



|                     |   |                           |                             |
|---------------------|---|---------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLOS CLÍNICOS</b>                    | PRT.UCM.021 - Página 1/11 |                             |
| Título do Documento | <b>PROTOCOLO DE EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS</b> | Emissão: 20/01/2025       | Próxima revisão: 20/01/2027 |
|                     |   | Versão: 1                 |                             |

## 1. SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| 1.SUMÁRIO.....                                       | 1  |
| 2.SIGLAS.....  | 2  |
| 3.CONCEITOS.....                                     | 3  |
| 4.OBJETIVOS .....                                    | 4  |
| 5.JUSTIFICATIVAS.....                                | 4  |
| 6.CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO .....          | 5  |
| 7.ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES ..... | 5  |
| 8.HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO .....              | 5  |
| 9.EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS .....                | 6  |
| 10.TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO .....     | 6  |
| 11.CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO.....                      | 9  |
| 12.CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA.....             | 9  |
| 13.CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA.....           | 9  |
| 14.MONITORAMENTO.....                                | 10 |
| 15.REFERÊNCIAS.....                                  | 11 |



|                     |   |                           |                                |
|---------------------|---|---------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLOS CLÍNICOS</b>                    | PRT.UCM.021 - Página 2/11 |                                |
| Título do Documento | <b>PROTOCOLO DE EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS</b> | Emissão: 20/01/2025       | Próxima revisão:<br>20/01/2027 |
|                     |   | Versão: 1                 |                                |

## 2. SIGLAS

**AVE:** ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

**AVEH:** ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO HEMORRÁGICO

**AVEI:** ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO

**BCC:** BLOQUEADOR DE CANAL DE CÁLCIO

**BRA:** BLOQUEADORES DE RECEPTORES DA ANGIOTENSINA

**CV:** CARDIOVASCULAR

**EH:** EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

**FC:** FREQUÊNCIA CARDÍACA

**HA:** HIPERTENSÃO ARTERIAL

**HAS:** HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

**HELLP:** HEMÓLISE, ENZIMAS HEPÁTICAS ELEVADAS, BAIXA CONTAGEM DE PLAQUETAS

**HUPAA:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES

**IECA:** INIBIDOR ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA

**LOA:** LESÃO DE ÓRGÃO-ALVO

**NTG:** NITROGLICERINA

**NPS:** NITROPRUSSIATO DE SÓDIO

**PA:** PRESSÃO ARTERIAL

**PAS:** PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA

**PAD:** PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA

**PCH:** PSEUDO CRISE HIPERTENSIVA

**UFAL:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

**UH:** URGÊNCIA HIPERTENSIVA

**UTI:** UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

|                     |   |                                  |                                |
|---------------------|---|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLOS CLÍNICOS</b>                    | PRT.UCM.021 - Página 3/11        |                                |
| Título do Documento | <b>PROTOCOLO DE EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS</b> | Emissão: 20/01/2025<br>Versão: 1 | Próxima revisão:<br>20/01/2027 |

### 3. CONCEITOS

A crise hipertensiva ocorre quando há elevação aguda de pressão arterial (PA) com níveis de pressão arterial sistólica (PAS) > 180 mmHg e diastólica (PAD) > 120 mmHg e que podem resultar ou não em lesões de órgãos alvo – LOA (coração, cérebro, rins e artérias). A crise hipertensiva pode se apresentar sob duas formas distintas em relação à gravidade e ao prognóstico como detalhado a seguir. Ressalta-se que a gravidade da condição clínica não é determinada pelo nível absoluto da PA, e, sim, pela magnitude e tempo de sua elevação. A definição numérica serve como um parâmetro, mas não deve ser usada como critério diagnóstico absoluto.

As urgências hipertensivas (UH) são situações clínicas sintomáticas nas quais há elevação acentuada da pressão arterial (PA) (sistólica (PAS)  $\geq$  180 e/ou diastólica (PAD)  $\geq$  120 mm Hg) sem lesão aguda e progressiva em órgãos-alvo (LOA) e sem risco iminente de morte, fato que permite a redução mais lenta de pressão arterial. O tratamento será com medicamento oral e será necessário acompanhamento ambulatorial precoce (em um período que pode variar de alguns dias até semanas). Nesses casos, não se justifica a redução rápida da pressão arterial, mas o controle a médio e longo prazo será benéfico para prevenção cardiovascular.

