

4.04.01 - Enfermagem/Enfermagem Médico-cirúrgica

AValiação de Recidiva Hospitalar em Pacientes com Crise Hipertensiva

Letícia Alcântara Fernandes¹, Carime Farah Flórido², Angela Maria Geraldo Pierin³

1. Aluna de iniciação científica (PIBIC), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) – São Paulo (SP), Brasil
2. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA), EEUSP – São Paulo (SP), Brasil
3. Prof^a Titular do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica, EEUSP – São Paulo (SP), Brasil/Orientador

Resumo

Realizou-se estudo de coorte prospectiva com objetivo de avaliar a ocorrência de atendimento hospitalar, 30 e 180 dias após a ocorrência de crise hipertensiva. Foram incluídos 284 pacientes: ≥ 18 anos, pressão sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 120 mmHg e ter contato telefônico para as entrevistas aos 30 e 180 dias. Os resultados mostraram prevalência de Urgência hipertensiva de 61,6% e Emergência hipertensiva 28,5%. As principais comorbidades foram: Hipertensão Arterial (97,1%), Colesterol alto (62,9%), Diabetes Mellitus (45,8%) e Infarto agudo do miocárdio (32,1%). Verificou-se que houve aos 30 e 180 dias (respectivamente): retorno em serviço de saúde por pressão arterial elevada (17,2% e 15,1%) e em Pronto-socorro (51,5% e 62,5%); atendimento por outros motivos de saúde (18,6% e 24,1%) e os locais foram internação hospitalar (43,8% e 35,8%); e óbitos (n=5 e n=11) e a causa principal foi Covid-19.

Autorização legal:

Comitê de Ética em Pesquisa EEUSP (CAAE:29506120.6.0000.5392/Parecer 4.054.418).

Palavras-chave:

Hipertensão; Emergência hipertensiva; Urgência hipertensiva.

Trabalho selecionado para a JNIC

PRP - USP.

Introdução

As doenças cardiovasculares, constituem um problema global de saúde responsável por 17,9 milhões de mortes¹. As emergências cardiovasculares tornaram-se frequentes nos serviços de emergência, entre elas a crise hipertensiva. A hipertensão arterial está frequentemente associada a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo com consequente aumento dos riscos para eventos cardiovasculares graves². A prevalência de hipertensão arterial é elevada; no Brasil (32%)², na Inglaterra (30%), nos Estados Unidos (29%) e índices menores no Canadá (19,5%)³. A crise hipertensiva é uma complicação da hipertensão arterial, considerada uma condição clínica aguda devido ao aumento repentino da pressão arterial e pode ocasionar lesões em órgãos-alvo determinando sua classificação em urgência hipertensiva ou emergência hipertensiva⁴. É caracterizada por pressão arterial sistólica acima de 180 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior que 120 mmHg. Na emergência hipertensiva há progressivas disfunções de órgãos-alvo e na urgência hipertensiva não ocorre disfunção de órgãos-alvo⁵. Desta forma, as emergências hipertensivas apresentam maior gravidade em relação às urgências hipertensivas.

O objetivo principal do estudo foi avaliar a ocorrência de atendimento hospitalar ou em outra instituição de saúde, 30 dias e seis meses após a crise hipertensiva. Os objetivos secundários foram: 1) Caracterizar os pacientes em relação aos dados: biossocioeconômicos (idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, ocupação e renda mensal); clínicos durante a permanência no serviço de emergência (valores de pressão arterial, sinais e sintomas, tratamento, exames, diagnósticos médicos registrados e destino); variáveis antropométricas relativas ao índice de massa corporal (peso, altura); comorbidades e antecedentes pessoais para hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva, dislipidemias, diabetes mellitus, doenças renais, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. 2) Identificar a ocorrência de atendimento hospitalar ou outra instituição de saúde, em 30 dias e seis meses após a crise hipertensiva. 3) Identificar associação entre a ocorrência de atendimento hospitalar e as variáveis estudadas.

