevação rápida, inapropriada, intensa e sintomática da pressão arterial, com ou sem risco de deterioração rápida dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e artérias), que pode conduzir a um risco imediato ou potencial de vida. Os níveis tensionais estão elevados, levando-se em consideração a pressão arterial diastólica, geralmente >120 mmHg. A crise hipertensiva pode se manifestar como emergência ou

urgência hipertensiva. A emergência hipertensiva caracteriza-se pela deterioração rápida de órgãos-alvo e risco imediato de vida, situação não encontrada na urgência hipertensiva. É considerada também como emergência, condição que requer redução rápida da pressão arterial, com o tempo medido em minutos, enquanto na urgência a pressão pode ser reduzida mais lentamente, com o tempo medido em horas.

Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. É preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais (BRASIL, 2006).

Na Urgência Hipertensiva, o aumento da pressão arterial (PA) não representa risco imediato de vida e nem dano agudo a órgãos-alvo, portanto, nessa situação, o controle da PA poderá ser feito, reduzindo-se a PA gradualmente, em 24h (FURTADO, COELHO, NOBRE, 2003).

A emergência hipertensiva caracteriza-se pela deterioração rápida de órgãos-alvo e risco imediato de vida, situação não encontrada na urgência hipertensiva. É considerada também como emergência, condição que requer redução rápida da pressão arterial, com o tempo medido em minutos, enquanto na urgência a pressão pode ser reduzida mais lentamente, com o tempo medido em horas.

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também

fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de conseqüências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

OBJETIVOS

Objetivo geral

- O objetivo geral desta revisão de literatura é estudar perfil de paciente em urgência hipertensiva, tendo intuito de oferecer informações segundo dados publicados sobre hipertensão.

Objetivos específicos

- Evidenciar como é feito o diagnóstico dessa patologia da HAS
- Identificar como é diagnóstica de uma crise hipertensiva
- Ressaltar os impactos da hipertensão na vida do paciente;
- Abordar a definição, epidemiologia e abordagem diagnóstica.

METODOLOGIA

Revisão da literatura é o processo de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica. “Literatura” cobre todo o material relevante que é escrito sobre um tema: livros, artigos de periódicos, artigos de jornais, registros históricos, relatórios governamentais, teses e dissertações e outros tipos (MATTOS, 2015).

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, narrativa, onde foram incluídos artigos indexados, publicados desde o ano de 2003 a 2017, escritos em português, que relatam o tema hipertensão arteriais, perfil do paciente em urgência e emergência, tanto como a abordagem diagnóstica epidemiologia e definição em artigos brasileiros. O levantamento foi realizado diante do emprego das palavras-chave: hipertensão arterial, definição, epidemiologia e abordagem diagnóstica. Os critérios utilizados para selecionar a bibliografia consultada foram estabelecidos a partir de padrões temáticos e de formato bibliográfico. Assim, a fonte dos dados desta pesquisa foi constituída basicamente pela produção científica sobre o tema: “Perfil De Paciente Em Urgência Hipertensiva: Definição, Epidemiologia E Abordagem Diagnóstica.” O presente estudo aconteceu durante os meses de setembro de 2016 a abril de 2017, se usou também na bibliografia artigos publicados no site da Scielo (ScientificElectronic Library Online), Bireme (Biblioteca Virtual em Saúde) e LILACS (Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde). A análise dos dados foi realizada através da comparação entre as discussões dos autores aqui referenciados.

É necessário um conhecimento amplo, sobre as patologias, suas conseqüências na vida do indivíduo. Conhecendo também os fatores de risco, como é feito o diagnóstico, quais sinais e sintomas e principalmente qual o tratamento, e a forma de se conseguir um prognóstico bom para os pacientes em uma abordagem diagnóstica qualificada.

Tipo de Estudo

É um estudo do tipo revisão de literatura, envolvendo uma extensa revisão de artigos científicos, objetivando descrever a definição, epidemiologia e abordagem diagnóstica associada para a hipertensão arterial.