Já as emergências hipertensivas (EH) são situações clínicas sintomáticas em que há elevação acentuada da PA (PAS  $\geq$  180 e/ou PAD  $\geq$  120 mm Hg) com LOA aguda e progressiva, com risco iminente de morte. O tratamento recomendado é feito com drogas parenterais em ambiente de terapia intensiva.

Outra situação é a pseudocrise hipertensiva (PCH) na qual não há LOA aguda ou risco imediato de morte nem sintomas. Geralmente, ocorre em hipertensos tratados e não controlados. Outro cenário comum na PCH é diante de eventos emocional, doloroso, ou de algum desconforto, como enxaqueca, tontura rotatória e cefaleias. É importante enfatizar a necessidade de um acompanhamento precoce ambulatorial após o atendimento inicial.

As emergências hipertensivas são agrupadas de acordo com os órgãos acometidos em: cerebrovasculares (encefalopatia hipertensiva, acidente vascular isquêmico/hemorragico, hemorragia subaracnóidea), cardiocirculatórias (dissecção aguda de aorta, edema agudo de pulmão, síndromes coronarianas agudas), renal (hipertensão acelerada/ maligna). Há também as situações relacionadas à gestação (hipertensão na gestação, eclampsia, síndrome HELLP (hemólise, enzimas hepáticas elevadas, baixa contagem de plaquetas), hipertensão grave no final da gestação). Outros contextos são as crises adrenérgicas graves, crise de feocromocitoma e as decorrentes do uso de drogas ilícitas.

As alterações hemodinâmicas promovidas por essas grandes elevações agudas na pressão arterial resultam vasoconstrição no leito vascular com conseqüente isquemia local principalmente nos sistemas renais e cerebrais além de lesão endotelial, ativação plaquetária, proliferação miointimal e necrose fibrinoide. Os dois principais mecânicos envolvidos são a falha no sistema de auto-regulação do leito vascular e a ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona.

A seguir, seguem a descrição de situações caracterizadas como emergência hipertensiva.

|                     |   |                                  |                                |
|---------------------|---|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLOS CLÍNICOS</b>                    | PRT.UCM.021 - Página 4/11        |                                |
| Título do Documento | <b>PROTOCOLO DE EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS</b> | Emissão: 20/01/2025<br>Versão: 1 | Próxima revisão:<br>20/01/2027 |

A encefalopatia hipertensiva é resultante de sinais e/ou sintomas de edema cerebral secundário à elevação súbita e/ou mantida da PA. O quadro clínico é composto por cefaleia, náuseas ou vômitos, podendo também surgir alterações do campo visual, ftopsia, visão turva, alucinações visuais, confusão mental, coma, crises convulsivas generalizadas e hiper-reflexia.

Quanto ao AVE (acidente vascular encefálico), o diagnóstico baseia-se no exame neurológico completo. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética de crânio possibilitam definir o tipo do AVE (AVEI em 85% ou AVEH em 15% dos casos) e o território envolvido.

Quanto à dissecção de aorta, deve ser suspeitada nas situações de pacientes com dor precordial e elevação da PA.

No tocante ao uso de substâncias ilícitas que elevam a PA, essas drogas têm ação simpaticomimética, potencializando o efeito das catecolaminas, entre elas as anfetaminas e ecstasy, além da cocaína. As anfetaminas aumentam a PA em dose-dependente, causando taquicardia, palpitações, sudorese e arritmias, enquanto o ecstasy tem outros efeitos, além do aumento da FC e PA (síndrome serotoninérgica).

Sobre a hipertensão acelerada maligna, caracteriza-se pela presença de hipertensão em geral grave, retinopatia com papiledema, com ou sem insuficiência renal e/ou cardíaca, necrose fibrinoide de arteríolas renais e endarterite obliterante, podendo apresentar evolução clínica rapidamente progressiva e fatal. Seu prognóstico mostra-se quase sempre fatal, se não for reconhecida ou não tratada adequadamente.

#### 4. OBJETIVOS

Padronizar as condutas médicas estabelecidas no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), quanto ao atendimento do paciente com HAS.

Identificar precocemente as situações de emergência, urgência e pseudocrise hipertensiva e fazer o tratamento adequado para o quadro.

