

	PROTOCOLO MÉDICO	Página: 1 de 9
	CRISE HIPERTENSIVA	Código: MED.PR-032
		Implantação: 07/2018
		Revisão:
		Validade: 07/2020
Área: Médica		Versão: 1ª

1. DEFINIÇÃO

As Urgências Hipertensivas (UH) são situações clínicas sintomáticas em que há elevação acentuada da PA (definida arbitrariamente como PAD \geq 120 mmHg) **sem LOA (lesão de órgão alvo)** aguda e progressiva.

As Emergências Hipertensivas (EH) são situações clínicas sintomáticas em que há elevação acentuada da PA (definida arbitrariamente como PAD \geq 120 mmHg) **com LOA aguda** e progressiva.

Pacientes com queixas de cefaleia, dor torácica atípica, dispneia, estresse psicológico agudo e síndrome de pânico associados à PA elevada não caracterizam UH ou EH, mas, na realidade, uma pseudocrise hipertensiva. O tratamento deve ser otimização da medicação anti-hipertensiva e conscientização da adesão ao tratamento.

Quadro 1 – Classificação das emergências hipertensivas

EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

Cerebrovasculares

- Encefalopatia hipertensiva
- Hemorragia intracerebral
- Hemorragia subaracnóidea
- AVE isquêmico

Cardiocirculatórias

- Dissecção aguda de aorta
- Edema agudo pulmão com insuficiência ventricular esquerda
- IAM
- Angina instável

Renais

- Lesão renal aguda rapidamente progressiva
-

ELABORADO POR: Dra. Carmen R.P. R. Amaro	APROVADO POR: Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO MÉDICO	Página: 2 de 9
	CRISE HIPERTENSIVA	Código: MED.PR-032
		Implantação: 07/2018
		Revisão:
		Validade: 07/2020
Área: Médica		Versão: 1ª

Crises adrenérgicas graves

Crise do Feocromocitoma

Dose excessiva de drogas ilícitas (cocaína, crack, LSD)

Hipertensão na gestação

Eclâmpsia

Pré-eclâmpsia grave

Síndrome “HELLP”

Hipertensão grave em final de gestação

Quadro 2. – Diferenças no diagnóstico, prognóstico e conduta nas UH e EH

Urgência

Emergência

Nível pressórico elevado acentuado
PAD > 120 mmHg

Nível pressórico elevado acentuado
PAD > 120 mmHg

Sem LOA aguda e progressiva

Com LOA aguda e progressiva

Combinação medicamentosa oral

Medicamento parenteral

Sem risco iminente de morte

Com risco iminente de morte

Acompanhamento ambulatorial precoce (7 dias)

Internação em UTI

ELABORADO POR:
Dra. Carmen R.P. R. Amaro

APROVADO POR:
Dr. Juan Carlos Llanos

	PROTOCOLO MÉDICO	Página: 3 de 9
	CRISE HIPERTENSIVA	Código: MED.PR-032
		Implantação: 07/2018
		Revisão:
Área: Médica		Validade: 07/2020
		Versão: 1ª

2. INVESTIGAÇÃO CLÍNICO LABORATORIAL

A investigação deve ser voltada para avaliação da PA e de LOA. A PA deve ser medida nos dois braços, em ambiente calmo e até 3 vezes. Coletar informações de situações que possam ter desencadeado o seu aumento, uso de fármacos que possam aumentar a PA (anti-inflamatórios, corticoides, álcool, etc.).

Abordagem sistematizada na **verificação da presença de LOA aguda ou progressiva:**

Sistema cardiovascular: dor ou desconforto no tórax, abdome ou dorso; dispneia, fadiga e tosse. Verificação da FC, ritmo, alteração de pulso, galope, sopros cardíacos, vasculares e estase jugular, além de congestão pulmonar, abdominal e periférica.

Exames: ECG, monitorização eletrocardiográfica, saturação de O₂, Rx tórax, ecocardiograma, marcadores de necrose miocárdica, hemograma com plaquetas, LDH.

Sistema nervoso central: tontura, cefaleia, alteração de visão, audição ou fala, nível de consciência ou coma, agitação, delírio ou confusão, déficits focais, rigidez de nuca, convulsão. **Exames:** Tomografia, Ressonância quando indicados pelo neurologista e punção lombar.

Sistema renal e geniturinário: hematúria, edema, desidratação, massas e sopros abdominais. **Exames:** Urina I, creatinina, potássio, gasometria venosa se paciente tiver antecedente de doença renal crônica.

Fundoscopia: papiledema, hemorragias, exsudatos, espasmos, cruzamentos arteriovenosos patológicos, espessamento na parede arterial com aspecto em fio de prata ou cobre.

ELABORADO POR: Dra. Carmen R.P. R. Amaro	APROVADO POR: Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO MÉDICO	Página: 4 de 9
	CRISE HIPERTENSIVA	Código: MED.PR-032
		Implantação: 07/2018
		Revisão:
		Validade: 07/2020
Área: Médica		Versão: 1ª

3. TRATAMENTO GERAL

O Tratamento da **UH** deve ser iniciado após um período de observação clínica em ambiente calmo, que ajuda a afastar casos de pseudocrise (tratados somente com repouso ou uso de analgésicos ou tranquilizantes).

Drogas :Captopril 25 mg e Clonidina 0,150 ou 0,150 mg, são os anti-hipertensivos orais usados para reduzir gradualmente a PA, início efeito após 20 minutos e observação.

O Tratamento dos pacientes com **EH** visa redução rápida da PA, com a finalidade de impedir a progressão das LOA.

Pacientes devem ser admitidos em **UTI** se necessário anti-hipertensivos IV e monitorados durante a terapia para evitar hipotensão.

As recomendações gerais de redução da PA para **EH**:

- ↓ PA ≤ 25% na 1ª hora;
- ↓ PA 160/100 -110 mmHg em 2-6 h
- PA 135/85 mmHg 24-48 h

Entretanto, **EH** devem ser abordadas considerando o sistema ou órgão-alvo acometido. Assim, cada tipo de EH (CV, cerebral, renal ou outras) deve ser caracterizada previamente antes de se iniciar a terapia anti-hipertensiva específica.

4. EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

Drogas na EH (Quadro 3)

ELABORADO POR: Dra. Carmen R.P. R. Amaro	APROVADO POR: Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO MÉDICO	Página: 5 de 9
	CRISE HIPERTENSIVA	Código: MED.PR-032
		Implantação: 07/2018
		Revisão:
		Validade: 07/2020
Área: Médica		Versão: 1ª

Quadro 3- Medicamentos usados por via parenteral para o tratamento das emergências Hipertensivas

Medicamentos	Modo de administração e dosagem	Início	Duração	Indicações	Eventos adversos precauções
NPS (Vasodilatador arterial e venoso, estimula a formação de GMPc)	Infusão contínua IV 0,25 10 mg/Kg/min	Imediato	1-2 min	Maioria das emergências hipertensivas	Intoxicação por cianeto, hipotensão grave, náuseas, vômitos. Cuidado na insuficiência renal e hepática e pressão intracraniana alta. Proteger da luz
Nitroglicerina (vaso dilatador arterial e venoso, doador de oxido nítrico)	infusão continua IV 5-15 mg/h	2-5 min	3-5 min	insuficiência coronária, insuficiência VE com EAP	Cefaleia, taquicardia reflexa, taquiflaxia fluxing, metahemoglobinemia
Metoprolol(BB Seletivo)	5mg IV(repetir 10/10 min, se necessário até 20 mg)	5-10 min	3-4 h	Insuficiência Coronária, dissecção aguda de aorta (em Combinação com NPS)	Bradicardia, bloqueio atrioventricular avançado, IC, Broncoespasmo
Hidralazina (Vasodilatador de Ação direta)	10-20 mg IV ou 10-40mg IM 6/6h	10-30 min	3-12h	Eclâmpsia	Taquicardia, cefaleia vômitos. Piora da angina e do infarto. cuidado com pressão intracraniana elevada
Furosemida (DIU de alça)	20-60 mg(repetir após 30 min)	2-5 min	30-90 min	Insuficiência ventricular esquerda com EAP, situações de Hipervolemia	Hipopotassemia

ELABORADO POR: Dra. Carmen R.P. R. Amaro	APROVADO POR: Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO MÉDICO	Página: 6 de 9
	CRISE HIPERTENSIVA	Código: MED.PR-032
		Implantação: 07/2018
		Revisão:
		Validade: 07/2020
Área: Médica		Versão: 1ª

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Acidente Vascular Encefálico

A HA é o principal fator de risco para AVE, principalmente o hemorrágico. O diagnóstico é baseado em exame neurológico. A gravidade do quadro é avaliada pela escala do NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale).

A **TC** do crânio e a **RNM** permitem definir o tipo do AVE e o território envolvido.

A **RNM** é mais sensível do que a TC para os infartos incipientes

Acidente vascular encefálico hemorrágico

1 –PAS entre 150 e 220 mmHg e sem contraindicação para o tratamento, a redução aguda da PAS para 140 mmHg é segura e pode ser eficaz para melhorar o desfecho funcional. Fazer 1 hora com infusão IV de anti-hipertensivos e monitorização da PA 5/5 min.

2 –PAS > 220 mmHg, considerar a redução agressiva da PA com infusão IV contínua e monitoramento frequente da PA.

Acidente vascular encefálico isquêmico

1- Para pacientes **sem indicação de terapia trombolítica** e PA inicial > 220/120 mmHg, não se deve reduzir PA em mais de 15-20%, mantendo-se a PAD em 100 -110 mmHg nas primeiras 24 horas.

2- O nível ideal de PA a ser obtido não é conhecido, mas existe consenso de que não se deve instituir tratamento anti-hipertensivo durante o atendimento inicial, a menos que a PAS seja > 220 mmHg ou PAD > 120 mmHg.

ELABORADO POR: Dra. Carmen R.P. R. Amaro	APROVADO POR: Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO MÉDICO	Página: 7 de 9
	CRISE HIPERTENSIVA	Código: MED.PR-032
		Implantação: 07/2018
		Revisão:
		Validade: 07/2020
Área: Médica		Versão: 1ª

3- Considerar a **possibilidade de utilização de trombolítico** após controle da PA. Para pacientes com indicação de terapia trombolítica e PA inicial > 185/110 mmHg, reduzir a PA para < 185/105 mmHg por, no mínimo, as primeiras 24 horas após trombolítico.

Síndromes Coronarianas Agudas

As síndromes coronarianas podem estar acompanhadas de elevação da PA, devido a um reflexo do miocárdio isquêmico.

O aumento da resistência vascular periférica(RVP) eleva a demanda de oxigênio miocárdico, pelo aumento da tensão parietal do ventrículo esquerdo.

Os nitratos IV reduzem a RVP, melhoram a perfusão coronariana e possuem importante efeito vasodilatador sistêmico, reduzindo a pré-carga e o consumo de oxigênio miocárdico. O nitroprussiato de sódio (NPS) não está indicado devido a um mecanismo de roubo de fluxo causado pela vasodilatação generalizada dos vasos coronarianos de resistência.

Angina instável / IAM sem supra de ST / IAM com supra de ST

A nitroglicerina IV é indicada nas primeiras 48 horas para o tratamento da HA, isquemia persistente e IC.

Os beta bloqueadores (BB) IV estão indicados em indivíduos com HA que não apresentem sinais de IC.

ELABORADO POR: Dra. Carmen R.P. R. Amaro	APROVADO POR: Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO MÉDICO	Página: 8 de 9
	CRISE HIPERTENSIVA	Código: MED.PR-032
		Implantação: 07/2018
		Revisão:
		Validade: 07/2020
Área: Médica		Versão: 1ª

Dissecção aguda de aorta

Sempre considerar dissecção aguda de aorta em pacientes com dor precordial e elevação da PA. A progressão da dissecção está relacionada ao valor de PA e à velocidade

de ejeção ventricular. A PAS alvo (120 mmHg) deve ser alcançada em 20 minutos. O uso isolado de NPS não é ideal, pois promove aumento da FC e da velocidade de ejeção aórtica, podendo piorar a dissecção.

Assim, NPS deve ser associado ao BB.

Uso de substâncias ilícitas

As substâncias ilícitas que elevam a PA, como cocaína, crack, anfetaminas e ecstasy, têm ação simpaticomimética. O crack e a cocaína aumentam o risco de AVE e insuficiência

coronariana aguda. O ecstasy tem outros efeitos além do aumento da FC e da PA, principalmente a síndrome serotoninérgica, podendo causar rabdomiólise e lesão renal aguda (LRA).

Um complicador dessas intoxicações é a ingestão concomitante de altas doses de cafeína, presente em energéticos, nicotina ou álcool. Um traço comum entre essas intoxicações é o elevado nível de noradrenalina plasmática. O tratamento inclui o uso de BB, alfa bloqueadores e bloqueador canal cálcio (BCC).

ELABORADO POR: Dra. Carmen R.P. R. Amaro	APROVADO POR: Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO MÉDICO	Página: 9 de 9
	CRISE HIPERTENSIVA	Código: MED.PR-032
		Implantação: 07/2018
		Revisão:
		Validade: 07/2020
Área: Médica		Versão: 1ª

Lesão renal aguda rapidamente progressiva

LRA rapidamente progressiva é definida como agravamento súbito da função renal em um período de 48 horas e tem critérios específicos de classificação.

O tratamento inclui hidrazina, diurético de alça e BB. Quando não houver resultado, pode-se considerar NPS até a realização de dialise.

5. Referência Bibliográfica

1. 7º Diretriz Brasileira de Hipertensão – Arquivos Brasileiros de Cardiologia – Set 2016;79-83

ELABORADO POR:

Dra. Carmen R. P. R. Amaro
Diretora Clínica / Médica
CRM/SP: 45325

APROVADO POR:

Dr. Juan Carlos Llanos
Diretor Técnico / Médico
CRM/SP: 90410

ELABORADO POR: Dra. Carmen R.P. R. Amaro	APROVADO POR: Dr. Juan Carlos Llanos
--	--