Local e Coleta dos Artigos

Os textos utilizados neste estudo foram coletados por meio de busca eletrônica em banco de dados de biblioteca científica, especificadamente, BIREME, BVS, através dos quais foi possível consultar as seguintes bases de dados:

- SCIELO (Scientific Eletronic Library Online);
- Medline Literatura Internacional em Ciências da Saúde.
- Ministério da Saúde

Crítérios para Inclusão

- Os seguintes critérios foram estabelecidos para nortear a inclusão dos artigos:
- Artigos científicos que abordaram a temática da hipertensão arterial;
- Artigos publicados em periódicos nacionais;
- Artigos publicados na língua portuguesa.
- Artigos que continham texto completo disponível.

Os seguintes critérios foram estabelecidos para nortear a exclusão dos artigos:

- Artigos científicos que não abordavam a temática da hipertensão arterial
- Artigos publicados com outro idioma que não fosse o português (línguas estrangeiras).
- Artigos que não disponibilizavam textos completos.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

DEFINIÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se freqüentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SBC, 2010).

Independente da causa da crise hipertensiva, orgânica ou emocional, os sinais e sintomas que levam o indivíduo a buscar atendimento de emergência ou urgência em serviços especializados devem ser investigados e analisados, com vistas a se saber, em especial naqueles indivíduos que estão diagnosticados e em acompanhamento por uma equipe multiprofissional, os motivos que antecedem o fato (GUEDES et al., 2005).

A distinção entre urgência e emergência é importante porque pode definir a conduta. Pacientes com lesão recente de órgão-alvo, como encefalopatia ou dissecção da aorta, requerem redução da PA de emergências 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 (FRANCO, 2002).

A chamada pseudocrise hipertensiva se acompanhada 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 (FRANCO, 2002).

As doenças crônicas não-transmissíveis, dentre elas a hipertensão arterial, apresentaram um aumento significativo nas últimas décadas, sendo responsáveis por um grande número de óbitos em todo o país (PERES, MAGNA, VIANA, 2003).

EPIDEMIOLOGIA

A hipertensão arterial essencial ou primária (HA) é uma das causas mais comuns de doenças cardiovasculares, afetando aproximadamente 20% da população adulta em sociedades industrializadas. A doença é um fator de risco para o desenvolvimento da doença coronária, acelera o processo de aterosclerose e pode ser um fator determinante para o surgimento prematuro de morbidade e mortalidade cardiovascular associado a doença coronária, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular encefálico e doença renal terminal (SANJULIANI, 2002).

No Brasil, a prevalência média de HAS auto referida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel – 2011), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos freqüente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2012).

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 (FRANCO, 2002).

COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO

Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada. No entanto, parcela importante da população adulta com hipertensão não sabe que é hipertensa; e muitos dos que sabem não estão sendo adequadamente tratados. A hipertensão arterial é uma co-morbidade extremamente comum no diabético, representando um risco adicional a este grupo de pacientes para o desenvolvimento de complicações macrovasculares (TOSCANO, 2014).

Cabe ressaltar: as doenças cardiovasculares representam um problema a ser enfrentado no cotidiano da saúde coletiva. Contudo, muitas vezes, o processo silencioso e multifatorial da aterogênese só se tornará perceptível ao usuário após o advento de complicações nas quais a qualidade de vida poderá ser irremediavelmente comprometida ou até ocorrer à morte. Nessa fase, o foco da intervenção é limitado e as medidas a serem adotadas devem ser direcionadas consistentemente para o alívio dos sintomas e controle de danos. Desse modo, pode-se reduzir o impacto na perda da qualidade de vida e obter o aumento da sobrevida. Na melhor hipótese, a prevenção da reincidência de eventos (prevenção secundária) e a reabilitação, com vistas à redução de incapacidades (prevenção terciária), poderiam ser implementadas de acordo com o êxito das manobras na fase aguda (SILVA, 2011).

