



A crise hipertensiva é a entidade clínica com aumento súbito da pressão arterial - PA ($\geq 180 \times 120$ mmHg), acompanhada por sintomas, que podem ser leves (cefaleia, tontura, zumbido) ou graves (dispneia, dor precordial, coma e até morte), com ou sem lesão aguda de órgãos-alvo.

I - ASSISTENCIAL

1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

URGÊNCIA X EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

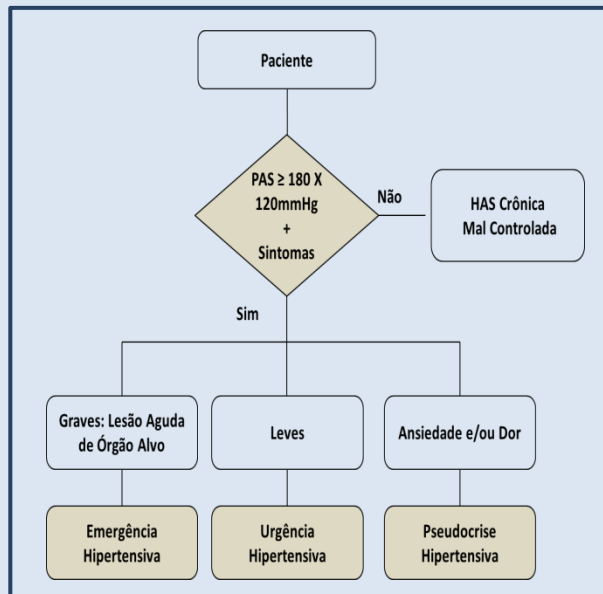
- **Urgência Hipertensiva:** Nesta condição os sintomas são leves e sem lesão aguda de órgãos-alvos. A pressão arterial pode ser controlada em até 24hs.

- **Emergência Hipertensiva:** Condição na qual o quadro clínico pode apresentar risco de vida e refletir lesão aguda de órgãos-alvo.

Situações mais comuns na UPA: Encefalopatia hipertensiva, acidente vascular cerebral, síndromes coronárias, edema agudo de pulmão, dissecção aorta, eclampsia;

Nestas condições se faz necessário a rápida diminuição da pressão arterial, não necessariamente para valores normais.

Muitos pacientes também apresentam uma PA elevada demais, por não usarem suas medicações, tratando-se apenas de hipertensão arterial sistêmica crônica não controlada.



CONCEITO DE AUTO-REGULAÇÃO

É o conceito que protege os órgãos (coração, rins, cérebro) da isquemia quando a pressão arterial cai abruptamente.

Nas primeiras horas é prudente reduzir os níveis diastólicos para **100mmHg a 110mmHg** ou **25% da pressão arterial média**, e progressivamente, dependendo das condições clínicas, levar os níveis tensionais em direção a **140/90mmHg**.

2. EXAMES COMPLEMENTARES

Todos os pacientes com emergências hipertensivas devem realizar os seguintes exames:

- Hemograma completo
- Ureia
- Creatinina
- Eletrólitos (sódio, potássio, magnésio)
- Fundo de olho
- Radiografia de tórax
- Eletrocardiograma
- Glicemia capilar
- Urina tipo I (pesquisa de proteinúria ou hematúria microscópica)

3. TRATAMENTO

3.1 ENDOVENOSOS

O nitroprussiato de sódio é a droga de escolha devido facilidade de manejo e efeito rápido.

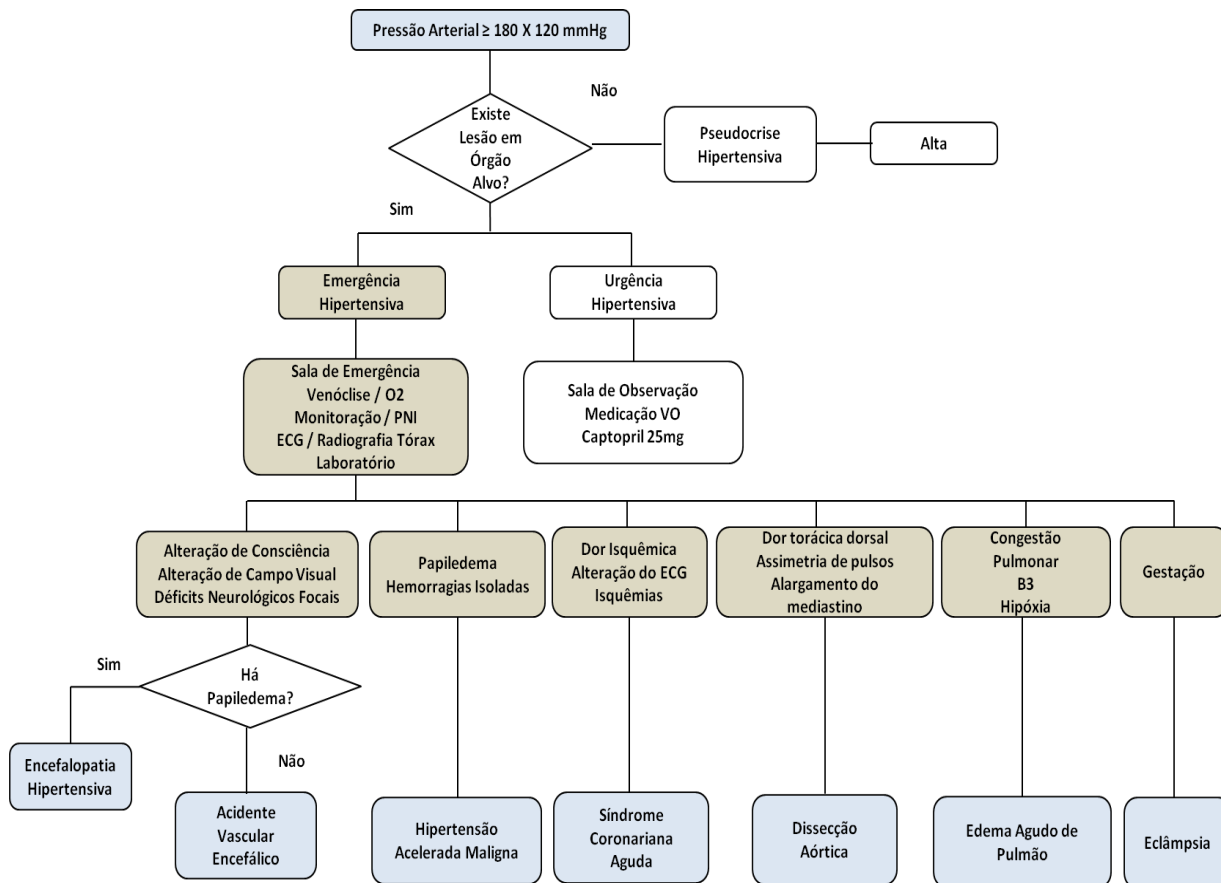
Dose inicial recomendada de 0,25mcg/kg/min com ajuste a cada 2 minutos até atingir os valores pressóricos alvo. Efeito anti-hipertensivo desaparece poucos minutos após a interrupção da medicação. Em alguns casos pode ser preferido uso de nitroglicerina EV na dose entre 5-100mcg, a depender do julgamento clínico. A internação hospitalar em UTI ou SEMI deve ser definida em conjunto com o corpo clínico e de acordo com o quadro clínico apresentado pelo paciente.