Metodologia

Estudo de coorte prospectiva, parte do estudo “Desfechos cardiovasculares em pacientes com urgência e emergência hipertensiva: estudo de coorte prospectiva”, com 284 pacientes atendidos entre 01/08/2020 e 01/01/2021, em uma Unidade de Emergência de um hospital de ensino especializado em cardiologia da cidade de São Paulo. Foram incluídos pacientes com idade ≥ 18 anos, pressão arterial sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 120 mmHg e com contato telefônico para o acompanhamento prospectivo. O estudo possui duas fases: coleta de dados de prontuário e fase de acompanhamento prospectivo por contato telefônico. Na fase 1, os dados, incluindo o valor de pressão arterial, foram coletados mediante consulta aos prontuários médicos que foram acessados por meio do sistema informatizado SI3, em uso na instituição onde o estudo foi realizado. Os participantes que atenderem os critérios de inclusão foram elegíveis para o estudo. Assim, a Fase 1 correspondeu ao “tempo zero” que compreende o período de coleta dos dados de prontuário referente ao atendimento inicial

na Unidade de Emergência bem como dados de caracterização do paciente constantes no prontuário. A Fase 2 compreendeu o acompanhamento prospectivo, que foi realizado por meio de entrevistas por contato telefônico 30 dias e 180 dias após a crise hipertensiva. O seguimento teve como finalidade avaliar a ocorrência de atendimento hospitalar ou em outra instituição de saúde e, caso necessário, complementar dados de caracterização do participante. Só após anuência verbal do participante, foi realizada a entrevista por contato telefônico. O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem, sob parecer 4.054.418 (CAAE 29506120.6.0000.5392). A análise descritiva foi usada para frequências absolutas, percentuais, médias e desvio-padrão. Para as variáveis qualitativas foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson ou Fisher e para comparação entre variáveis quantitativas, com valor significativo de $p < 0,05$, foi utilizado o teste *t-student* ou o teste não paramétrico Mann-Whitney.

Resultados e Discussão

Verificou-se que a amostra estudada foi composta por mulheres (53,9%), etnia branca (76,8%), com 66(13,4) anos, casados (49,1%), ensino médio completo (22%), aposentados (76,6%) e com renda mensal média de 2488,6(3485,8) reais. O índice de massa corporal foi 27,35(4,9) Kg/m², correspondendo a sobrepeso. A média da pressão arterial sistólica/diastólica registrada no serviço de emergência foi de 190(17,1)/99,4(9,5) mmHg. As urgências hipertensivas corresponderam a 61,6%, as emergências foram 28,5% e 9,9% não foi possível classificar. Os sinais e sintomas mais prevalentes no serviço de emergência foram: dor torácica (42,3%), dispneia (32,9%), náuseas (16,1%), mal-estar (11,7%), vertigem (11%), cefaleia (10,6%) e síncope (9,8%). Os tratamentos medicamentosos mais utilizados foram: anticoagulantes (33,8%), diuréticos (28,9%), analgésicos (28,4%), vasodilatadores (24%), inibidores da ECA (22,7%) e bloqueadores dos canais de cálcio (21,3%). Realizou-se ainda, angioplastia com implante de *stent* (16,8%), e implante de marcapasso (5,5%). Foram realizados os seguintes exames diagnósticos: 77,2% exames laboratoriais, 58% eletrocardiograma, 31,6% ecocardiograma e 26,5% tomografia computadorizada. Quanto aos antecedentes pessoais e comorbidades 97,1% referiram hipertensão arterial, 62,9% colesterol elevado, 45,8% diabetes mellitus, 32,1% tiveram ao menos um episódio de infarto agudo do miocárdio, 27,3% insuficiência cardíaca, 20,4% doença renal e 19,1% arritmia cardíaca. O destino após o atendimento da crise hipertensiva compreendeu 59% alta, 37,1% internação, 3,5% transferência para outros hospitais e 0,3% foram à óbito. Em relação aos desfechos investigados por entrevista telefônica, trinta dias após a crise hipertensiva, 28,8% procuraram serviços de saúde; sendo que 17,2% o atendimento foi devido à pressão arterial elevada, em pronto-socorro (62,5%) e outros locais de hospitais (15%). O retorno ao serviço de saúde por outros motivos compreendeu 18,6%, entre os motivos destacam-se Covid-19 (13,9%), 11,3% devido a algum tipo de infecção/inflamação, 9,3% por dor torácica, 9,3% implante de marcapasso e 7% insuficiência cardíaca descompensada, sendo a maior procura por atendimento em hospitais (43,8%) e com necessidade de internação (15%), seguido de procura por pronto-socorro (37,2%). Foram identificados 5 óbitos. A avaliação feita 6 meses após o atendimento da crise hipertensiva mostrou que 19,6% informaram atendimento em serviço de saúde, sendo 15,1% devido à pressão alta e o pronto-socorro o local de atendimento mais procurado (51,5%), seguido de ambulatório médico (30,3%). A procura por outros motivos de saúde correspondeu a 24,1% dos participantes e o principal motivo foi por Covid-19 (24,5%), seguido de infecção/inflamação (11,3%), dispneia (7,5%), edema de membros inferiores (5,6%) e doença renal (5,6%). Quanto ao local de atendimento, 35,8% retornaram em algum hospital e necessitaram de internação e 32,1% procuraram prontos-socorros. Houve 11 óbitos durante esse período.

