



PREFEITURA DE ITARIRI



SAÚDE ITARIRI

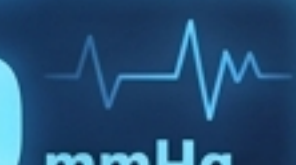
CRISES HIPERTENSIVAS NA SALA VERMELHA

Reconhecer • Classificar • Tratar • Reavaliar • Regular



Baseado na Diretriz Brasileira
de Hipertensão Arterial 2025



PA **210/120**mmHg

CRITICAL PRESSURE MONITOR



PATIENT A (Green/Yellow Path)

Francisbaldo, 54 anos. PA 210/120.
Assintomático (apenas cefaleia leve).



CAUTION: Pseudocrisis / PA Elevated without LOA.

ANAMNESE & EXAME FÍSICO

Dor Torácica: Ausente

Dispneia: Ausente

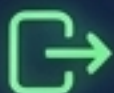
Neurológico: Íntegro

CONDUCTA & MONITORAMENTO

✓ Repouso: Indicado

✓ Observação Clínica: Manter

✓ Medicação: Avaliar (Oral)



ALTA SUPERVISIONADA



PATIENT B (Red Path)

Constâncio, 68 anos. PA 210/120.
Dispneia franca, crepitações, SatO2 88%.



EMERGENCY HYPERTENSIVE (Edema Agudo de Pulmão).

ANAMNESE & EXAME FÍSICO

⚠ Dor Torácica: Opressiva

⚠ Dispneia: Grave/Repouso

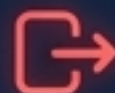
⚠ Ausculta: Crepitações Bilaterais

CONDUCTA & MONITORAMENTO

✗ Repouso: Cabeceira Elevada

✗ Monitorização: Contínua (UTI)

✗ Medicação: Vasoativa EV

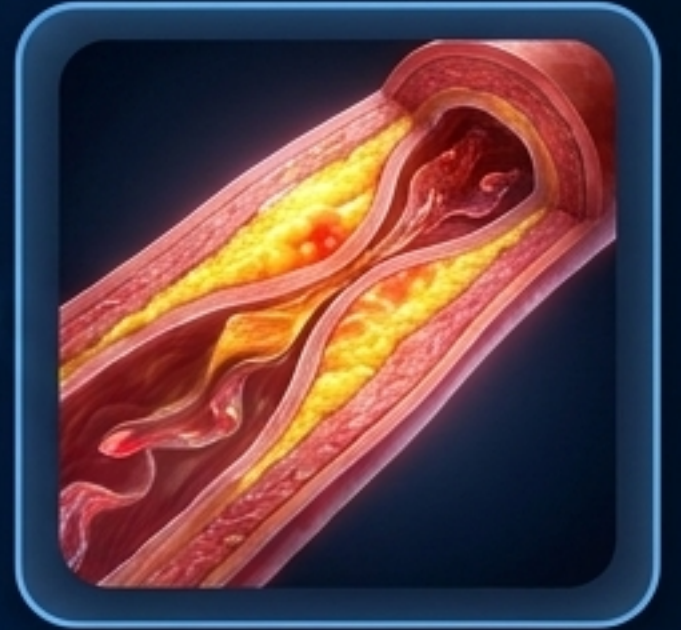
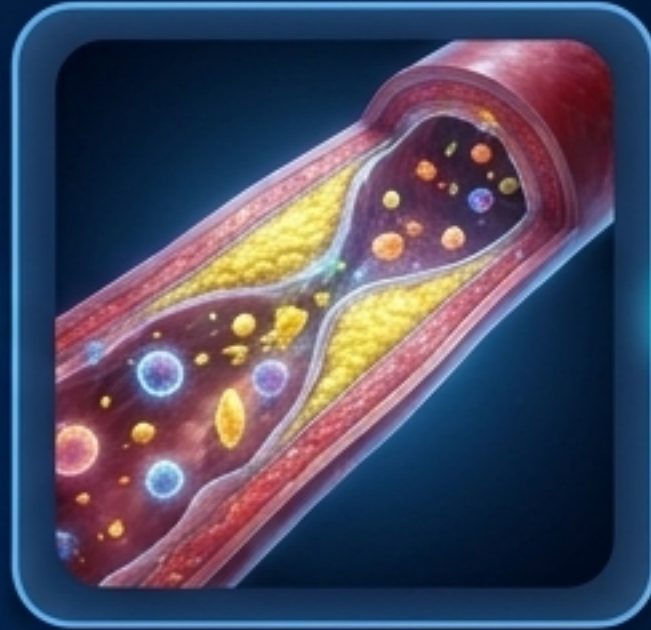


IMMEDIATE ADMISSION (UTI)

O VALOR ISOLADO NÃO DEFINE A GRAVIDADE.
Treat the patient, not the monitor.