Contraindicações: infarto de ventrículo direito e pacientes que usaram sildenafil nas últimas 24hs. Os beta-bloqueadores (mais comum esmolol ou metoprolol 5mg – feito em bolus por até 3 vezes até obter frequência cardíaca alvo) podem ser usados quando o objetivo maior for a redução da frequência cardíaca como, por exemplo, na dissecação aguda de aorta.

3.2 VIA ORAL

Os diuréticos não estão indicados nas crises hipertensivas de modo geral, salvo exceção em casos de edema agudo pulmonar. Principais medicações utilizadas são captopril (dose 25-100mg), anlodipino (dose 5-10mg) e hidralazina (dose 25-200mg) todas com início de ação 10-15 min e duração de cerca de 4 a 6 horas.

FLUXOGRAMA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA



II. GLOSSÁRIO

UPA – Unidade Pronto Atendimento
PAS – Pressão Arterial Sistêmica
HAS- Hipertensão arterial
ECG – Eletrocardiograma
O² - Oxigênio
VO – Via oral
PA – Pressão Arterial

III. HISTÓRICO DE REVISÃO

Pathway validado no GMA de Cardiologia - Agosto/2022

IV. Referências

- [1] The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). Arch Intern Med 1993;153:154-208.
- [2] Mann SJ, Atlas SA. Hypertensive emergencies. In: Laragh JH, Brenner BM, eds. Hypertension: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. 2nd ed. New York: Raven Press, 1995;pp.3009-22.
- [3] Calhoun DA, Oparil S. Treatment of hypertensive crisis. N Engl J Med 1990;25:1177-83.
- [4] Kaplan NM. Hypertensive crises. In: Kaplan NM, ed. Clinical Hypertension. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994;pp.281-97.
- [5] Gifford Jr RW. Management of hypertensive crises. JAMA 1991;266:829-35.
- [6] Herzog E, Frankenberger O, Aziz E, Bangalore S, Balaram S, Nasrallah EJ, et al. A novel pathway for the management of hypertension for hospitalized patients. Crit Pathw Cardiol. 2007; 6(4):150-60.
- [7] Lopes RD, Feitosa Filho GS. Crise hipertensiva. Rev Soc Bras Clin Med. 2005; 3:113-6.
- [8] Haas AR, Marik PE. Current diagnosis and management of hypertensive emergency. Semin Dial. 2006; 19(6):502-12.
- [9] Stewart DL, Feinstein SE, Colgan R. Hypertensive urgencies and emergencies. Prim Care. 2006; 33(3):613-23. v. Review.
- [10] Furtado RG, Coelho EB, Nobre F. Urgencias e emergencias hipertensivas. Medicina (Ribeirão Preto). 2003; 36(2/4):338-44.
- [11] Elliott WJ. Clinical features in the management of selected hypertensive emergencies. Prog Cardiovasc Dis. 2006; 48(5):316-25. Review.
- [12] Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2004; 82(Supl 4):7-22.
- [13] Zampaglione B, Pascale C, Marchisio M, Cavallo-Perin P. Hypertensive urgencies and emergencies. Prevalence and clinical presentation. Hypertension. 1996 Jan;27(1):144-7.
- [14] Peixoto, A. J. (2019). Acute severe hypertension. New England Journal of Medicine, 381(19), 1843-1852.
- [15] Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., Prabhakaran, D., ... & Schutte, A. E. (2020). 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. Hypertension, 75(6), 1334-1357.

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------|--|---|---|
| Código Documento: CPTW149.3 | Elaborador: João Paulo Milesi Pimentel Marcus Vinicius Burato Gaz | Revisor: Fernando Gatti | Aprovador: Giancarlo Colombo | Data de Elaboração: 15/04/2021 Data de revisão: 08/09/2022 | Data de Aprovação: 15/04/2021 |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------|--|---|---|