O presente estudo permitiu avaliar a ocorrência de atendimento hospitalar ou em outra instituição de saúde, 30 dias e seis meses após a crise hipertensiva, caracterizando os dados biossocioeconômicos, os dados clínicos, as variáveis antropométricas e os antecedentes pessoais e comorbidades dos pacientes atendidos no serviço de emergência. A recidiva dos pacientes atendido com crise hipertensiva mostrou-se expressiva tanto 30 dias após a crise hipertensiva (28,8%) e após seis meses (19,6%).

Observou-se uma diferença significativa ($p < 0,05$) em relação à escolaridade na readmissão em 30 dias, onde 35,7% tinham ensino fundamental completo. Observou-se que a maior procura aos serviços de saúde em seis meses foram mulheres (19,7%), e pacientes com renda mensal em torno de R\$ 1939,3(2609,9) reais.

Em relação à faixa etária, observou-se que média de idade encontrada foi na sexta década, evidenciando que os idosos podem estar mais suscetíveis à hipertensão arterial, isso se deve ao fato de que com o processo de envelhecimento, ocorre o enrijecimento progressivo e perda da complacência das grandes artérias². Estudo que analisou o perfil de atendimento aos idosos pela central de regulação pré-hospitalar e atendimento pré-hospitalar móvel de urgência na Bahia, mostrou que entre os agravos prevaleceram crise hipertensiva, dor, problemas neurológicos e dispneia⁸.

A associação entre a escolaridade dos pacientes e o retorno ao serviço de saúde aos 30 dias foi outro achado, com predomínio de menor grau de escolaridade (ensino fundamental- 35,7% e analfabetos- 30,8%). Estudo realizado no Canadá analisou a relação entre idade, raça, educação e hipertensão arterial de mais de 90 mil pessoas, e constatou que mulheres com escolaridade abaixo do ensino médio relataram mais hipertensão arterial⁹. O fato da prevalência da hipertensão arterial ser maior no grupo de menor escolaridade pode ser justificado por questões socioeconômicas menos favorecidas e menos acesso aos serviços de saúde. Corroborando este contexto, identificou-se também, associação positiva entre menor renda mensal e procura por serviços de saúde ($p = 0,026$) após seis meses do atendimento da crise hipertensiva. Estudo que analisou a prevalência de hipertensão arterial em Pelotas, Rio Grande do Sul, identificou uma associação com a renda familiar, revelando que a hipertensão arterial tem dependência com as más condições de vida, tais como: baixa renda familiar e condições de moradia inadequadas¹⁰.

No que se refere à classificação da crise hipertensiva, foi identificada diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) em procura por serviço de saúde em 30 dias. Os pacientes com urgência hipertensiva (21,8%) retornaram a algum serviço de saúde com mais frequência quando comparados às emergências hipertensivas (11,3%). Porém, não houve diferença quanto à classificação da crise hipertensiva na procura aos seis meses. A maior frequência de urgência em relação à emergência hipertensiva é um achado frequente. Estudo retrospectivo realizado em um ambulatório na cidade de São José do Rio Preto, São Paulo, analisou pacientes hipertensos e constatou que dos pacientes que tiveram crise hipertensiva, 74,4% apresentaram urgência hipertensiva e 25,6% emergência hipertensiva¹¹. Outro estudo, avaliou retrospectivamente durante seis meses os atendimentos em pronto socorro de hospital público na cidade de São Vicente, SP. Os resultados mostraram que a prevalência de crise hipertensiva foi 6/1.000; 71,7% com urgência hipertensiva, 19,1% com emergência hipertensiva e 9,2% com pseudocrise hipertensiva. A urgência hipertensiva comparada com emergência hipertensiva mostrou que idade acima de 60 anos (OR: 0,50; IC95%: 0,27-0,92), problemas neurológicos (OR: 0,09; IC95%: 0,04-0,18) e emocionais (OR: 0,06; IC95%: 4,7.10⁻³-0,79) foram protetores para urgência hipertensiva, e apenas cefaleia (OR: 14,28; IC95%: 3,32-61,47) elevou a chance para urgência hipertensiva¹².

Em relação às medidas da pressão arterial, a medida encontrada tanto nos pacientes com recidiva em 30 dias [191,6 (DP=21,9) / 98,5 (DP=22,9) mmHg], quanto em seis meses [188,3 (14,5) / 98,0 (18,1) mmHg], a pressão arterial sistólica e diastólica mostraram níveis elevados, porém compatíveis com a definição usada para crise hipertensiva segundo os critérios da Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial¹³, pois o conceito de crise hipertensiva utilizado sustenta valores elevados de pressão arterial.

No que diz respeito aos sinais e sintomas apresentados no serviço de emergência, destacou-se a ocorrência de dor torácica (42,3%), dispneia (32,9%), náuseas (16,1%), mal-estar (11,7%), vertigem (11%), edema em membros inferiores (10,9%) e cefaleia (10,6%). Estudo realizado em Unidade de Emergência na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, avaliou o atendimento do hipertenso no serviço de urgência, teve como sinal e sintoma mais prevalente a cefaleia (84%), seguido de tontura (77%), e nervosismo (74%)¹³. Outro estudo realizado durante o período de 1 ano em um hospital de emergência mostrou que dispneia (41,1%) e dor torácica (37,2%) foram os sinais e sintomas mais prevalentes¹⁴. Tais estudos mostram similaridades nos sinais e sintomas, porém, as frequências foram distintas, provavelmente por diferenças nos aspectos metodológicos.

Em relação ao tratamento realizado no serviço de emergência, foi observado o uso em maior proporção dos anticoagulantes (33,8%), analgésicos (28,4%) e vasodilatadores (24%). Entre os anti-hipertensivos, o diurético (28,9%) foi o mais frequente, seguido de inibidor da ECA (22,7%), bloqueador dos canais de cálcio (21,3%) e bloqueador dos receptores de angiotensina (13,3%). Um estudo que analisou pacientes com elevação aguda da pressão arterial, mostrou que os anti-hipertensivos mais usados foram os inibidores da enzima conversora da angiotensina (56%), seguido dos bloqueadores dos canais de cálcio (12%), dos bloqueadores dos receptores da angiotensina (9,5%) e dos diuréticos (9%)¹⁵, similar aos achados do presente estudo.

Os dados mostraram que os exames mais realizados foram os laboratoriais (77,2%), seguido do eletrocardiograma (58%) e ecocardiograma (31,6%). Em relação aos diagnósticos identificados no serviço de emergência, a arritmia cardíaca foi a mais prevalente (13,8%), em seguida, acidente vascular encefálico (11,1%), e infarto agudo do miocárdio (10,3%). Em um estudo que foi realizado durante o período de 1 ano em um hospital de emergência, o diagnóstico mais prevalente foi edema agudo de pulmão (30,7%), infarto agudo do miocárdio (25,1%), angina instável (25,1%) e acidente vascular encefálico isquêmico (22,9%) e hemorrágico (14,8%)¹⁴. Entre os diagnósticos comuns em ambos os estudos, tem-se acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio, complicações mais graves e relacionadas à lesão de órgãos alvo, compatível com as emergências hipertensivas.

