



## Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025

**FORMATAULA REAL** — Estrutura fiel ao conteúdo apresentado em aula/slides

*Material organizado didaticamente preservando a lógica original da exposição.*

---

### **CRISES HIPERTENSIVAS**

#### **Definição**

Crise hipertensiva é:

#### **ELEVAÇÃO AGUDA E IMPORTANTE DA PRESSÃO ARTERIAL**

Podendo estar:

- **COM** lesão de órgão-alvo  
OU
  - **SEM** lesão de órgão-alvo
- 

#### **LOA = LESÃO DE ÓRGÃO-ALVO**

Pode acometer:

- Coração
  - Cérebro
  - Rim
  - Retina
  - Pulmão
  - Vasos sanguíneos
- 

### **HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)**

#### **Epidemiologia**

Segundo os dados apresentados:

- 45% da população entre 30–70 anos possui HAS
- 1/3 sem diagnóstico
- 1/3 sem controle adequado da pressão arterial

Referência mencionada:

- Global Burden of Disease 2023
- 

#### **HAS está relacionada a:**

- Doença cardíaca isquêmica
- AVCi
- AVCh

- ❤️ Doença cardíaca hipertensiva
  - ❤️ Fibrilação atrial
  - 📏 Aneurisma de aorta
  - 🩺 Doença renal crônica
- 

## 🧪 FISIOPATOLOGIA DA HAS

### 📌 Principais fatores de risco

- 🧬 Predisposição genética
  - 🪑 Sedentarismo e obesidade
  - 🧂 Excesso de sal
  - 🚬 Tabagismo
  - 🍺 Álcool
  - 😰 Estresse e ansiedade
- 

## 🩸 LESÃO ENDOTELIAL

O conteúdo apresentado enfatiza:

- ↑ colesterol
- ↑ catecolaminas
- ↑ SRAA
- ↑ cortisol
- ↑ sódio
- ↓ óxido nítrico

➡ Levando à:

## ⚠️ LESÃO ENDOTELIAL

---

### 📈 Evolução fisiopatológica

#### 1 Agressão ao endotélio

➡ Perda da função protetora vascular

---

#### 2 Disfunção endotelial

➡ Processo inflamatório

---

#### 3 Depósito de LDL

➡ Formação de placas

---

#### 4 Aterosclerose

➡ Redução do lúmen arterial

→ Aumento da resistência vascular

→ Elevação da pressão arterial

---

### ⚠️ CONSEQUÊNCIAS

A progressão leva a:

- 📈 aumento da resistência vascular
  - ❤️ sobrecarga cardíaca
  - 📈 hipertensão sustentada
  - 🧠 lesão de órgãos-alvo
- 

### 🚒 CRISES HIPERTENSIVAS — TIPOS

📌 Existem dois grandes grupos

---

### 1️⃣ ELEVAÇÃO IMPORTANTE DA PA SEM LOA PROGRESSIVA

O professor enfatiza:

“É o paciente que está APENAS com a pressão alta.”

Sem:

- AVC
  - IAM
  - Dissecção aguda de aorta
  - EAP
  - IRA
- 

### 2️⃣ EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

Paciente com:

- 📈 PA elevada
  - +
  - ⚠️ LESÃO AGUDA DE ÓRGÃO-ALVO
- 

### 🚒 Principais exemplos

- 🧠 AVC
  - ❤️ IAM
  - 📄 Dissecção aguda de aorta
  - 📄 EAP
  - 🩺 IRA
- 

### 😬 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

## PSEUDOCRISE HIPERTENSIVA

Paciente:

- hipertenso descontrolado
  - PA muito elevada
  - oligossintomático ou assintomático
- 

### Causas destacadas

- ✕ uso irregular das medicações
  - 😞 dor
  - 😨 emocional/síndrome do pânico
- 

### Conduta

- ajuste das medicações orais
- acompanhamento ambulatorial
- analgésicos/AINE
- benzodiazepínicos

**Exemplo citado:**

- Diazepam 5 mg VO
- 

## CHEGADA DO PACIENTE

 PAS  $\geq$  180 e/ou PAD  $\geq$  110 mmHg

---

? EXISTE LESÃO DE ÓRGÃO-ALVO NOVA OU PROGRESSIVA?