PERFIL DO PACIENTE EM CRISE HIPERTENSIVA EM URGÊNCIA

A crise hipertensiva pode surgir em qualquer idade e representa o desencadeamento da hipertensão arterial sistêmica por causas variadas (FORTES et al. 2010). Pode ser dividida em urgência hipertensiva e emergência hipertensiva, abrangendo várias condições nas quais a pressão arterial (PA) sistêmica eleva-se de forma rapidamente agressiva, ameaçando órgãos vitais como rins, coração, cérebro e outros órgãos (FEITOSA FILHO et al., 2008).

A crise hipertensiva, decorrente da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial, pode representar uma situação de emergência ou urgência clínica. Na situação de emergência hipertensiva, percebem-se sinais que indicam lesões em órgãos-alvo em progressão, tais como encefalopatia hipertensiva, acidente vascular encefálico, edema agudo de pulmão, infarto de miocárdio e evidências de hipertensão maligna ou de dissecação aguda da aorta. Nesses casos, há riscos iminentes de vida ou de lesão orgânica irreversível, e os clientes devem ser hospitalizados e submetidos a tratamento com vasodilatadores de uso endovenoso.

Nas crises hipertensivas que constituem situação de urgência clínica, a pressão arterial pode estar bastante elevada, mas não se associam outras ocorrências, não havendo risco imediato de vida ou de dano agudo a órgãos-alvo. A correção dos níveis elevados da pressão arterial deve ocorrer dentro de, no máximo, 24 horas, a permanência hospitalar é pequena, e após medicação, se a pressão demonstrar responder satisfatoriamente à terapêutica, a pessoa tem alta e é orientada a continuar seu tratamento ambulatorial. As crises hipertensivas de urgência parecem mais relacionadas a situações de estresses psicológicos associados a níveis pressóricos elevados. A não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial pode ocorrer devido a diversos fatores que podem estar relacionados ao paciente (hábitos de vida, crenças e hábitos culturais); à própria doença (cronicidade e ausência de sintomas); ao tratamento (efeitos incômodos das drogas); e ao acesso ao tratamento (GUEDES et al., 2005).

Feitosa Filho et al., afirma que a propedêutica do paciente com emergência hipertensiva geralmente se inicia pela aferição da PA acima de 180 x 120 mmHg,

embora este nível de pressão não seja absolutamente obrigatório. Pacientes com menor reserva funcional de determinados órgãos podem apresentar emergência hipertensiva com níveis pressóricos menores. De fundamental importância é a velocidade em que a PA se eleva. Pacientes normotensos que não tiveram tempo para estabelecer mecanismos auto-regulatórios são mais sensíveis. Os níveis de PA isoladamente não diagnosticam emergência, urgência ou pseudocrise.

DIAGNOSTICO

Avaliação clínica inicial

A avaliação clínico-laboratorial do paciente hipertenso visa confirmar a elevação da pressão arterial; firmar o diagnóstico de hipertensão; identificar os fatores de risco para doenças cardiovasculares; avaliar lesões de órgão alvo; identificar doenças associadas à hipertensão; estratificar o risco cardiovascular do paciente e diagnosticar hipertensão arterial secundária em caso de suspeita clínica. Para atingir tais objetivos é fundamental o detalhamento da história clínica do paciente, exame físico, avaliação laboratorial básica e exames complementares.

Avaliação clínica inicial de paciente em crise hipertensiva emergência/urgência

Uma rápida, mas cuidadosa, anamnese deve ser realizada no sentido de distinguir emergências de urgências hipertensivas. Devem-se identificar fatores precipitantes, evidência de lesão aguda em órgão-alvo, obter informações sobre antecedentes de hipertensão arterial (duração, severidade, níveis de controle), medicações utilizadas e lesões de órgão-alvo pré-existent. Breve exame físico deve ser feito, com ênfase para exame de fundo de olho, procura de sinais de insuficiência cardíaca, dissecação de aorta ou disfunção neurológica. A pressão arterial deve ser medida nas posições supina e de pé.