#### 5. JUSTIFICATIVAS

A elevação aguda da pressão arterial pode resultar em desfechos multissistêmicos a seguir listados: acidente vascular encefálico, doença cardíaca coronária, insuficiência cardíaca, morte cardiovascular, hipertensão acelerada maligna assim como outros. Apresenta-se com significativos impactos nos custos médicos e socioeconômicos sobretudo porque as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, hospitalizações e atendimentos ambulatoriais no Brasil. Nesse país, a prevalência varia de 18,3% até 33%. Trata-se, portanto, de uma condição muito prevalente, de fácil detecção e com disponibilidade tratamento eficaz.

|                     |   |                                  |                                |
|---------------------|---|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLOS CLÍNICOS</b>                    | PRT.UCM.021 - Página 5/11        |                                |
| Título do Documento | <b>PROTOCOLO DE EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS</b> | Emissão: 20/01/2025<br>Versão: 1 | Próxima revisão:<br>20/01/2027 |

## 6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Inclusão: Indivíduos do sexo masculino e feminino com idade igual ou superior a 18 anos acompanhados em ambulatórios do HUPAA ou internados neste hospital; Indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Exclusão: Indivíduos do sexo masculino e feminino com idade inferior a 18 anos;

## 7. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

- a) Enfermagem: Realizar consulta de enfermagem e procedimentos; Planejar estratégias para promover e avaliar a adesão dos pacientes às condutas prescritas; Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados; Identificar casos de crise hipertensiva; Administrar medicamentos parenterais e orais.
- b) Fisioterapia: Identificar casos de crise hipertensiva; Realizar fisioterapia motora quando níveis tensionais atingirem alvo terapêutico a fim de ocorrer recuperação mais precoce.
- c) Medicina: Realizar a Consulta médica; Diagnóstico de crise hipertensiva, estratificação de risco e orientação das condutas terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas; Referência e contra referência dentro do sistema de saúde;
- d) Nutrição: Anamnese alimentar; Avaliação antropométrica: medida de peso e altura, medida da circunferência abdominal e cálculo do índice de massa corporal; Acompanhamento das mudanças dietéticas e evolução antropométrica.
- e) Psicologia: Oferecer apoio psicológico ao paciente e familiares e auxiliar na adesão ao tratamento.

## 8. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

No tocante à anamnese, é essencial a realização de uma história clínica direcionada para a causa possível e dirigida ao órgão afetado. Devem ser questionados o tempo de diagnóstico e tratamentos anti-hipertensivos instituídos previamente (medicamentos e doses além da sua descontinuação). Além disso, é necessário investigar sintomas compatíveis com presença de lesão de órgãos-alvo e indícios de causas secundárias bem como a existência de fatores de risco específicos para doença cardiovascular e renal e a presença de comorbidades. É importante questionar o uso de outros medicamentos, fármacos e drogas lícitas e ilícitas, que não anti-hipertensivos, que possam interferir na PA tais como imunossuppressores, corticoides.

Quanto ao exame físico, é importante a aferição da pressão arterial nos dois braços, avaliação de frequência cardíaca, ritmo, existência de galope, estase jugular, congestão pulmonar, abdominal e periférica, sopros cardíacos e vasculares, palpação de pulsos em 4 membros, nível de consciência, déficits neurológicos focais, presença de edema, massas e sopros abdominais.

|                     |   |                                  |                                |
|---------------------|---|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLOS CLÍNICOS</b>                    | PRT.UCM.021 - Página 6/11        |                                |
| Título do Documento | <b>PROTOCOLO DE EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS</b> | Emissão: 20/01/2025<br>Versão: 1 | Próxima revisão:<br>20/01/2027 |

## 9. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

Os exames indicados para o indivíduo com crise hipertensiva dependerá de qual órgão-alvo atingido naquele momento. Para todos os casos, os exames complementares mínimos são : eletrocardiograma, radiografia de tórax, marcadores de necrose miocárdica, hemograma, creatinina, sumário de urina e potássio. Quando ocorrem as manifestações cardiovasculares ( como síndrome coronariana aguda ou edema agudo de pulmão), são necessários também: BNP (peptídeo natriuretico cerebral) e ecocardiograma com doppler. Quando se suspeita de dissecação de aorta, além desses exames citados acima, é necessário angiotomografia de tórax com contraste.

Nas situações em que há envolvimento do sistema nervoso central, são necessários exames de imagem tais como tomografia computadorizada de crânio, ressonância magnética, angio ressonância cervical.

Nos casos de acometimento ocular, é necessário o fundo de olho no qual se avaliarão: papiledema; hemorragias; exsudatos; alterações nos vasos como espasmos, cruzamentos arteriovenosos patológicos, espessamento na parede arterial e aspecto em fio de prata ou cobre.

