



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

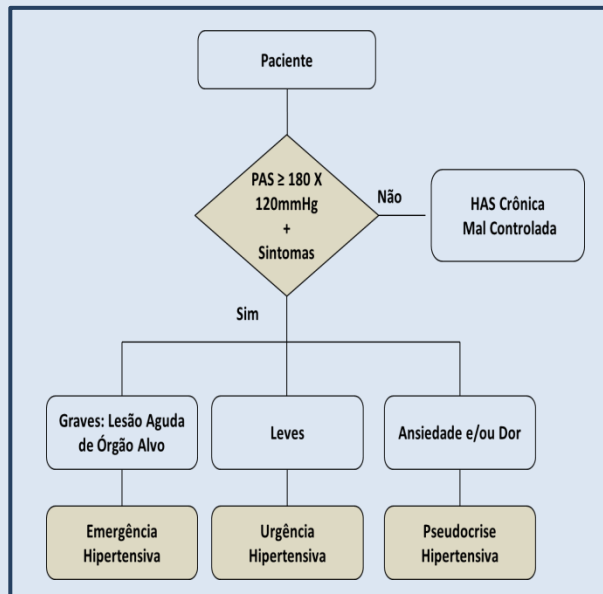
- **Urgência Hipertensiva:** Nesta condição os sintomas são leves e sem lesão aguda de órgãos-alvos. A pressão arterial pode ser controlada em até 24hs.

- **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.

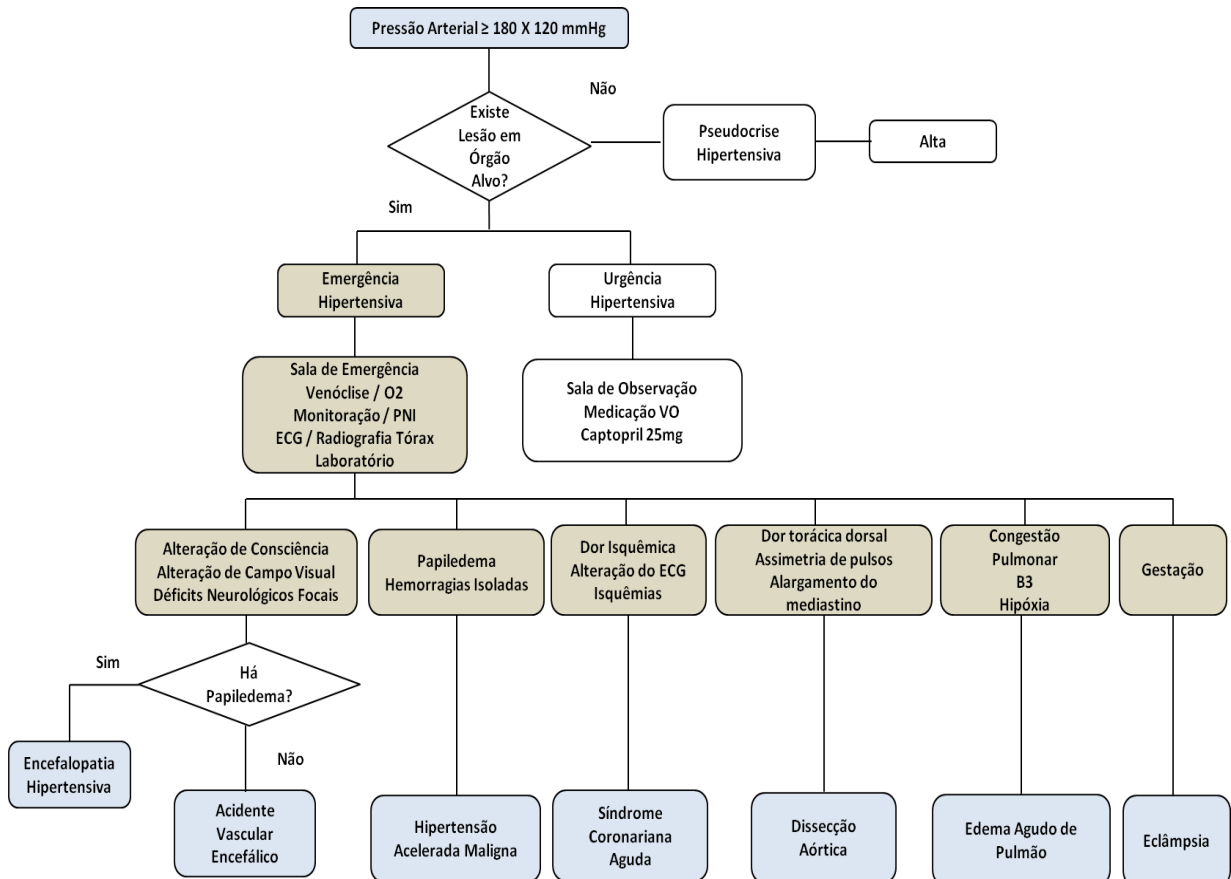
Dose inicial recomendada de 0,25mcg/kg/min com ajuste a cada 2 minutos até atingir os valores pressóricos alvo. Efeito anti-hipertensivo desaparece poucos minutos após a interrupção da medicação. Em alguns casos pode ser preferido uso de nitroglicerina EV na dose entre 5-100mcg, a depender do julgamento 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  
O<sup>2</sup> - 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.

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