A rotina inicial de exames complementares deve incluir ECG, RX de tórax, urinanálise, hemograma, uréia, creatinina, glicemia e eletrólitos.

Qualquer evidência de dano agudo em órgão-alvo deve orientar para o diagnóstico de emergência hipertensiva (figura 1). Nesses casos deve-se proceder a monitorização cardíaca, acesso venoso e terapia imediata com droga intravenosa, na maioria das vezes. O paciente deve ser internado, preferindo-se o manuseio em CTÍ.

História clínica

- Identificação: sexo, idade, cor da pele, profissão e condição socioeconômica.
- História atual: duração conhecida de hipertensão arterial e níveis de pressão de consultório e domiciliar, adesão e reações adversas aos tratamentos prévios.
- Sintomas de doença arterial coronária, sinais e sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca, doença vascular encefálica, insuficiência vascular de extremidades, doença renal, diabetes mellitus, indícios de hipertensão secundária.
- Fatores de risco modificáveis: dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, etilismo e hábitos alimentares não saudáveis.
- Avaliação dietética, incluindo consumo de sal, bebidas alcoólicas, gordura saturada, cafeína e ingestão de fibras, frutas e vegetais.
- Consumo pregresso ou atual de medicamentos ou drogas que podem elevar a pressão arterial ou interferir em seu tratamento.
- Grau de atividade física. - História atual ou pregressa de gota, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, doença renal, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, disfunção sexual e apnéia do sono.
- Perfil psicossocial: fatores ambientais e psicossociais, sintomas de depressão, ansiedade e pânico, situação familiar, condições de trabalho e grau de escolaridade.
- História familiar de diabetes mellitus, dislipidemias, doença renal, acidente vascular cerebral, doença arterial coronariana prematura ou morte prematura e súbita de familiares próximos (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos).

Exame físico

- Sinais vitais: medida da pressão arterial e frequência cardíaca.
- Obtenção das medidas antropométricas: a) circunferências da cintura (C = no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca lateral) e do quadril (Q = ao nível do trocanter maior) e cálculo da relação cintura/quadril (C/Q). Limite de normalidade:

mulheres: $C = 88$ cm e $C/Q = 0,85$; homens: $C = 102$ cm e $C/Q = 0,95$. b) obtenção de peso e altura e cálculo do índice de massa corporal [IMC = peso (kg)/altura² (m)]. Sobrepeso $25 \leq \text{IMC} < 30$ kg/m² e obesidade $\text{IMC} \geq 30$ kg/m².

- Inspeção: fácies e aspectos sugestivos de hipertensão secundária.
- Pescoço: palpação e ausculta das artérias carótidas, verificação da presença de estase venosa e palpação de tireóide.
- Exame do precórdio: íctus sugestivo de hipertrofia ou dilatação do ventrículo esquerdo; arritmias; 3^a bulha, que sinaliza disfunção sistólica do ventrículo esquerdo; ou 4^a bulha, que sinaliza presença de disfunção diastólica do ventrículo esquerdo, hiperfonese de 2^a bulha em foco aórtico, além de sopros nos focos mitral e aórtico.
- Exame do pulmão: ausculta de estertores, roncos e sibilos.
- Exame do abdome: massas abdominais indicativas de rins policísticos, hidronefrose, tumores e aneurismas. Identificação de sopros abdominais na aorta e nas artérias renais.
- Extremidades: palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos. A diminuição da amplitude ou o retardo do pulso das artérias femorais sugerem doença obstrutiva ou coarctação da aorta. Se houver forte suspeita de doença arterial obstrutiva periférica, determinar o Índice Tornozelo-Braquial (ITB). Avaliação de eventual edema.
- Exame neurológico sumário.
- Exame de fundo de olho: identificar estreitamento arteriolar, cruzamentos arteriovenosos patológicos, hemorragias, exsudatos e papiledema.