Na evidência de acometimento renal, solicitam-se: sumário de urina, creatinina, ureia, sódio, potássio, cloro e gasometria.

## 10. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

O tratamento da urgência hipertensiva deve ser iniciado após um período de observação em ambiente calmo a fim de afastar casos de pseudo-crise hipertensiva. Nesses casos de PCH, o tratamento recomendado é somente repouso ou uso de analgésicos ou tranquilizantes. Para o tratamento agudo da urgência hipertensiva, indicam-se o captopril (na dose de 25-50mg) e a clonidina (na dose de 0,100 a 0,200mg) .

Para o tratamento das emergências hipertensivas, é importante considerar o diagnóstico preciso do tipo de emergência a fim de definir as metas de redução da pressão e a melhor escolha terapêutica. As metas de redução da pressão arterial são diferentes, conforme o tipo de emergência hipertensiva, tanto na velocidade da redução quanto em relação aos valores a alvo. No que diz respeito ao controle pressórico, a monitorização da PA deve ser rigorosa, a cada 5 a 10 minutos com medidas automáticas, ou se possível, com medida invasiva intra-arterial. A diminuição da PA deve ser programada, levando-se em conta que não é necessária a normalização da pressão arterial, mas sim uma redução rápida, com uma meta geral de redução menor ou igual a 25% na primeira hora, até uma pressão arterial de 160/100 -110 mmHg em duas a seis horas, atingindo valores próximos a 135/85 mmHg em 24 a 48 horas. As emergências cardiovasculares devem ser corrigidas mais rapidamente, sobretudo a dissecação de aorta. Nos casos de pré-eclampsia grave, eclampsia, ou crise de feocromocitoma, a PA sistólica deveria ser reduzida a menos de 140 mm Hg durante há primeira hora e a menos de 120 mmHg na dissecação de aorta. Já nas emergências neurológicas, devemos reduzir a PA com mais cautela.

|                     |   |                                  |                             |
|---------------------|---|----------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLOS CLÍNICOS</b>                    | PRT.UCM.021 - Página 7/11        |                             |
| Título do Documento | <b>PROTOCOLO DE EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS</b> | Emissão: 20/01/2025<br>Versão: 1 | Próxima revisão: 20/01/2027 |

As medicações parenterais mais comumente utilizadas nas emergências hipertensivas no Brasil são os nitratos. **A nitroglicerina** promove vasodilatação venosa efeito que gera a redistribuição do volume no território periférico e melhora a congestão. Ao se aumentar a dose, ocorre efeito arteriodilatador e redução da pós-carga. Já o nitroprussiato possui ação arteriodilatadora. Deve ser evitado em suspeita de isquemia a fim de evitar roubo de fluxo nas coronárias. Ambos podem causar cefaleia e meta-hemoglobinemia. O nitroprussiato é fotossensível. Quanto à diluição, a nitroglicerina deve ser assim efetuada: nitroglicerina 50 mg + soro fisiológico 0.9 % 240 ml. Já a de nitroprussiato: Nitroprussiato 50 mg + soro glicosado 5% 248 ml.

Na encefalopatia hipertensiva, o objetivo do tratamento consiste em diminuir a PA de forma lenta porque reduções intensas e rápidas podem provocar hipoperfusão cerebral e perda do mecanismo de autorregulação cerebral. Recomenda-se o uso de nitroprussiato de sódio além do início nas primeiras 24 a 48 h, anti-hipertensivos orais.

No acidente vascular isquêmico, a PA frequentemente diminui espontaneamente em um período de 90 a 120 minutos durante a fase aguda. As recomendações são as seguintes:

1. Em caso de AVEI com indicação de trombólise, recomenda-se uma redução da PA < 185/110 mmHg antes da terapia fibrinolítica. A PA deve ser mantida < 180/105 mmHg nas primeiras 24h após trombólise.
2. Em pacientes com PA  $\geq$  220/120 mmHg que não receberem trombolítico e não apresentarem outras EH que necessitem de tratamento anti-hipertensivo, é necessário ser prudente reduzir PA em 15% durante as primeiras 24 h após o início do AVEI.

No acidente vascular hemorrágico, a elevação da PA aumenta o risco de expansão do hematoma.

Para indivíduos com apresentação aguda (< 6 h do início do AVEH):

1. PAS > 220 mmHg – considerar a redução da PA com infusão IV contínua e o monitoramento frequente da PA
2. PAS entre 150 a 220 mmHg – reduzir a PA abaixo de 140 mmHg não apresenta benefícios para diminuir mortalidade. Considerar alvo de PAS < 180 mmHg.