---

NÃO

 PA sem LOA

### Conduta

- acompanhamento ambulatorial precoce
  - readequação do tratamento
- 

 SIM

 EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

### Conduta

- tratamento intensivo
  - monitorização contínua
- 

## METAS DE PRESSÃO

Slides enfatizam:

 **PAS < 140 mmHg na primeira hora**

E em alguns casos:

 **PAS < 120 mmHg na primeira hora**

 Especialmente:

- dissecação aguda de aorta
- 

## INVESTIGAÇÃO DAS LESÕES DE ÓRGÃO-ALVO

---

### CORAÇÃO E ARTÉRIAS

#### Lesões pesquisadas

- IC/EAP
  - síndrome coronariana
  - dissecação de aorta
- 

#### Sinais importantes

- dor torácica/dorsal
  - dispneia
  - ortopneia
  - pulsos assimétricos
- 

#### Exames prioritários

- ECG
  - RX tórax
  - troponina
  - BNP
  - angioTC
- 

### CÉREBRO

#### Lesões pesquisadas

- AVC isquêmico/hemorrágico
  - encefalopatia hipertensiva
- 

#### Sinais importantes

- alteração da fala
- déficit visual
- convulsão
- alteração do nível de consciência

---

### Exames

- TC de crânio
- RNM

---

### RIM

#### Lesões pesquisadas

- IRA
- microangiopatia trombótica

---

#### Sinais importantes

- oligúria
- hematúria
- edema

---

### Exames

- urina I
- creatinina
- eletrólitos
- USG renal

---

### RETINA

#### Sinais importantes

- turvação visual
- escotomas

---

#### Exame-chave

- fundoscopia

---

### PACIENTE COM PA ELEVADA SEM LOA

#### Conduta apresentada

#### **1** Observação clínica

- 30 min
- ambiente calmo

---

#### **2** Investigação inicial (se suspeita de EH)

- ECG
- RX tórax

- HMG
  - troponina
  - ureia
  - creatinina
  - Na
  - K
  - urina I
- 

## **MEDICAÇÕES ORAIS**

### **CAPTOPRIL**

#### **Dose apresentada:**

- 25–50 mg VO
  - 1/1h
  - máximo 100 mg
- 

### **CLONIDINA**

#### **Dose apresentada:**

- 0,1–0,2 mg VO
  - 30/30 min
  - máximo 0,6 mg
- 

## **META**



Melhora clínica OU:

 **redução máxima de 25% da PA em 2–4h**

---

## **ALERTA IMPORTANTE**

#### **NÃO prescrever:**

-  Furosemida
  -  Betabloqueadores indiscriminadamente
- 

## **EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA**

### **Conduta**

- vasodilatador venoso
  - cuidados intensivos
  - monitorização contínua
- 

## **MEDICAÇÕES UTILIZADAS**

## NITROPRUSSIATO DE SÓDIO

### Apresentação

- 2 ml / 50 mg
- 

### Dose

0,3–10 mcg/kg/min

---

### Características

- vasodilatador arterial e venoso potente
  - início: < 1 min
  - meia-vida: 1–2 min
- 

### Diluição

- 50 mg
- 
- SG5% 248 ml

### FOTOSSENSÍVEL

 proteger da luz

---

### Infusão

- iniciar: 3 ml/h
  - aumentar 2–3 ml/h a cada 3 min
- 

## NITROGLICERINA

### Apresentação

- 10 ml / 50 mg
- 

### Dose

5–400 mcg/min

---

### Característica

Predominantemente venodilatador

---

### Infusão

- iniciar 5 ml/h  
OU
- 5 mcg/min  
Aumentar progressivamente.

---

## METOPROLOL

### Apresentação

- 5 ml / 5 mg
- 

### Dose

- 5 mg IV lento
  - máximo: 20 mg
- 

## HIDRALAZINA

### Esquema mostrado

- Hidralazina 20 mg + AD 19 ml
  - administrar 5 ml 20/20 min
  - máximo: 30 mg
- 

### Observações importantes apresentadas

- resposta menos previsível
  - maior evidência em gestantes
  - cuidado em DAC/dissecção
- 

## CASO CLÍNICO 1

### FRANCISBALDO ANASTÁCIO — 54 ANOS

#### Queixa

- mal-estar
  - cefaleia há 1 dia
- 

### Antecedentes

- HAS
  - uso irregular das medicações
- 

### Sinais vitais

- FC 88 bpm
  - FR 16 irpm
  - SatO<sub>2</sub> 98%
  - PA 190x110 mmHg
- 

## CONDUTA

1) repouso por 30 min

2) aferir PA após 30 min

3) clonidina 0,1 mg VO 30/30'

OU

4) captopril 25 mg VO 1/1h

---

## CASO CLÍNICO 2

 CONSTÂNCIO INÁCIO — 68 ANOS

### Queixa

- dispneia há 6 horas
- 

### Antecedentes

- HAS
  - DM
  - tabagismo
- 

### Sinais vitais

- FC 114 bpm
  - FR 30 irpm
  - SatO<sub>2</sub> 88%
  - PA 210x120 mmHg
- 

### PRESCRIÇÃO PASSO A PASSO

#### 1) Emergência + monitorização

- MOV
  - GC
  - ECG
- 

#### 2) Cabeceira elevada

- dieta zero
- 

#### 3) Nitroglicerina

- 1 ampola 50 mg
  - 
  - SG5% 240 ml
  - BIC: 5 ml/h
- 

#### 4) Furosemida

- 80 mg EV
- 

### 5 Morfina

- 2 mg EV 5/5'

⚠ Uso cauteloso

---

### 6 VNI

---

### 7 Controle de diurese

---

### 8 Exames

- HMG
  - Na
  - K
  - ureia
  - creatinina
  - troponina
  - BNP
  - gasometria
- 

### 📖 RESUMO DE BOLSO (RDB)

Situação	Conduta
PA elevada sem LOA	observação + medicação VO
Emergência hipertensiva	vasodilatador IV + UTI
Meta inicial	↓ até 25% da PA
Dissecção de aorta	PAS <120 rapidamente

---

### ☑ MENSAGEM FINAL DA AULA

📌 O mais importante **NÃO** é apenas o número da pressão.

⚠ O ponto central é:

**IDENTIFICAR OU EXCLUIR LESÃO DE ÓRGÃO-ALVO.**



A FALA NA INTEGRA ESTÁ NO ARQUIVO TXT - UTILIZE-A NA INTEGRA

### 🗣️ CRISES HIPERTENSIVAS — FORMATAULA REAL




**BR Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025**

🗣️ Aula estruturada preservando a fala e o raciocínio clínico do professor

## INTRODUÇÃO DA AULA

“Muita coisa pra gente discutir, e ao final eu paro pra gente poder tirar as dúvidas.”

O professor já inicia contextualizando que a aula foi gravada também em alta resolução para posterior disponibilização junto com:

-  PDF da aula
  -  Artigos complementares
  - BR Diretriz Brasileira de Hipertensão
  -  Materiais extras para aprofundamento
- 

## Recomendações iniciais do professor

“Eu recomendo bastante essa diretriz da Sociedade Brasileira de Hipertensão.”

O professor comenta que:

- a diretriz é extensa,
  - porém o capítulo de crises hipertensivas possui poucas páginas,
  - leitura altamente recomendada para quem atua em emergência.
- 

## HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

### Conceito inicial trazido na aula



“A hipertensão arterial sistêmica é uma das doenças mais prevalentes, não só no Brasil como no mundo.”

---

### Grande característica da HAS

“Ela é silenciosa.”

