

Prevalência de Verdadeiras Crises Hipertensivas e Adequação da Conduta Médica em Pacientes Atendidos em um Pronto-Socorro Geral com Pressão Arterial Elevada

Prevalence of True Hypertensive Crises and Appropriateness of the Medical Management in Patients with High Blood Pressure Seen in a General Emergency Room

Francisco das Chagas Monteiro Júnior, Fernando Antônio Costa Anunciação, Natalino Salgado Filho, Genise Mayara Alves da Silva, José Bonifácio Barbosa, Pedro Antônio Muniz Ferreira, Joyce Lages, Natália Ribeiro Mandarino, Wellington Santana da Silva Júnior, Carolina Cipriano Monteiro

Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA - Brasil

Resumo

Fundamento: Pressão arterial elevada é motivo freqüente de procura por pronto-socorro, sendo possível que muitos pacientes recebam erroneamente um diagnóstico de crise hipertensiva e, conseqüentemente, um tratamento inadequado.

Objetivo: Analisar os casos de pacientes com pressão arterial elevada atendidos em um pronto-socorro geral, quanto ao preenchimento de critérios para o diagnóstico de crise hipertensiva e a adequação da conduta médica.

Métodos: Dos 1.012 pacientes atendidos consecutivamente em um pronto-socorro geral privado de referência, em São Luís, Maranhão, entre agosto e novembro de 2003, 198 (19,56%) tiveram como diagnóstico principal do atendimento pressão arterial elevada. Destes, de apenas 169 pacientes foi possível obter informação adequada nos boletins de atendimento, sendo 54,4% do sexo feminino, com média de idade de $53,3 \pm 15,2$ anos. Coletaram-se dados referentes aos pacientes e aos médicos atendentes, a fim de classificar cada caso como urgência, emergência ou pseudocrise hipertensiva, e a conduta médica como adequada ou inadequada. Procurou-se ainda identificar os fatores associados à conduta e ao uso de medicação anti-hipertensiva.

Resultados: Em apenas 27 pacientes (16%) houve critérios para caracterização de uma crise hipertensiva, sendo todos estes classificados como urgências. A conduta médica foi considerada adequada em 72 casos (42,6%), não sofrendo influência da especialidade ($p = 0,5$) nem da experiência do médico ($p = 0,9$). Níveis tensionais, e não a presença ou ausência de sintomas, foram preditivos do uso de medicação anti-hipertensiva ($p < 0,001$).

Conclusão: Na população analisada, menos de 1/5 dos pacientes atendidos em um pronto-socorro com suposta crise hipertensiva apresentou critérios definidos para tal diagnóstico. A conduta médica foi considerada adequada em menos da metade dos atendimentos. (Arq Bras Cardiol 2008; 90(4): 269-273)

Palavras-chave: Crise hipertensiva, diagnóstico, prevalência, conduta médica.

Summary

Background: High blood pressure is a common reason for patients to seek an emergency room, and many of them may possibly be wrongly diagnosed with hypertensive crisis and, consequently, be inappropriately treated.

Objective: To analyze the cases of patients seen in a general emergency room because of high blood pressure as for meeting the criteria for the diagnosis of hypertensive crisis and the appropriateness of medical management.

Methods: Of the 1012 patients consecutively seen in a private referral general emergency room in the city of São Luís, State of Maranhão, between August and November 2003, 198 (19.56%) had a main diagnosis of high blood pressure in that visit. Of these, proper information could only be obtained from the patient charts of 169 patients; 54.4% of them were females with a mean age of 53.3 ± 15.2 years. Data regarding patients and the attendant physicians were collected, and each case was classified as an urgency, emergency or pseudohypertensive crisis; the medical management was classified as appropriate or inappropriate. We also sought to identify the factors associated with the medical management and with the use of antihypertensive medication.