Por fim, os antecedentes pessoais e comorbidades mais prevalentes foram hipertensão arterial (97,1%), colesterol elevado (62,9%), diabetes mellitus (45,8%), infarto agudo do miocárdio (32,1%), insuficiência cardíaca (27,3%), e doença renal (20,4%) A ocorrência de comorbidades associadas podem agravar ainda mais a condição das pessoas hipertensas. Observou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre os pacientes que retornaram no período de seis meses após a crise hipertensiva quanto ao diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada, que foi o mais frequente (60%).

Conclusões

A prevalência da recidiva no serviço de saúde dos pacientes atendidos com crise hipertensiva, tanto em 30 dias quanto em seis meses, mostrou-se elevada. Foi possível caracterizar o perfil dos pacientes com essa condição clínica e observar a associação entre as variáveis estudadas e o retorno ao serviço de saúde. Esses achados indicam a necessidade de subsídios para intervenções e melhorias da assistência de enfermagem a esses pacientes, prevenindo assim a crise hipertensiva.

Referências bibliográficas

- 1 World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva; 2021 [citado em 15 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- 2 Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658.
- 3 World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva; 2021 [citado em 15 mar. 2022]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/hypertension/#tab=tab_1.

- 4 Joffres M, Falaschetti E, Gillespie C, et al. Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in national surveys from England, the USA and Canada, and correlation with stroke and ischaemic heart disease mortality: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2013;3(8):e003423.
- 5 Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo L Jr, et al. National Heart, Lung, Blood Institute; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003;42:1206–1252.
- 6 Gomes IV, Sousa LS, Meneses ASS, Mendes JMS, Almeida XSBA, Almeida TCF. Caracterização dos usuários hipertensos atendidos em unidade de pronto atendimento 24 horas. *Revista Nursing*, 2018; 21 (239): 2114-2118.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde. Brasília; 2008.
- 8 Santos Junior JÁ, Nery AA, Almeida CB, Casotti CA. Perfil de atendimento de idosos pelo serviço móvel de urgência. *Enfermería (Montevideo) Cuidados Humanizados*. 2020 9(2):100-113.
- 9 Costa JSD, Barcellos FC, Sclowitz ML, et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(1):59-65
- 11 Gasques JCP, Roland DMS, Cesarino, CB. Caracterização da crise hipertensiva em pacientes de grupo de hipertensão de um ambulatório-escola. *Rev. enferm. UERJ*;16(1): 46-50.
12. Pierin AMG, Flório CF, Santos J. Hypertensive crisis: clinical characteristics of patients with hypertensive urgency, emergency and pseudocrisis at a public emergency department. *Einstein (São Paulo)*. 2019;17(4):1-8
- 13 Sociedade Brasileira de Hipertensão. 7ª Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(3 Supl 3):1-83
- 14 Vilela-Martin JF, Vaz-de-Melo RO, Kuniyoshi CH, Abdo AN, Yugar-Toledo JC. Hypertensive crisis: clinical-epidemiological profile. *Hypertens Res*. 2011;34(3):367-371
- 15 Silva MA, Rivera IR, Santos AC, Barbosa CF, Oliveira Filho, Souza CA. (2013). Crise hipertensiva, pseudocrise hipertensiva e elevação sintomática da pressão arterial. *Rev Bras Cardiol*, 26(5), 329-36.
- 16 Saguner AM, Dür S, Perrig M, Schiemann U, Stuck AE, Bürgi U, Erne P, Schoenenberger AW. Risk factors promoting hypertensive crises: evidence from a longitudinal study. *Am J Hypertens*. 2010 Jul;23(7):775-80.