O professor enfatiza:

- o paciente pode estar com PA extremamente elevada,
  - e ainda assim:
    -  sem sintomas
    -  sem queixas importantes
- 

### Epidemiologia apresentada

Segundo a OMS:

“Até 45% da população brasileira entre 30 e 70 anos apresenta hipertensão.”

---

### Dados importantes destacados

 1/3:

- não possui diagnóstico

### **Dos diagnosticados:**

- apenas 1/3 possui PA controlada
- 

### **MUDANÇA DE VISÃO SOBRE PRESSÃO ALTA**

O professor faz um ponto extremamente importante da aula:

“Na grande maioria das vezes, esse valor em si não traz complicações rápidas.”

Ou seja:

- o número da PA isoladamente NÃO é o principal problema,
- e sim:

 **A presença de lesão de órgão-alvo.**

---

### **ERRO CLÁSSICO ANTIGO**


#### **NIFEDIPINA SUBLINGUAL (adalat sublingual)**

O professor relembra uma prática antiga:




“Pegava uma nifedipina, fazia um furinho e pingava debaixo da língua.”

---

### **Problema dessa prática**

 Queda abrupta da pressão arterial

Consequências descritas:

-  AVC isquêmico
  -  Hipoperfusão cerebral
  -  Redução excessiva da perfusão
- 

### **Mensagem prática**

“Não é pra baixar rapidamente a pressão de todo mundo.”

---

### **DEFINIÇÃO DE CRISE HIPERTENSIVA**

#### **Conceito apresentado**

“Crise é uma elevação aguda da pressão arterial.”

---

### **DEFINIÇÃO COMPLETA**

 **Elevação aguda e importante da pressão arterial**

acompanhada OU NÃO de:

 **Lesão aguda de órgão-alvo (LOA)**

---

### **PRINCIPAL MUDANÇA DA NOVA DIRETRIZ**

 **O termo “URGÊNCIA HIPERTENSIVA” foi abolido**

O professor enfatiza isso várias vezes.

---

### Explicação apresentada

“A Sociedade Europeia nunca considerou esse termo.”

---

### US Sociedade Americana

Também deixou de usar o termo.

---

### Motivo

“É um termo que não quer dizer nada.”

---

### Problema do termo antigo

Transmitia a falsa ideia de que:

#### O VALOR DA PRESSÃO ERA O GRANDE PROBLEMA

quando na verdade o principal é:

#### LESÃO DE ÓRGÃO-ALVO

---

### CLASSIFICAÇÃO ATUAL

Existem dois grandes grupos

---

### 1 ELEVÇÃO IMPORTANTE DA PA SEM LOA PROGRESSIVA

Antiga “urgência hipertensiva”.

---

### Conceito explicado

Paciente:

- está hipertenso,
  - porém:
    - sem AVC
    - sem IAM
    - sem EAP
    - sem dissecção
    - sem IRA aguda grave
- 

### Frase do professor

“É o paciente que está APENAS com a pressão alta.”

---

### 2 EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

Agora sim:

- PA elevada
  - +
  - ⚠️ lesão aguda de órgão-alvo
- 

## 📖 LESÕES DE ÓRGÃO-ALVO DISCUTIDAS

### ❤️ Coração

- IAM
  - EAP
  - Dissecção aguda de aorta
- 

### 🧠 Cérebro

- AVC
  - encefalopatia hipertensiva
- 

### 👁️ Rim

- IRA
  - microangiopatia trombótica
- 

### 👁️ Retina

- retinopatia hipertensiva
  - papiledema
- 

## 😬 PSEUDOCRISE HIPERTENSIVA

### 📌 Características

Paciente:

- hipertenso conhecido
  - PA muito elevada
  - oligossintomático
  - sem LOA
- 

### 📌 Principais causas

Segundo a aula:

- ✗ uso irregular das medicações
- 😞 dor
- 😨 componente emocional
- 😱 síndrome do pânico

---

## CHEGADA DO PACIENTE

### Primeira pergunta da aula

? TEM LESÃO DE ÓRGÃO-ALVO NOVA OU EM PROGRESSÃO?