Results: Criteria for the characterization of a hypertensive crisis were present in only 27 patients (16%), and all were classified as urgencies. Medical management was considered appropriate in 72 cases (42.6%), and was neither influenced by specialty ($p=0.5$) nor by the physician's experience ($p=0.9$). Blood pressure levels, but not the presence or absence of symptoms, were predictive of the use of antihypertensive medication ($p<0.001$).

Conclusion: In the population analyzed, less than one fifth of the patients seen in an emergency room with a presumed hypertensive crisis met defined criteria for this diagnosis. Medical management was considered appropriate in less than half of the occurrences. (Arq Bras Cardiol 2008; 90(4): 247-251)

Key words: Hypertensive crisis, diagnosis, prevalence, medical management

Full texts in English - <http://www.arquivosonline.com.br>

Correspondência: Francisco das Chagas Monteiro Júnior •
Rua Santa Luzia, 27 Qd.17, Calhau, 65.067-460, São Luís, MA - Brasil
E-mail: francchagas@cardiol.br

Artigo recebido em 02/07/07; revisado recebido em 19/08/07; aceito em 09/10/07.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença altamente prevalente que atinge de 15% a 20% da população adulta, sendo considerada um dos mais importantes fatores de risco cardiovascular. Apesar dos notáveis avanços que têm ocorrido nas últimas décadas no que tange ao seu tratamento, os índices de controle adequado da HAS ainda são muitos baixos em vários países, inclusive no Brasil, sendo comum a procura por serviços de pronto-atendimento motivada por pressão arterial elevada, decorrente, em geral, de um controle ambulatorial inadequado, não necessariamente configurando uma crise hipertensiva¹⁻³.

Por crise hipertensiva entende-se uma elevação aguda e sintomática da pressão arterial, o que torna necessária a redução imediata desta para evitar danos agudos em órgãos-alvo e morte⁴. Apesar de teoricamente simples, a abordagem das crises hipertensivas na prática diária tem sido objeto de muitas controvérsias, relacionadas principalmente ao diagnóstico correto, à definição de emergência e urgência, bem como à escolha da terapêutica adequada e à sua aplicação correta nas diferentes situações em que ocorrem. Tal fato assume maior importância quando se considera que o diagnóstico correto e o tratamento adequado previnem as graves complicações decorrentes dessa situação médica. No entanto, tem-se verificado que muitas vezes as recomendações dos organismos internacionais não têm sido efetivamente empregadas na prática clínica. Além disso, são escassas as informações disponíveis em nosso meio relativas à prevalência e às condições de atendimento da crise hipertensiva⁵.

É comum em muitos serviços de saúde a inexistência de padronização do diagnóstico e tratamento da crise hipertensiva. Tal situação é agravada pela omissão freqüente do diagnóstico quando ocorre outra situação clínica concomitante, o que dificulta uma estimativa real da prevalência de crise hipertensiva.

Em situações caracterizadas como pseudocrises hipertensivas, o uso de medicamentos e a redução intempestiva da pressão arterial podem acarretar danos ao paciente⁵.

Diante da magnitude das variáveis clínico-epidemiológicas envolvidas no manejo da hipertensão e principalmente da crise hipertensiva, considerou-se oportuna a realização desta pesquisa, no intuito de conhecer a real prevalência do problema em nosso meio e como os médicos estão lidando com essa situação clínica.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico que inclui pacientes adultos (idade ≥ 18 anos), de ambos os sexos, atendidos consecutivamente em um pronto-socorro geral privado de referência, em São Luís, Maranhão, entre agosto e novembro de 2003, cujo diagnóstico principal do atendimento foi hipertensão arterial ou uma de suas complicações agudas (edema agudo de pulmão, dissecação aórtica, acidente vascular cerebral etc.). Excluíram-se do estudo pacientes cujos boletins de atendimento não continham os dados clínicos mínimos que permitissem a classificação do caso e a análise da conduta médica.