Avaliação laboratorial de rotina para o paciente hipertenso

- Análise de urina
- Potássio plasmático
- Creatinina plasmática

- calcular a taxa de filtração glomerular pela fórmula de Cockroff-Gault:
 $TFGE(\text{ml}/\text{min}) = [140 - \text{idade}] \times \text{peso}(\text{kg}) / \text{creatinina plasmática} (\text{mg}/\text{dl}) \times 72$ para homens; para mulheres, multiplicar o resultado por 0,85. Interpretação - função renal normal: $> 90 \text{ ml}/\text{min}$;

Quando não tratada adequadamente, a hipertensão arterial pode acarretar graves conseqüências a alguns órgãos alvos vitais, e como entidade isolada está entre as mais freqüentes morbidades do adulto. Desse modo, a doença hipertensiva tem se constituído num dos mais graves problemas de saúde pública (PÉRES, MAGNA, VIANA, 2003).

Em situações normais, espera-se que a elevação da PA seja acompanhada de redução da freqüência cardíaca 10. Entretanto, muitos pacientes com HÁ essencial apresentam freqüência cardíaca de repouso mais elevada que o normal. Isso pode sugerir alterações na sensibilidade dos baroreceptores nos pacientes com HÁ (SANJULIANI, 2002).

CONCLUSÃO

A crise hipertensiva é caracterizada por 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 135 mmHg acompanhada de sintomas a ela relacionados. Essa situação é freqüentemente vista em todos os ambulatórios especializados, prontos-atendimentos e prontos-socorros do país e não merece internação ou tratamento mais intensivo. Lembramos que, na maioria das vezes, a cefaléia não está relacionada com a hipertensão e que o estresse e o desconforto causado pela dor fazem com que a pressão arterial aumente ainda mais.

Urgências hipertensivas são situações em que há elevação pressórica acentuada (definida arbitrariamente como uma elevação pressórica diastólica ≥ 120 mmHg) sem lesão em órgãos- -alvo de forma aguda e progressiva. Emergências hipertensivas são situações em que há elevação pressórica acentuada (definida arbitrariamente como uma elevação pressórica diastólica ≥ 120 mmHg), porém com lesão em órgãos-alvo de forma aguda e progressiva. O valor pressórico considerado elevado é empírico, havendo menor referência em relação à pressão arterial sistólica (PAS), em consequência da sua maior variabilidade. Outro fator importante e de difícil mensuração é a velocidade da elevação pressórica: quanto mais rápida, maior é a probabilidade de não haver

adaptação ao mecanismo de autorregulação pressórica. A redução pressórica deve ser cautelosa, evitando-se queda abrupta da PA, pelo risco de complicações como hipoperfusão e isquemia cerebral, lesão miocárdica e renal.

A urgência tem sido utilizada para conduzir tratamento agressivo e exagerado em vários pacientes com hipertensão (nem sempre acentuada e complicada). Geralmente, pacientes com queixas de cefaleia, dor torácica atípica, dispneia, estresse psicológico agudo e síndrome de pânico associadas a PA elevada não caracterizam uma urgência ou emergência hipertensiva, sendo na realidade uma pseudocrise hipertensiva, e são tratados freqüentemente com fármacos de maneira desnecessária em serviços de pronto atendimento.

O decorrer deste estudo me mostrou qual a diferença entre as urgências e emergências hipertensivas, e como ambas tem que ser diagnosticadas, tratadas. A urgência hipertensiva é caracterizada por uma elevação severa da PA, e é uma crise com potencial para lesão órgão alvo se a PA se não for controlada. Pude perceber e entender os danos causados pela hipertensão no organismo humano, essa patologia é uma doença crônica, porém tem tratamento, e quando controlada o individuo apresenta uma qualidade de vida excelente. Nas urgências hipertensivas, as queixas clínicas mais comuns foram de cefaléia e tontura, sintomas de menor gravidade aparente, compatíveis com um quadro de menor risco. E um dos grandes problemas levantados nesse estudo é referente ao diagnostico preciso da elevação da pressão arterial e a presença ou não de lesão em órgãos-alvo, fato que diferenciará a urgência da emergência hipertensiva.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. L. **O pentágulo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos e grupos.** Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, Pelotas, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000.

SILVA, D. A. S. et al. **Associação do sobrepeso com variáveis sócio demográficas e estilo de vida em universitários.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4473-4479, 2011.

RIBAS S. A; SILVA L. C. S. **Dislipidemia em Escolares na Rede Privada de Belém** Sociedade Brasileira de Cardiologia. Rio de Janeiro 2008.

SIMIÃO, F. et al. **I Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Resumo Executivo.** Sociedade Brasileira de Cardiologia- Brasil. ArqBrasCardiol. 2014

HALLAL, P.C. et al. **Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática.** Ver Saúde Pública, v.41,n.3, p.453-60. 2007.

MARINHO C. S. **ESTILO DE VIDA E INDICADORES DE SAÚDE DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DA UNIPLAC.** Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2002.

PERERIA M. et al. **Reações Adversas Cardiovasculares Dislipidemia.** Guia de Reações Adversas a Medicamentos. Unidade de Farmacovigilância do Sul. 2013

SILVA M. A. M. et al. **Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Crianças e Adolescentes da Rede de Ensino da Cidade de Maceió.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia – Volume 84, Nº 5, 2005.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Consenso Brasileiro Sobre Dislipidemias Detecção – Avaliação – Tratamento.** Arquivos Brasileiros Cardiologia volume 67, 1996.

Portal do Coração, cardiologia, saúde e bem-estar. Disponível em <http://portaldocoracao.uol.com.br/anormalidades-do-colesterol/dislipidemias-tratamento-medicamentoso> Acesso em 20 de dezembro de 2016.

Dislipidemia. Disponível em <http://www.infoescola.com/doencas/dislipidemia/> Acesso em 20 de dezembro de 2016.

Medicamentos utilizados no tratamento de dislipidemia. Disponível em <https://www.portaleducacao.com.br/farmacologia/artigos/20992/medicamentos-utilizados-no-tratamento-de-dislipidemia>. Acesso em 20 de janeiro de 2016.

Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. **Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional.** Rev Panam Salud Publica. 2009; 25(6):491–8.

Gama GGG, Mussi FC, Guimarães AC. **REVISANDO OS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR.** Revista de Enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, 2010.

MAGALHÃES F. J. et al. **Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem. Fortaleza-Ce, 2014.

CARLUCCI E. M. S. et al. **Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular.** Compêndio Ciências Saúde. São Paulo, 2013.

Burke GL, Bell RA. **Trends in cardiovascular disease: incidence and risk factors.** In: Wong ND, Black HR, Gardin JM (eds). Preventive Cardiology. New York: McGraw-Hill; 2000:21-46.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Manual de Orientação Clínica HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)**. São Paulo 2011

FEITOSA FILHO, G. S.; LOPES, R. D.; POPPI, N. T.; GUIMARÃES, H. P. **Emergências hipertensivas**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, v.20, n.3, p.305-312, 2008.

FORTES, J. I. et al. **Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem- livro do aluno: Urgência e emergências/** coordenação técnica pedagógica Julia Ikeda Fortes [et al.]. São Paulo, p.322: FUNDAP,2010.

ÁVILA A. et al., **Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária**. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI | Capítulo 1. J Bras Nefrol 32; Supl1 2010.

SBH. **Hipertensão**. REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VOLUME 7. N SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO 2004.

GUEDES N. G. et al., **Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial**. Revista da Escola de Enfermagem USP 2005.

FRANCO R. J. S. **Crise hipertensiva: definição, epidemiologia e abordagem diagnóstica**. Revista Brasileira de Hipertensão. São Paulo 2002.

FURTADO R. G. COELHO E. B. NOBRE F. **URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS**. Simpósio: URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NEFROLÓGICAS. Capítulo III.

ANDRADE D. O, SANTOS S. P. O, MARTIN J. F. **Inflamação, disfunção endotelial e eventos agudos na hipertensão arterial**. Revista Brasileira Hipertensão vol. 21, 2014.