---

### SE SIM

 Emergência hipertensiva


---

### Conduta

- tratamento intensivo
  - medicação venosa
  - monitorização
- 

### Metas específicas

EAP

 reduzir rapidamente

---

Dissecção aguda de aorta

“Tem que ser ainda mais agressivo.”

Meta:

**PAS < 120 mmHg rapidamente**

---

### AVC — ponto importante da aula


O professor lembra:

“Cada patologia tem o seu próprio guideline.”

---

### Exemplo citado

AVC isquêmico sem trombólise:

 muitas vezes NÃO reduzir a PA inicialmente.

---

### SE NÃO HOUVER LOA

 PA sem LOA

---

### Conduta recomendada

“Muito mais parcimônia.”

---

### Medidas iniciais

- ambiente calmo
  - observação 30 minutos
- 

### **Medicação oral**

**Captopril**

OU

**Clonidina**

---

### **Frase importante**

“Nada de sublingual, nada de veloz.”

---

### **OBJETIVO**

- melhorar sintomas
  - reduzir discretamente a PA
  - alta com seguimento ambulatorial
- 

### **CHECKLIST MÉDICO NA PRÁTICA**

O professor organiza a abordagem em sequência prática.

---

### **PACIENTE COM ELEVAÇÃO DA PA**

#### **IMPORTANTE**

“Perceba que eu não coloco o valor aqui.”

---

### **Porque:**

“Isso não é o mais importante.”

---

### **MEDICAÇÕES ORAIS**

#### **CAPTOPRIL**

- VO
  - sem sublingual
- 

#### **CLONIDINA**

- VO
  - gradual
- 

### **EXAMES SE SUSPEITA DE EH**

O professor sugere:

- ECG

- RX tórax
  - hemograma
  - ureia
  - creatinina
  - Na/K
  - troponina
  - urina I
- 

## EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA — MEDICAÇÕES

---

### NITROPRUSSIATO

#### Características destacadas

- vasodilatador arterial e venoso potente
  - início muito rápido
  - meia-vida curta
- 

### ALERTA

Fotossensível:

 proteger da luz

---

### NITROGLICERINA

Principalmente:

- EAP hipertensivo
  - SCA
- 

### HIDRALAZINA

#### Frase forte da aula

“Evite o uso de hidralazina no dia a dia.”

---

#### Quando usar?

-  Gestante
- 

### Problemas destacados

- resposta imprevisível
  - taquicardia reflexa
  - cuidado em DAC/dissecção
- 

## EAP HIPERTENSIVO — PARTE FINAL DA AULA

## MORFINA

O professor deixa claro:

“Não usar de rotina.”

---

### Usar apenas em casos selecionados

- ansiedade importante
  - dor
  - SCA associada
- 

### Dose citada

2 mg EV

Repetir:

- a cada 5 min
  - máximo 10 mg
- 

### OXIGÊNIO NO EAP

#### Atualização importante

“Oxigênio somente se estiver saturando menos de 92%.”

---

### CONTROLE DE DIURESE

Após furosemida:

Meta:

- 100–150 ml/h
- 

### MENSAGEM FINAL DA AULA

#### Principal ensinamento

“Não focar no valor da hipertensão.”

---

#### O MAIS IMPORTANTE:

**IDENTIFICAR LESÃO DE ÓRGÃO-ALVO**

---

### Encerramento do professor

“Crises hipertensivas pra você vai ter uma outra visão.”

---

### RDB — RESUMO DE BOLSO

Situação	Conduta
PA elevada sem LOA	observação + medicação VO

<b>Situação</b>	<b>Conduta</b>
Emergência hipertensiva	medicação IV + monitorização
Principal erro	baixar PA rápido demais
Principal foco	LOA
Morfina no EAP	evitar rotina
Hidralazina	preferir gestantes
Oxigênio no EAP	somente Sat <92%