Foram coletados dados constantes nos boletins de atendimento referentes aos pacientes e à conduta médica, a fim de classificar cada caso como urgência, emergência ou pseudocrise hipertensiva, e a conduta médica como adequada ou inadequada. As informações anotadas nos boletins de atendimento e a prescrição de medicamentos ficaram inteiramente a cargo dos médicos plantonistas do serviço, os quais não tinham conhecimento da pesquisa em andamento. Os dados foram coletados durante todos os turnos de funcionamento do referido pronto-socorro. As informações referentes aos médicos atendentes (especialidade e tempo de formação) foram obtidas com o serviço de recursos humanos da instituição-sede da pesquisa.

Analysaram-se as seguintes variáveis: sexo, idade, classificação do caso (urgência/emergência/não-crise hipertensiva), níveis de pressão arterial (PA) à admissão, presença de sintomas, conduta médica (adequada/ inadequada), especialidade do médico atendente (cardiologista/não-cardiologista), tempo de formação do mesmo (menor que 10 anos/maior ou igual a 10 anos) e uso de medicação anti-hipertensiva.

Conforme os níveis tensionais, a hipertensão foi classificada como: leve ou estágio I (pressão arterial $\geq 140 \times 90$ e $< 160 \times 100$ mmHg), moderada ou estágio II (pressão arterial $\geq 160 \times 100$ e $< 180 \times 110$ mmHg) e grave ou estágio III (pressão arterial $\geq 180 \times 110$ mmHg). A crise hipertensiva foi definida, segundo critério de Mesquita⁶, como a elevação acentuada (em geral, igual ou maior que 180×110 mmHg) e sintomática da pressão arterial, sendo classificada como emergência se houvesse evidência de risco iminente de morte ou perda de função orgânica, e como urgência se não fossem caracterizados esses riscos. A conduta médica foi considerada adequada quando o médico prescreveu medicação anti-hipertensiva ante as crises hipertensivas (sendo via oral/sublingual para as urgências e parenteral para as emergências) e deixou de prescrevê-la na ausência de critérios para caracterização de uma verdadeira crise hipertensiva.

Os dados coletados foram submetidos à análise estatística por meio do programa Stata versão 6.0, utilizou-se o teste qui-quadrado para comparação de proporções, e foi considerado significativo um $p < 0,05$. Representaram-se as variáveis categóricas por freqüência absoluta (n) e relativa (%), e as variáveis contínuas foram expressas como média e desvio padrão.

Resultados

Dos 1.012 pacientes atendidos no serviço, durante o período do estudo, 198 (19,5%) apresentam como queixa principal pressão arterial elevada. Destes, 169 preencheram os critérios para inclusão na pesquisa (o que corresponde a uma perda de 14,65% do total), constituindo a amostra objeto deste estudo. A média de idade foi de 53,3 \pm 15,2 anos, e 92 pacientes (54%) eram pertencentes ao sexo feminino.

As queixas mais freqüentemente atribuídas à PA alta foram cefaléia (54,4%), tonturas (22,4%) e precordialgia (28,4%). Outros sintomas, como nervosismo, náuseas, vista turva, mal-estar e dores no corpo, foram referidos em menores porcentagens, totalizando 35,5% dos casos.

Em apenas 27 pacientes (16%), foram constatados critérios para caracterização efetiva de uma crise hipertensiva, sendo

Artigo Original

todos estes classificados como urgências hipertensivas. A PA sistólica média de apresentação foi de 160,2 +/- 24 mmHg, enquanto a PA diastólica média foi de 97,9 +/- 13,9 mmHg. Apenas 59 pacientes (34,9%) apresentaram PA maior ou igual a 180 x 110 mmHg. A tabela 1 apresenta a frequência com que os pacientes se apresentaram em cada faixa de PA (sistólica e diastólica).

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes de acordo com as faixas de níveis de PA à admissão.

Faixas de níveis de PA (mmHg)	Nº de pacientes	Frequência
PA sistólica		
130-139	27	15,9%
140-159	22	13,0%
160-179	61	36,1%
≥ 180	59	34,9%
PA diastólica		
85-89	31	18,3%
90-99	22	13,0%
100-109	60	35,5%
≥ 110	56	33,1%

Quanto à conduta médica, ela foi considerada adequada em apenas 71 casos (42%). Não houve correlação entre a conduta médica (adequada/ inadequada) e a especialidade (cardiologista/ não-cardiologista) (tab. 2).

Tabela 2 - Relação entre a especialidade do médico atendente e a adequação da conduta.

Especialidade	Conduta adequada (nº de pacientes)	Conduta inadequada (nº de pacientes)
Cardiologista	39 (23,0%)	49 (28,9%)
Não-cardiologista	32 (18,9%)	49 (29%)

p - 0,5

A conduta também não demonstrou correlação com o tempo de formação do médico atendente (tab. 3).

Tabela 3 - Relação entre o tempo de formação do médico atendente e a adequação da conduta.

Tempo de formação	Conduta adequada (nº de pacientes)	Conduta inadequada (nº de pacientes)
< 10 anos	24 (14,2%)	34 (20,1%)
≥ 10 anos	46 (27,2%)	65 (38,4%)

p - 0,99

Os medicamentos mais utilizados no atendimento inicial foram o captopril, por via sublingual (em 112 pacientes), e a nifedipina, também por via sublingual (em 24 pacientes) (Gráfico 1).

O estudo demonstrou também que o uso de medicação anti-hipertensiva correlacionou-se com os níveis tensionais ($p < 0,001$) (Gráfico 2), mas não com a presença ou ausência de sintomas ($p = 0,72$) (Gráfico 3).

Discussão

A queixa de pressão arterial elevada como motivo de procura por atendimento de urgência neste estudo foi relativamente freqüente, correspondendo a quase 20% de todos os atendimentos médicos, o que corrobora os achados de outros autores^{5,7,8}.

Os resultados desta pesquisa, assim como os de Nobre e cols.⁸, também demonstram uma freqüência relativamente alta com que pacientes que chegam a um serviço de pronto-socorro são, inapropriadamente, diagnosticados como apresentando crise hipertensiva. Neste estudo, apenas uma minoria dos pacientes (16%) preenchia critérios para um diagnóstico de verdadeira crise hipertensiva, não tendo sido registrado um único caso de emergência hipertensiva. Convém enfatizar, no entanto, que quase 15% dos pacientes inicialmente elegíveis para o estudo foram excluídos por causa da documentação inadequada nos boletins de atendimento.

A conduta médica foi considerada inadequada em mais da metade dos atendimentos, principalmente em decorrência do uso inapropriado de medicamentos, ou seja, em pacientes que não apresentavam critérios para o diagnóstico de crise hipertensiva, achado semelhante ao de Gus e cols.⁹. Chama a atenção que, apesar de o tratamento para reduzir rapidamente a pressão arterial ter sido efetuado nos valores mais elevados de PA, houve ainda uma menor parcela de casos de aumento leve ou mesmo de PA dentro dos limites da normalidade, os quais foram tratados com medicação anti-hipertensiva.

Esses dados podem decorrer da falta de padronização do atendimento ao paciente com pressão arterial elevada, bem como da não-adesão dos médicos a ela. Esse fato é preocupante, uma vez que evidências recentes sugerem que o aumento isolado da PA, na ausência de sintomas, raramente requer terapia específica de emergência⁹, e, o que é mais grave, a redução intempestiva da PA por meio do uso de medicamentos em pacientes com PA elevada mas sem crise hipertensiva pode ser danosa, acarretando queda da perfusão e, eventualmente, lesão de órgãos-alvo.

No estudo de Almeida¹⁰, por exemplo, verificou-se que a redução da PA, durante 45 minutos, de níveis severamente aumentados para valores em torno de 140 x 90 mmHg determinou queda de 44,7 +/- 6,8% da função renal, o que não ocorreu quando a PA foi reduzida para os mesmos níveis em hipertensos moderados, demonstrando o grau de desajuste da auto-regulação renal em hipertensos severos.

Outra conseqüência indesejável do diagnóstico incorreto da crise hipertensiva e do uso abusivo de medicamentos é a sobrecarga dos serviços de pronto-socorro e os gastos desnecessários, como frisam Nobre e cols.⁸.

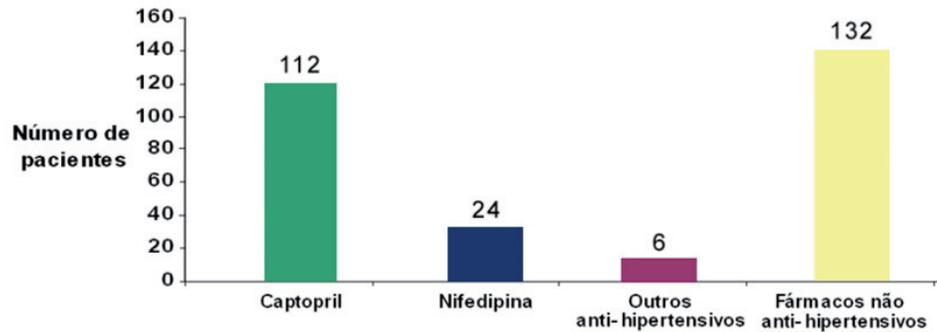


Gráfico 1 - Fármacos utilizados no atendimento inicial na unidade de emergência.

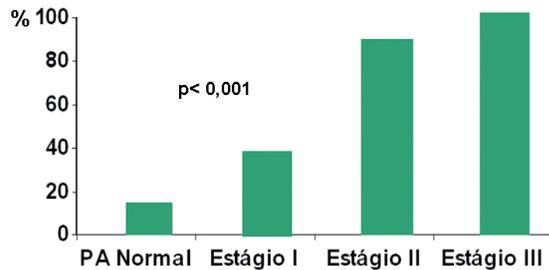


Gráfico 2 - Frequência do uso de medicação anti-hipertensiva, de acordo com o nível da pressão arterial apresentado durante a consulta.

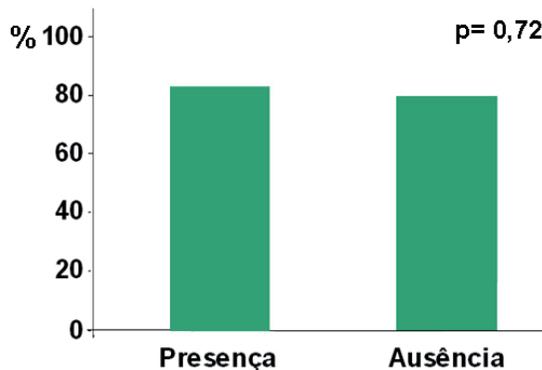


Gráfico 3 - Frequência do uso de medicação anti-hipertensiva, de acordo com a presença ou ausência de sintomas.

O uso de medicamentos para controle da PA em pacientes com diagnóstico de crise hipertensiva tem sido motivo de debates e controvérsias. Em geral, aceita-se que o tratamento das emergências deva ser feito com drogas por via parenteral, com o objetivo de reduzir a PA

ao longo de horas, e o das urgências, com drogas por via oral, com o propósito de controle da PA ao longo de 24 horas². Apesar da falta de embasamento científico, por motivos circunstanciais, é comum em nosso meio o uso de medicamentos por via sublingual, principalmente o captopril e a nifedipina, dando-se preferência ao primeiro por causa de sua ação mais gradual^{5,11}. Apesar de sua comprovada eficácia em reduzir a PA^{12,13}, a nifedipina de curta ação tem sofrido severas críticas em relação ao seu emprego no tratamento das crises hipertensivas, em razão da imprevisibilidade da rapidez e da intensidade da redução da PA promovida por ela, o que pode acarretar isquemia de órgãos nobres. De fato, a droga tem sido apontada como causa de complicações graves e mortes, especialmente em idosos e coronariopatas¹⁴⁻¹⁶, sendo atualmente proscrita para uso em crise hipertensiva, conforme diretrizes vigentes⁵. Apesar dessas evidências, observou-se, neste trabalho, ainda o uso da nifedipina em muitos pacientes, e, o que é mais preocupante, muitas vezes na ausência de critérios para definição de crise hipertensiva.

Os dados aqui apresentados demonstram o despreparo dos médicos no manuseio de pacientes atendidos com PA elevada, no contexto de uma unidade de emergência. Além disso, a conduta médica (adequada vs. inadequada) não foi influenciada pela especialidade (cardiologistas vs. não-cardiologistas) nem pela experiência do profissional. Um outro achado interessante foi que a análise de fatores preditivos do uso de medicação anti-hipertensiva revelou que os níveis tensionais, e não a presença ou ausência de sintomas, é que influenciaram a decisão de usar ou não uma droga hipotensora.

Pelo exposto, tornam-se necessárias a instituição e a ampla divulgação de diretrizes específicas para o manuseio das crises hipertensivas, adaptadas às peculiaridades dos serviços de emergência em nosso país, de forma a proporcionar um atendimento de melhor qualidade, evitando-se, assim, complicações e custos desnecessários.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Artigo Original

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Referências

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2004; 82 (supl 4): 1-14.
2. Valdés SG, Roessler BE. Recomendaciones para el manejo de las crisis hipertensivas: documento de Consenso de la Sociedad Chilena de Hipertensión Arterial. *Rev Med Chile.* 2002; 130: 1-17.
3. Figueira NA. *Condutas em clínica médica.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2001.
4. Franco RJS. Crise hipertensiva: definição, epidemiologia e abordagem diagnóstica. *Rev Bras Hipertens.* 2002; 9: 340-5.
5. Praxedes JN, Santello JL, Amoedo C, Giorgi DMA, Machado CA, Jabur P. Encontro multicêntrico sobre crises hipertensivas – relatório e recomendações. *J Bras Nefrol.* 2001; 23 (supl 3): 1-20.
6. Mesquita ET. *Rotinas de emergências cardiovasculares.* São Paulo: Atheneu; 2001.
7. Martin JFV, Higashiana E, Garcia E, Luizon MR, Cipullo JP. Perfil da crise hipertensiva: prevalência e apresentação clínica. *Arq Bras Cardiol.* 2004; 83: 125-30.
8. Nobre F, Chauchar F, Viana JM, Pereira NKC. Avaliação do atendimento do hipertenso em serviço de urgência e ambulatório de hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2002; 78 (2): 159-61.
9. Gus M, Andrigheto AC, Balle VR, Pilla MB. Abordagem terapêutica de pacientes com queixa de pressão arterial elevada em um setor de emergência cardiológica. *Arq Bras Cardiol.* 1999; 72 (3): 324-6.
10. Almeida FA. Emergências hipertensivas: bases fisiopatológicas para o tratamento. *Rev Bras Hipertens.* 2002; 9: 346-52.
11. Case DB, Atlas AS, Sullivan AP, Laragh JH. Acute and chronic treatment of severe and malignant hypertension with the oral angiotensin-converting enzyme inhibitor captopril. *Circulation.* 1981; 64: 765-72.
12. Varon J, Marik PE. The diagnosis and management of hypertensive crisis. *Chest.* 2000; 118: 214-27.
13. Beer N, Gallegos I, Cohen A, Klein N, Sonnenblick E, Frishman W. Efficacy of sublingual nifedipine in the acute treatment of systemic hypertension. *Chest.* 1981; 79: 571-80.
14. Zampaglione B, Pascale C, Marchisio M, Cavallo-Perin P. Hypertensive urgencies and emergencies: prevalence and clinical presentation. *Hypertension.* 1996; 27 (1): 144-7.
15. Opie LH, Messerli FH. Nifedipine and mortality: grave defects in the dossier. *Circulation.* 1995; 92 (5): 1068-73.
16. Furberg CD, Psaty BM, Meyer JV. Nifedipine: dose-related increase in mortality in patients with coronary heart disease. *Circulation.* 1995; 92 (5): 1326-31.