Quanto às síndromes coronarinas agudas, a meta de PAS < 140 mmHg (evitar < 120 mmHg) e PAD entre 70-80 mmHg deve ser buscada, utilizando-se esmolol, metoprolol ou nitroglicerina. Os nitratos venoso melhoram a perfusão coronariana e têm importante efeito venodilatador sistêmico, diminuindo a pré-carga e o consumo de oxigênio pelo miocárdio. O uso de hidralazina, nitroprussiato ou nifedipina não está indicado, pois pode promover o roubo de fluxo. A nitroglicerina (NTG) IV é indicada nas primeiras 48 horas para o tratamento de hipertensão, isquemia persistente e IC, desde que não haja hipotensão, infarto do ventrículo direito ou uso de inibidores da fosfodiesterase tipo 5 nas 48 horas anteriores. O uso de NTG não deve excluir a terapêutica com outras intervenções de redução de mortalidade comprovadas, como betabloqueadores (BB) ou IECA

|                     |   |                                  |                             |
|---------------------|---|----------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLOS CLÍNICOS</b>                    | PRT.UCM.021 - Página 8/11        |                             |
| Título do Documento | <b>PROTOCOLO DE EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS</b> | Emissão: 20/01/2025<br>Versão: 1 | Próxima revisão: 20/01/2027 |

Quanto ao edema agudo de pulmão, devem ser usados nitroprussiato ou nitroglicerina com a finalidade de reduzir a pré e a pós-carga. O uso de diurético de alça também diminui a sobrecarga de volume e, conseqüentemente, a PA. Em alguns casos, o uso de pressão positiva contínua não invasiva de vias respiratórias pode ser indicado para reduzir o edema pulmonar e o retorno venoso.

Sobre a dissecação de aorta, sua progressão está relacionada com o valor de PA e a velocidade de ejeção ventricular. É importante obter o controle adequado da dor (analgesia por opiáceos IV), o FC < 60 bpm e a PAS entre 100 e 120mmHg. A PAS < 120 mmHg deve ser alcançada em 20 min. O uso isolado de nitroprussiato não é ideal, pois promove o aumento da FC podendo piorar a dissecação. Assim, o NPS deve ser associado ao BB, inicialmente IV, de ação rápida e titulável (metoprolol).

No tocante à cocaína, nos casos mais leves, podem-se usar benzodiazepínicos e NTG sublingual. Nos mais graves, provavelmente será necessária terapia IV, e os agentes de escolha são NTG, NPS ou fentolamina. É importante evitar os BB, pois podem levar à estimulação do receptor alfa-adrenérgico na presença do bloqueio beta-adrenérgico, causando espasmo de coronária.

Já na hipertensão acelerada maligna, os pacientes devem receber NPS, que promove controle rápido da PA e torna os indivíduos mais responsáveis à terapêutica anti-hipertensiva clássica. Durante o controle agudo, deve-se instituir anti-hipertensivos de uso oral.

**Tabela 1** - Medicamentos usados nas crises hipertensivas

| FÁRMACOS  | Dosagem  | Indicações  | Efeitos adversos  |
|---|--|---|---|
| Nitroprussiato de Sódio                           | Infusão contínua 0,25-10 mg/kg/min IV                | 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                                    | Infusão contínua IV 5-15mg/h                         | Insuficiência coronariana, Insuficiência ventricular esquerda com EAP<br>Insuficiência coronariana, | Cefaleia, taquicardia reflexa, taquifilaxia, flushing, meta-hemoglobinemia  |
| Metoprolol (bloqueador beta-adrenérgico seletivo) | 5 mg IV (repetir 10/10 min, se necessário até 20 mg) | Insuficiência coronariana Dissecção aguda de aorta (em combinação com NPS)                          | Bradycardia, BAV avançado, insuficiência cardíaca, broncoespasmo  |
| Furosemida  | 20-60 mg IV (repetir após 30 min)                    | Insuficiência ventricular esquerda  | Hipopotassemia, hipomagnesemia  |

|                     |   |                                  |                                |
|---------------------|---|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLOS CLÍNICOS</b>                    | PRT.UCM.021 - Página 9/11        |                                |
| Título do Documento | <b>PROTOCOLO DE EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS</b> | Emissão: 20/01/2025<br>Versão: 1 | Próxima revisão:<br>20/01/2027 |

|  |  |                                   |  |
|--|--|-----------------------------------|--|
|  |  | com EAP Situações de hipervolemia |  |
|--|--|-----------------------------------|--|

