



Atividade DHA/Socerj - CAPACITAÇÃO EM HIPERTENSÃO:

Aula 3: Hipertensão na Sala de Emergência

Erika Campana

MD, PhD, FESC

Presidente do DHA/Socerj (2020/21)

Diretora Administrativa do DHA/SBC (2020/21)

Prof^a do Curso Intensivo de Revisão em Cardiologia Clínica (CIRCC)

Prof^a Adjunta Medicina Unig

Pesquisadora do Ambulatório de Hipertensão e Lipídeos da UERJ;

Coordenadora da Clínica de Hipertensão no SEACOR



(21) 997788669



@DraErika

Bernardo Harboe

Diretor Administrativo DHA/Socerj (2020/21)

1. Definição, Epidemiologia e Classificação das Emergências Hipertensivas

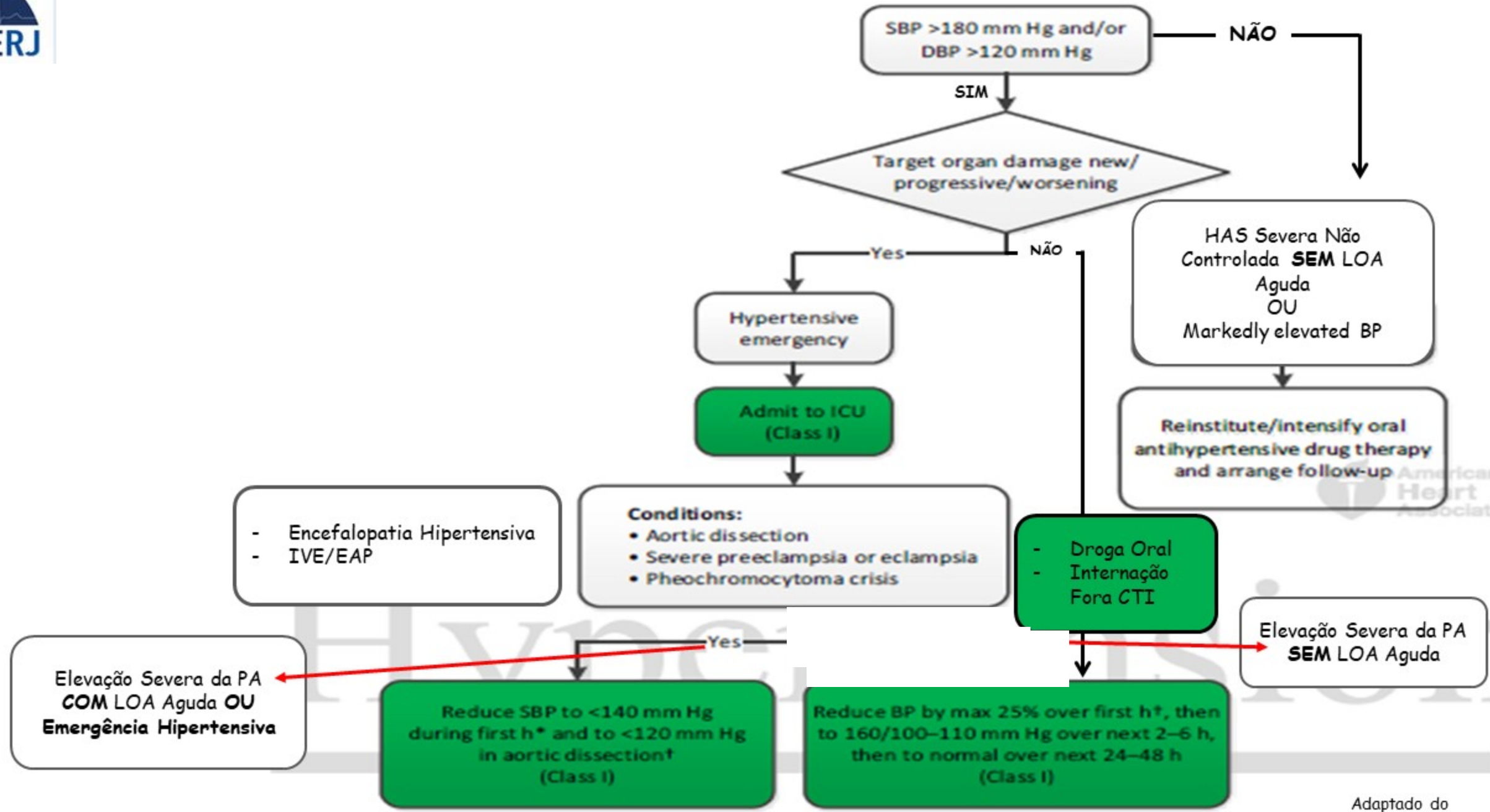
A emergência hipertensiva (EH) está integrada em um quadro nosológico mais geral denominado crise hipertensiva (CH). A CH representa situações clínicas que cursam com elevação aguda da pressão arterial (PA), geralmente níveis de PA sistólica (PAS) ≥ 180 mmHg e diastólica (PAD) ≥ 120 mmHg, que podem resultar ou não em **lesões de órgãos-alvo** (LOA) (coração, cérebro, rins e artérias).¹⁻⁵ A CH pode se apresentar sob duas formas distintas em relação à gravidade e ao prognóstico: a urgência hipertensiva (UH) e a EH. Casos de EH cursam com elevação acentuada da PA associada a LOA e risco imediato de morte, fato que requer redução rápida e gradual dos níveis tensionais em minutos a horas, com monitoramento intensivo e uso de fármacos por via endovenosa (EV).¹⁻⁵ Ela pode se manifestar como um

na forma de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia. Embora a definição clássica das duas apresentações da CH a descreva com valores acima dos 180/120 mmHg, atualmente o maior consenso se estabelece no conceito de que mais do que os valores é o dano ou o risco iminente de acometimento de órgãos-alvo que distingue a EH da UH. Assim, a UH caracteriza-se por elevações da PA, sem LOA e sem risco de morte iminente, fato que permite redução mais lenta dos níveis de PA em período de 24 a 48 horas. Atualmente, existe uma ampla discussão sobre a real existência do diagnóstico “urgência hipertensiva”.⁶ Muitos preconizam que esta classificação necessita ser atualizada (se não abandonada) e que a maior importância diagnóstica é a observação dos sinais/sintomas e da disfunção aguda dos órgãos-alvo, mais do que no valor da PA. Outros acreditam que o termo correto deveria ser “elevação da PA sem LOA em evolução”.^{5,7}

Posicionamento

período de 24 a 48 horas. Atualmente, existe uma ampla discussão sobre a real existência do diagnóstico “urgência hipertensiva”.⁶ Muitos preconizam que esta classificação necessita ser atualizada (se não abandonada) e que a maior importância diagnóstica é a observação dos sinais/sintomas e da disfunção aguda dos órgãos-alvo, mais do que no valor da PA. Outros acreditam que o termo correto deveria ser “elevação da PA sem LOA em evolução”.^{5,7}

Figure 11. Diagnosis and Management of a Hypertensive Crisis



HAS Severa NÃO Controlada

NÃO HÁ RESPALDO PARA O USO DE
ANTI-HIPERTENSIVOS NA SALA DE EMERGÊNCIA!

NO MÁXIMO FAZER O MEDICAMENTO DE USO REGULAR E ORIENTAR PARA
CONTROLE AMBULATORIAL!

CASO USO DE ANTI-HIPERTENSIVOS (medicamento usual) NA SALA DE
EMERGÊNCIA!

REDUZIR 30% PAM ou alcançar PA: 150-160/100-110mmHg (6h)

Elevação Grave da PA SEM LOA: PA >180/120mmHg + Ausência de LOA Nova ou Agravada

HÁ INDICAÇÃO PARA O USO DE ANTI-HIPERTENSIVOS NA SALA DE EMERGÊNCIA!

Pode haver necessidade de Internação Hospitalar

Medicação habitualmente oral

REDUZIR 30% PAM ou alcançar PA: 150-160/100-110mmHg (6h)

Normalização em 24-48h

CONDUTA GERAL NAS EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

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, usarem anti-hipertensivos IV e ser monitorados cuidadosamente durante a terapia para evitar hipotensão. As recomendações gerais de redução da PA para EH devem ser:²

- ↓ PA \leq 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.

Emergência Neurológica: AIT/ AVC Isquêmico

- ✓ Avaliar possibilidade de Trombólise! = PA <185/110mmHg!!!!
- ✓ Se necessário reduzir 30% PAM ou PAD 100-110mmHg em 1-4 horas
- ✓ Drogas: Metoprolol IV; Labetalol IV; Nicardipina IV; Nitroprussiato (Considerar se PAD > 140mmHg)
- ✓ Monitorar PA durante a Trombólise:
 - 2h iniciais: 15/15'
 - 2^a-^a6h: 30/30'
 - 6^a a 16^ah: 1/1h
- ✓ NÃO Trombolítico = SÓ REDUZIR SE PA >220/120mmHg!!! = Reduzir 10% da PAM 1^ah

Emergência Neurológica: AVC Hemorrágico/Hemorragia Subaracnoidea

- ✓ **PAS >220mmHg**: Redução progressiva PA com droga IV e monitorando continuamente a PA (não há alvo descrito!) (NE: IIb)
- ✓ **PAS: 150-220mmHg**: Droga IV em 1h monitorando PA 5/5min, para obter redução da PAS a 140mmHg = Segura e pode ser eficaz em melhorar função neurológica! (NE: IIa)
- ✓ Manter a PPC entre 60-80mmHg
- ✓ Monitorizar continuamente a PAM/PIC
- ✓ Drogas: Labetalol IV, Metoprolol IV; Nicardipina IV; Nitroprussiato (2ª Linha)
- ✓ Na Hemorragia subaracnóidea a elevação da PA é resposta ao vasoespasmos = CUIDADO AO REDUZIR!!
- ✓ Hemorragia subaracnóidea NIMODIPINA melhora espasmo

Take Home Messages:

- ✓ Perguntas chaves: PA >180/120mmHg?
- ✓ LOA nova ou agravada ou progressiva?
- ✓ Redução da PA deverá ser feita de acordo com a emergência médica que acompanha o caso

✓ **OBRIGADA**