O INIMIGO SILENCIOSO: FISIOPATOLOGIA EM 4 PASSOS

A **crise hipertensiva** é o rompimento abrupto da autorregulação em um sistema já endurecido.



1. Agressão ao Endotélio

Cortisol, catecolaminas e SRAA reduzem o óxido nítrico.

2. Disfunção Endotelial

Ocorre um estado pró-inflamatório (perda da barreira).

3. Aterosclerose

Depósito de LDL e formação de placas.

4. Aumento da RVS

Redução do lúmen, rigidez arterial e fluxo turbulento.

O ALVO DA HIPERTENSÃO: BUSCAR ATIVAMENTE A LOA



**A bússola do protocolo:
Buscar ativamente a LOA.**

CLASSIFICAÇÃO PRÁTICA: O QUE É O QUÊ?

(O termo “Urgência Hipertensiva” foi abolido pela Diretriz 2025 para evitar reduções pressóricas abruptas.)

⚠ Pseudocrise Hipertensiva ⚠

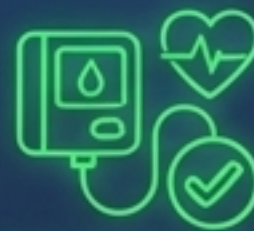
Paciente com HAS descontrolada, assintomático ou reativo a dor/ansiedade. PA sobe como consequência.



✅ PA Elevada SEM LOA ✅

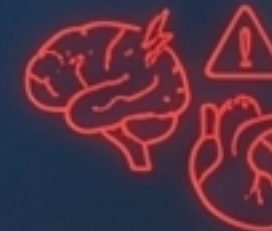
(Antiga Urgência)

Elevação importante ($PAS \geq 180$ / $PAD \geq 110$), porém **SEM** evidência de lesão aguda ou progressiva de órgão.



⚠ Emergência Hipertensiva ⚠

Elevação da PA + **Lesão Aguda de Órgão-Alvo (LOA)**. Risco imediato de morte ou dano permanente.



O FLUXOGRAMA DE DECISÃO CLÍNICA

**Chegada do Paciente:
PAS $\geq$ 180 e/ou PAD $\geq$ 110 mmHg**

NÃO

PA SEM LOA
(Caminho Verde)

Acompanhamento
ambulatorial precoce
(07 dias) /
Readequar tratamento

?
**Existe Lesão de
Órgão-Alvo
Nova/Progressiva?**

SIM

**EMERGÊNCIA
HIPERTENSIVA**
(Caminho Vermelho)

Tratamento intensivo
na Sala Vermelha
Metas específicas
de redução EV

INVESTIGAÇÃO DIRIGIDA NA SALA VERMELHA

Exames devem ser direcionados pela suspeita clínica. Não atrase o tratamento de **condições ameaçadoras** à vida aguardando laboratório.

Coração / Aorta



Sintomas:

Dor torácica/dorsal ('rasgando'), dispneia, pulsos assimétricos.

Exames:

ECG (até 10 min), Troponina, RX Tórax, Angio-TC.

Cérebro



Sintomas:

Déficit visual/fala, rebaixamento, convulsão.

Exames:

TC de Crânio sem contraste.

Pulmão



Sintomas:

Dispneia severa, ortopneia, hipoxemia.

Exames:

RX Tórax, Gasometria.

Rim



Sintomas:

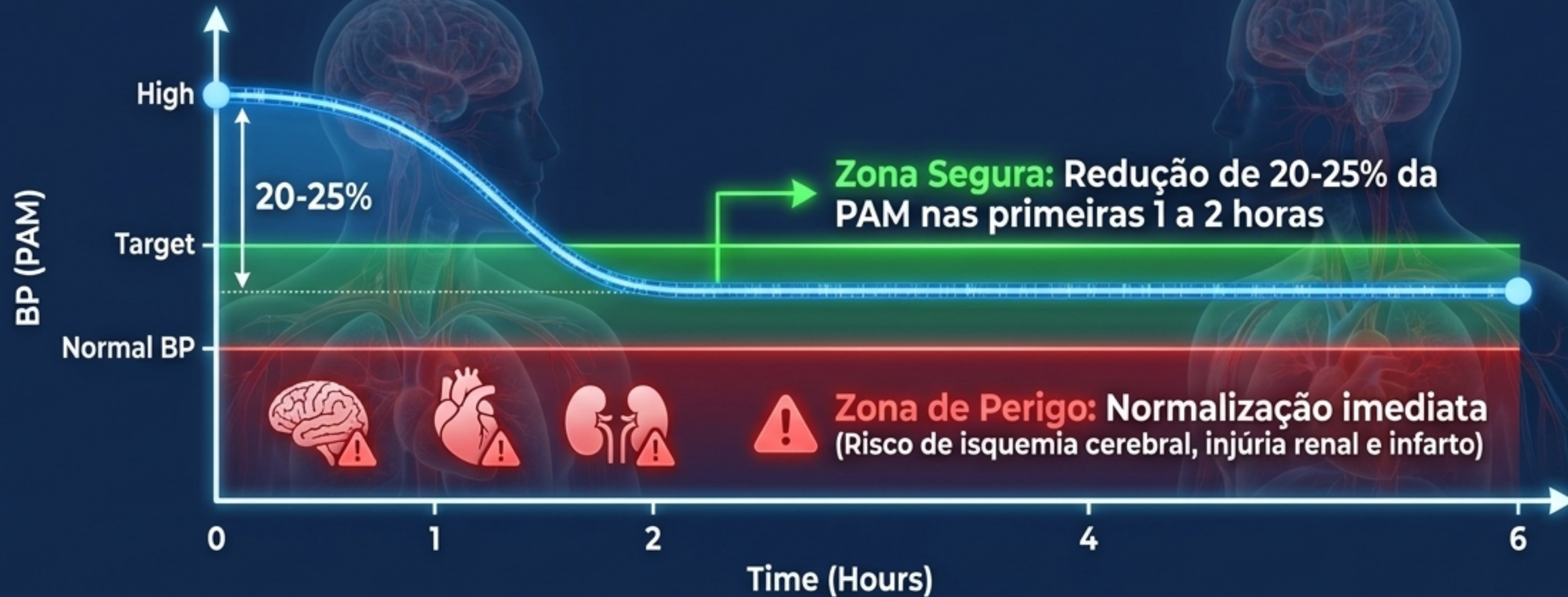
Oligúria, hematúria, edema súbito.

Exames:

Ureia, Creatinina, Eletrólitos, Urina 1.

META GERAL DE REDUÇÃO DA PA

Perfusion Staircase



O sistema autorregulador do hipertenso crônico está adaptado a pressões altas. Quedas bruscas induzem hipoperfusão grave. **NÃO TENHA 'NORMALIZAR' A PRESSÃO HOJE.**

CAMINHO VERDE: PA ELEVADA SEM LOA

⚠ **NUNCA USE** medicação sublingual ou medicação EV apenas para baixar o número. ⚠

1 1. Ambiente



Repouso e observação clínica por 30 min em ambiente calmo.

2 2. Gatilhos



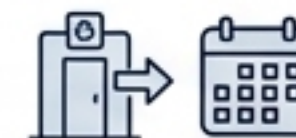
Tratar dor e ansiedade (ex: Diazepam 5mg VO, Analgésicos).

3 3. Medicamentos (Exclusivo VIA ORAL)



Captopril 25-50 mg VO, 1/1h (Máx 100mg/dia).
Clonidina 0,1-0,2 mg VO, 30/30' (Máx 0,6mg/dia).

4 4. Alta Segura



Redução lenta (máx 25% em 2-4h).
Retorno ambulatorial em 7 dias.

CAMINHO VERMELHO: MANEJO DA EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

Checklist de Admissão na Sala Vermelha (Manejo Imediato)



Monitorização contínua
(PA a cada 5 min, FC,
Oximetria, ECG).



Medicação EXCLUSIVAMENTE
Endovenosa em Bomba de
Infusão Contínua (BIC).



Cabeceira elevada (30°).
Acesso venoso calibroso.



Controle rigoroso de débito urinário
(Sondagem vesical se indicado).



Investigação contínua da causa-base
e reavaliação de consciência.

VASODILATADORES EV PRIMÁRIOS

NITROPRUSSIATO DE SÓDIO (Nipride)



Papel:

Vasodilatador Arterial e Venoso (+ Potente)

Diluição:

50 mg (2 mL) +
SG 5% 248 mL

Dose:

0,3 a 10 mcg/kg/min
(Iniciar ~3 mL/h)



Alerta: FOTOSSENSÍVEL. Proteger da luz.
Meia-vida curtíssima (1-2 min).

NITROGLICERINA (Tridil)



Papel:

Predominantemente
Venodilatador
(Preferencial em EAP e SCA)

Diluição:

50 mg (10 mL) +
SG 5% 240 mL

Dose:

5 a 400 mcg/min
(Iniciar 5 mL/h)



Alerta: Risco de cefaleia e taquicardia reflexa.
Contraindicado uso recente de inibidor de PDE-5.

FÁRMACOS EV SECUNDÁRIOS: CONTROLE ESPECÍFICO

METOPROLOL / ESMOLOL (Controle Adrenérgico)



Papel: Redução de FC e contratilidade (Essencial em Dissecção de Aorta)

Metoprolol: 5 mg EV Lento (1-2 min). Repetir 5/5 min (Máx 20mg)

Esmolol: Bolus 500 mcg/kg, seguido de infusão 50-300 mcg/kg/min

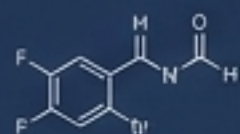
Evitar em: BAV, bradicardia grave, asma, IC aguda descompensada

HIDRALAZINA EV



Papel: Vasodilatador arteriolar direto

Dose: 5-10 mg EV lento (repetir 20-30 min, máx 30mg)



Diluição: 20 mg (1 mL) + 19 mL AD = 1 mg/mL (20 mL total). Administrar 5 mL (5 mg) a 10 mL (10 mg) EV lento



Alerta: Resposta imprevisível. Uso parenteral no PS quase exclusivo para Gestantes (Pré-eclâmpsia grave). Evitar em dissecção e IAM.

MATRIZ DE PROTOCOLOS POR SÍNDROME CLÍNICA

Síndrome

Meta Hemodinâmica

Droga Preferencial



Dissecção Aguda de Aorta

PAS < 120 mmHg e FC < 60 bpm
(URGENTE)



Betabloqueador **PRIMEIRO** (Esmolol),
depois Vasodilatador se necessário.



Edema Agudo de Pulmão

Reduzir PA para aliviar
congestão rápida



Nitroglicerina + Furosemida
EV + VNI.



AVC Isquêmico
(Sem trombólise)

NÃO REDUZIR inicialmente (tolerar até
220/120). Foco na penumbra isquêmica.
Queda de PA causa extensão do infarto.



Avaliar protocolo neurológico.



SCA
(Infarto)

Reduzir PA/dor sem hipoperfusão



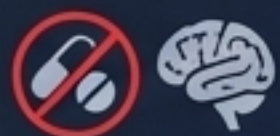
Nitroglicerina.
Evitar Nipride inicial.



ERROS FATAIS: O QUE NÃO FAZER

NIFEDIPINA SUBLINGUAL

Absolutamente proscrita. Causa isquemia cerebral por queda drástica e incontrolável da perfusão.



FUROSEMIDA SEM CONGESTÃO

Não prescrever diurético apenas pelo "**número da PA**" em pacientes euvolêmicos.



QUEDAS BRUSCAS DA PA

Reduzir **abruptamente** a PA em hipertensos crônicos sem LOA mata mais que a própria hipertensão.



VASODILATADOR ISOLADO NA DISSECÇÃO

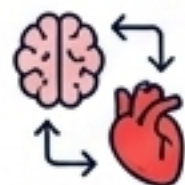
Usar **Nipride** sem betabloqueio prévio na dissecção aumenta o estresse de cisalhamento e rompe a aorta.



NÃO TRATE APENAS O NÚMERO. IDENTIFIQUE A LESÃO DE ÓRGÃO-ALVO.

Checklist Final de Segurança (Alta / Regulação)

1. Diagnóstico Sindrômico



O foco foi na causa e na síndrome clínica?



2. Monitorização Constante



A resposta pressórica e o nível de consciência foram reavaliados?



3. Segurança do Destino



O paciente está recebendo alta com orientação clara (Via Verde) ou foi regulado para UTI (Via Vermelha)?