**Fonte:** Tabela adaptada Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2020

**Tabela 2** - Metas para a redução da pressão arterial nas principais emergências hipertensivas.

| Emergência hipertensiva                     | Metas   |
|---|---|
| Geral                                       | Redução $\leq$ 25% da PA na 1ª hora. Atingir PA 160 / 100 a 110 mmHg em 2 a 6 h.  |
| Edema agudo de pulmão e isquemia miocárdica | Redução $\sim$ 10-15% na PAM em 30-60 min.  |
| Dissecção de aorta                          | Redução para 120 / 80 mmHg em 20 min.   |
| Encefalopatia Hipertensiva                  | PA= 160 -180 / 100 -110 mmHg em 2-3 h   |
| AVC hemorrágico                             | Se PAS > 220 mmHg - redução agressiva da PA com infusão IV contínua e monitorização frequente da PA.<br>- Se PAS 150-220 mmHg sem contraindicação para o tratamento - redução aguda da PAS para 140 mmHg. |
| AVC isquêmico                               | - PA inicial > 220/120 mmHg sem indicação de terapia trombolítica - redução de PA até 15-20%, mantendo-se a PAD em 100 -110 mmHg em 24 hs.  |

**Fonte:** Tabela adaptada de BORTOLOTTI, et al.

## 11. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Os casos de emergência hipertensiva devem ser internados preferencialmente em ambiente de UTI.

## 12. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

Se não for atingido o alvo terapêutico ou se houver efeitos colaterais secundários às medicações, deve-se mudar a terapêutica.

## 13. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

O paciente com emergência hipertensiva poderá ter alta quando houver redução nos níveis tensionais e quando não houver risco iminente de lesão aguda de órgão alvo.



|                     |   |                                  |                                |
|---------------------|---|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLOS CLÍNICOS</b>                    | PRT.UCM.021 - Página 10/11       |                                |
| Título do Documento | <b>PROTOCOLO DE EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS</b> | Emissão: 20/01/2025<br>Versão: 1 | Próxima revisão:<br>20/01/2027 |

#### 14. MONITORAMENTO

O monitoramento da pressão arterial será feito através de monitor cardíaco em pacientes com urgência hipertensiva. Nas situações de emergência hipertensiva, essa monitorização ocorrerá através de pressão arterial invasiva em ambiente de terapia intensiva.

#### 15. REFERÊNCIAS

BARROSO, W. K. S.; RODRIGUES, C. I. S.; BORTOLOTTTO, L. A.; MOTA-GOMES M. A.; BRANDÃ, A. A; FEITOSA, A. D. M, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2020.

BORTOLOTTTO, L. A.; SILVEIRA, J. V.; VILELA-MARTIN, J. F. Crises hipertensivas: definindo a gravidade e o tratamento. Rev Soc Cardiol, v. 28, n. 3, p. 254-9, 2018.

MARTINS, Milton (Org.). Manual do residente de clínica médica. 2ed. Barueri, SP: Manole, 2017.

#### 16. HISTÓRICO DE REVISÃO

| VERSÃO | DATA       | RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO | DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO                          |
|--------|------------|-----------------------------|---|
| 1      | 19/12/2023 | Larissa da Silva Pinto      | Institui o Protocolo de Emergências Hipertensivas |



|                     |   |                            |                                |
|---------------------|---|----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROTOCOLOS CLÍNICOS</b>                    | PRT.UCM.021 - Página 11/11 |                                |
| Título do Documento | <b>PROTOCOLO DE EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS</b> | Emissão: 20/01/2025        | Próxima revisão:<br>20/01/2027 |
|                     |   | Versão: 1                  |                                |

|   |  |
|---|--|
| <b>Elaboração:</b><br><br>Larissa da Silva Pinto<br>Médica da Unidade de Clínica Médica   | Data: ____/____/____                             |
| <b>Análise:</b><br><br>Aline Araujo Padilha Lages<br>Chefe da Unidade de Clínica Médica   | Data: ____/____/____                             |
| <b>Validação:</b><br><br>Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/Unidade de Vigilância em Saúde<br><br>Setor de Gestão da Qualidade | Data: ____/____/____<br><br>Data: ____/____/____ |
| <b>Aprovação:</b><br><br>Elyssia Karine Nunes Mendonça Ramires<br>Chefe da Divisão da Gestão do Cuidado   | Data: ____/____/____                             |

*Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte*