

Cuidado em saúde diante das Crises Hipertensivas Agudas

Iniciar ↻

Fonte: Pexels.

Créditos

Universidade Federal do Maranhão - UFMA **Reitor**

Prof. Dr. Natalino Salgado Filho

Diretoria de Tecnologias na Educação - **DTED/UFMA**

Profa. Dra. Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Universidade Aberta do SUS da **Universidade Federal do Maranhão -** **UNA-SUS/UFMA**

Coordenação Geral

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Gestão de Projetos

Amanda Rocha Araújo
Deysianne Costa das Chagas

Coordenação de Produção Pedagógica

Paola Trindade Garcia

Coordenação de Ofertas Educacionais

Elza Bernardes Monier

Coordenação de Tecnologia da Informação

Mário Antônio Meireles Teixeira

Coordenação de Comunicação e **Design Gráfico**

Bruno Serviliano Santos Farias

Professora-autora

Ediane Arimatéa Silva

Departamento de Saúde Coletiva da **Universidade de Brasília - UNB**

Validadora técnica

Cláudia Brandão Gonçalves Silva

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)

Departamento de Saúde da Família (DESF)

Coordenação-Geral de Garantia dos **Atributos da Atenção Primária (CGGAP)**

Amanda Firme Carletto
Beatriz Zocal da Silva

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) **Departamento de Saúde Ambiental, do** **Trabalhador e Vigilância das** **Emergências em Saúde Pública (DSASTE)** **Coordenação-Geral de Saúde do** **Trabalhador (CGSAT)**

Flávia Nogueira e Ferreira de Sousa -
Coordenadora-Geral
Ana Cristina Martins de Melo -
Coordenadora-Substituta
Nathalie Alves Agripino

Validadora Pedagógica

Cadidja Dayane Sousa do Carmo

Revisora textual

Vitória Regina de Alencar Araújo

Designer Instrucional

Deborah Dowsley Valente de Figueiredo

Designer Gráfico

Agnes Milen Guerra

COMO CITAR ESTE MATERIAL

SILVA, Ediane Arimatéa. Cuidado em Saúde Diante das Crises Hipertensivas Agudas. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Cuidado nas Queixas Comuns no Atendimento à Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde. **Descompensação do Diabetes Mellitus e alterações agudas da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2022.

©2022. Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz & Universidade Federal do Maranhão. É permitida a reprodução, disseminação e utilização desta obra, em parte ou em sua totalidade, nos termos da licença para usuário final do Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES). Deve ser citada a fonte e é vedada sua utilização comercial, sem a autorização expressa dos seus autores, conf. Lei de Direitos Autorais – LDA (Lei n.º 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).



Apresentação

Olá aluna(o)!

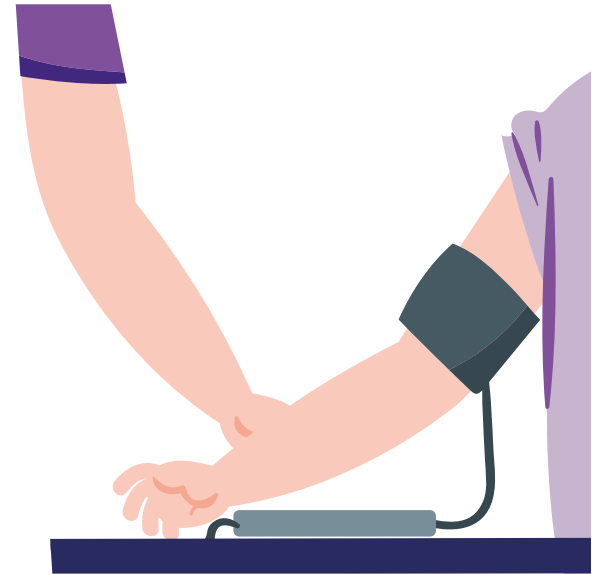
Em alguns casos, a hipertensão arterial, ou pressão alta, não pode ser evitada e pode evoluir para uma crise hipertensiva.

Você sabe como identificar e conduzir uma emergência hipertensiva?

Por ser uma importante doença crônica e por possuir um grande número de limitações e agravos, é importante sabermos identificar algumas apresentações clínicas que requerem intervenção caso apareçam nas Unidades Básicas de Saúde.

Neste material, vamos falar sobre a identificação e tratamento correto de emergências e crises hipertensivas. Vamos lá?

Bons estudos!



Fonte: UNA-SUS/UFMA.

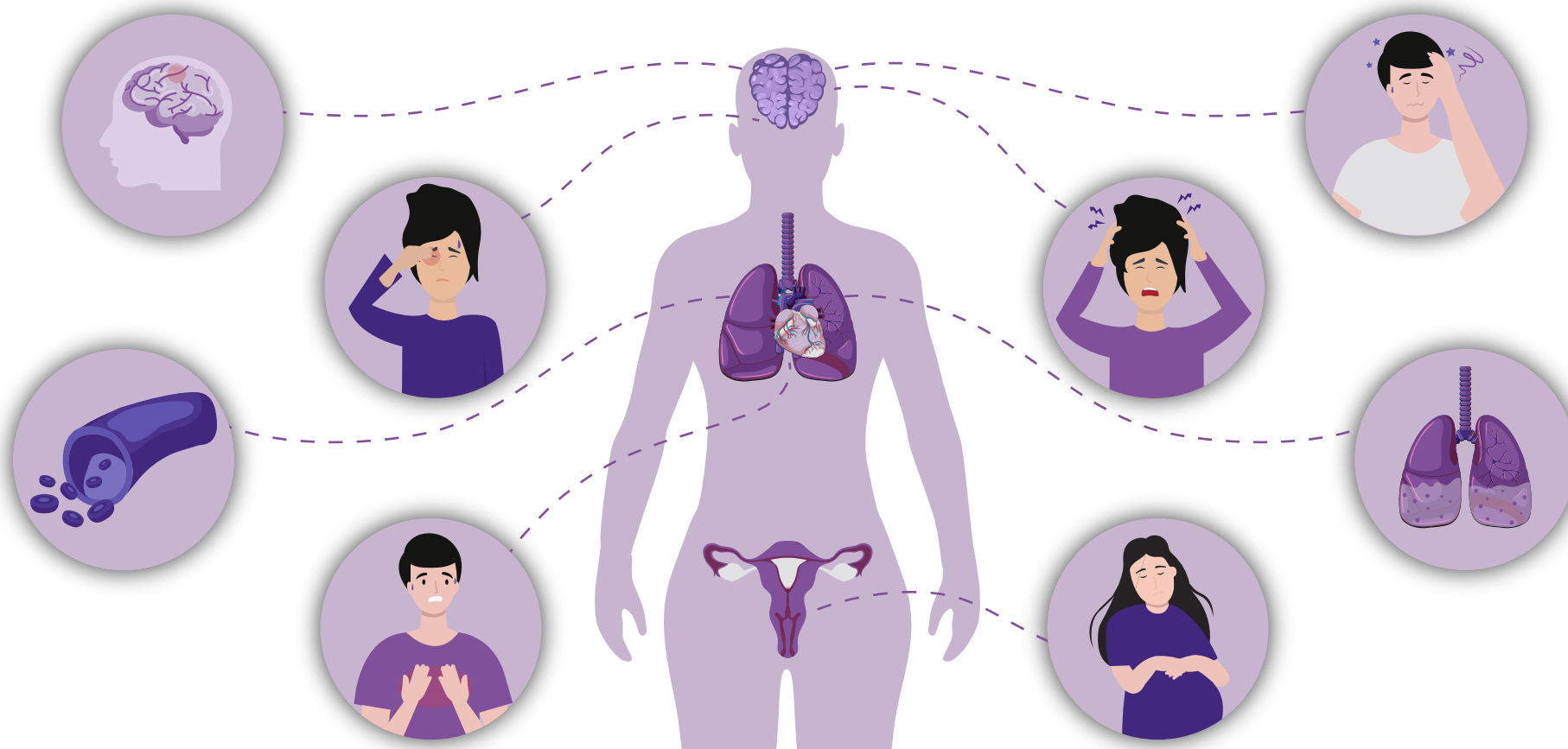


OBJETIVO

Ao final de sua leitura, você será capaz de Identificar as abordagens diagnósticas e terapêuticas oportunas para a hipertensão arterial.



Clique nos botões abaixo para conhecer as diferentes Emergências Hipertensivas



Fonte: UNA-SUS/UFMA.



Acidente Vascular Encefálico (AVE)

Deve-se suspeitar de AVE diante de qualquer déficit neurológico agudo. O quadro clínico é bastante variável, pois depende da região do encéfalo afetada.

Algumas apresentações possíveis são: hemiparesia, paralisia facial central, afasia, hemi-hipoestesia, perda de visão em algum campo visual, vertigem, rebaixamento de nível de consciência e heminegligência².

É importante, nessas condições, lembrar que “tempo é cérebro”.



Fonte: Rawpixel, Freepik



Acidente Vascular Encefálico (AVE)

O usuário com suspeita de AVE deve ser imediatamente encaminhado para a emergência, pois o tempo transcorrido entre o início dos sintomas e a instituição do tratamento é um fator que altera completamente o prognóstico do caso, especialmente se o paciente estiver nas primeiras quatro horas e meia do início dos sintomas, período em que ainda há a possibilidade de realização de trombólise em caso de acidente vascular isquêmico.

É importante ressaltar que, entre os acidentes vasculares encefálicos, o acidente vascular cerebral isquêmico, hemorrágico e a hemorragia subaracnóidea têm alvos de pressão arterial diferentes².

Fonte: Freepik.



Acidente Vascular Encefálico (AVE)

No geral, esses casos se beneficiam da manutenção de um alvo de pressão arterial sistólica $< 200\text{mmHg}$ até o atendimento hospitalar, mas essa redução deve ser feita com cuidado, pois, em pacientes com acidente vascular encefálico isquêmico que não são candidatos a trombólise, a redução abrupta pode comprometer ainda mais a penumbra isquêmica e a recuperação a longo prazo.

Nesses casos, que só poderão ser identificados através de exame de imagem, apenas quando a pressão arterial estiver $\geq 220 \times 110 \text{ mmHg}$ é razoável a redução dos níveis pressóricos iniciais em cerca de 15% durante as primeiras 24 h.

Dessa maneira, diante da suspeita de AVE, o profissional de saúde da Atenção Primária deve providenciar a transferência e evitar intervenções que causem reduções abruptas da pressão arterial².

Fonte: Freepik.

Hipertensão Arterial Acelerada-Maligna

Trata-se de uma condição definida pela presença de alterações na retina de classificação 3 e 4 no fundo de olho (estreitamento arterial com hemorragias retinianas e/ou exsudato e papiledema, respectivamente).

É mais comum na população negra. Caracteriza-se pela presença de cefaleia, visão borrada, noctúria, astenia e alteração da função renal, podendo haver oligúria.

Essa condição comumente evolui para um quadro de emergência hipertensiva, em que há alteração da função renal e/ou sintomas neurológicos, devendo, nesses casos, ser encaminhada para a emergência hospitalar^{1,2}.



Fonte: UNA-SUS/UFMA.



Dissecação Aguda de Aorta

É uma condição caracterizada pela lesão da camada média da aorta criada por uma coluna de sangue dissecante ou por rompimento da *vasa vasorum* (pequenos vasos sanguíneos encontrados na parede de grandes vasos, que servem para a sua nutrição).

Apresenta-se, mais comumente, com dor de início abrupto em região torácica ou em dorso. É descrita como sendo lancinante, podendo ser acompanhada de diaforese, náuseas, vômitos.

Ao exame físico, podem ser encontrados assimetria de pulsos e sopro diastólico em foco aórtico. Devido à sua alta mortalidade, deve ser realizado encaminhamento imediato para unidade de emergência, para que sejam realizados analgesia e controle da pressão arterial^{1,2}.



Fonte: UNA-SUS/UFMA.



Síndrome Coronariana Aguda

Compreende um espectro de diagnósticos de menor a maior risco, incluindo os quadros de angina instável e de infarto agudo do miocárdio, sendo que este pode se apresentar com ou sem supradesnívelamento de ST (uma alteração típica do eletrocardiograma)

Apresenta-se, mais comumente, com dor torácica de características anginosas, que no caso de angina instável ou infarto agudo do miocárdio pode aparecer em repouso, podendo durar mais de 30 minutos, frequentemente com sintomas associados como: dispneia, náuseas, vômitos e astenia^{1,2}.



Fonte: Vector Juice. Freepik.



Síndrome Coronariana Aguda

Em caso de suspeita de síndrome coronariana aguda na atenção primária à saúde (APS), o paciente deve ser prontamente encaminhado ao serviço de emergência. Enquanto aguarda transferência o profissional deve administrar ácido acetilsalicílico 300mg (desde que não haja alergia ou suspeita de dissecação de aorta ou sangramentos) e oxigênio, especialmente se sinais de hipoxemia.

Pode ser dado nitrato sublingual 5mg para alívio da dor, mas, em pacientes que ingeriram inibidor de fosfodiesterase 5 (como sildenafil, o famoso “viagra”) nas últimas 24-48hs, é contraindicado, assim como em pacientes hipotensos (que possam apresentar infarto de ventrículo direito). Em ambos os casos, o nitrato deve ser evitado pelo risco de hipotensão grave^{1,2}.



Fonte: Vector Juice. Freepik.



Encefalopatia Hipertensiva

Presença de edema cerebral devido a aumento súbito ou elevações súbitas da pressão arterial.

Trata-se de um diagnóstico de exclusão, que deve ser feito após descarte de outras disfunções do sistema nervoso central. Alguns sinais e sintomas que podem estar presentes são: cefaleia, náuseas, vômitos, confusão mental, convulsões, letargia e coma.

Também podem acontecer alterações visuais inespecíficas, como escotomas visuais e visão borrada.

O exame de fundo de olho, se disponível, pode demonstrar a presença de papiledema, hemorragia retiniana e exsudatos.

O paciente deve ser transferido imediatamente para serviço de emergência, para realização de exame de imagem, exclusão de acidente vascular encefálico e tratamento endovenoso.

O quadro costuma ter uma melhora importante após a redução de 10 a 15% da Pressão Arterial Média (PAM)^{1,2}.



Fonte: Vector Juice. Freepik.



Hemorragia Subaracnóidea (HSA)

Trata-se de uma emergência neurológica em que ocorre o extravasamento de sangue para os espaços liquóricos no sistema nervoso central. A principal causa de HSA não traumática é a ruptura de aneurisma intracraniano.

A apresentação típica é uma cefaleia grave de início súbito, normalmente descrita como “pior dor de cabeça da vida”, podendo estar acompanhada de náuseas, vômitos, dor cervical, fotofobia, rebaixamento de nível de consciência e até mesmo morte súbita².



Fonte: UNA-SUS/UFMA.



Hemorragia Subaracnóidea (HSA)



Fonte: UNA-SUS/UFMA.

Ao exame físico, a presença de sinais meníngeos, de alterações neurológicas focais e presença de papiledema devem levantar a suspeita desse diagnóstico, embora sua ausência não possa ser usada para exclusão da doença.

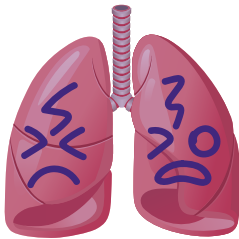
A “cefaleia em trovoada”, que é uma dor de início súbito que atinge a máxima intensidade em poucos segundos, é um achado típico.

Esses pacientes devem receber analgesia e ser transferidos prontamente à unidade de emergência para a realização de anti-hipertensivos endovenosos e posterior transferência para centros com experiência neurovascular².



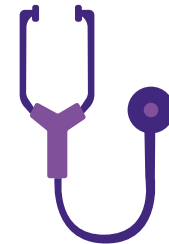
Edema Agudo de Pulmão Hipertensivo

Fonte: UNA-SUS/UFMA.



Pode ser reconhecido pela presença de congestão pulmonar, hipertensão e insuficiência respiratória aguda. O paciente apresenta dispneia, intolerância aos esforços, ortopneia, dispneia paroxística noturna, tosse e fadiga^{1,2}.

No exame, pode apresentar estertores crepitantes em todos os campos pulmonares, taquipneia, queda da saturação de oxigênio e hipertensão. Podemos identificar também ritmo de galope, com a presença de B3 ou B4 na ausculta cardíaca^{1,2}.



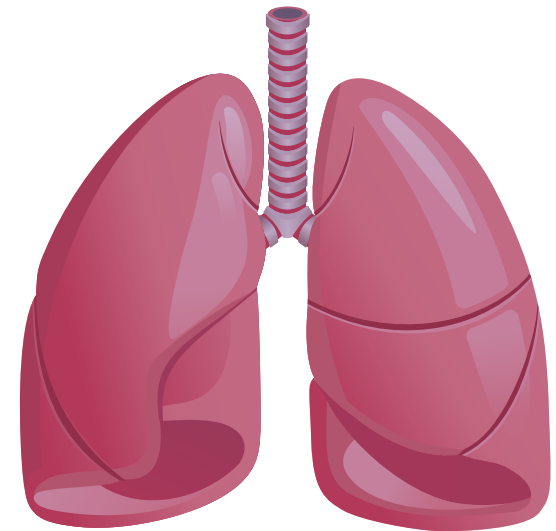
Fonte: UNA-SUS/UFMA.



Edema Agudo de Pulmão Hipertensivo

Em se tratando de uma emergência hipertensiva, se houver suspeita desse diagnóstico em uma Unidade Básica de Saúde, deve ser realizada transferência imediata para serviço de emergência para que seja realizada administração de anti-hipertensivo endovenoso.

Enquanto aguarda transferência, é possível realizar administração de furosemida 20-40mg EV, se disponível na unidade, e informar para o serviço de remoção a dose total realizada^{1,2}.



Fonte: Adaptado de Freepik.

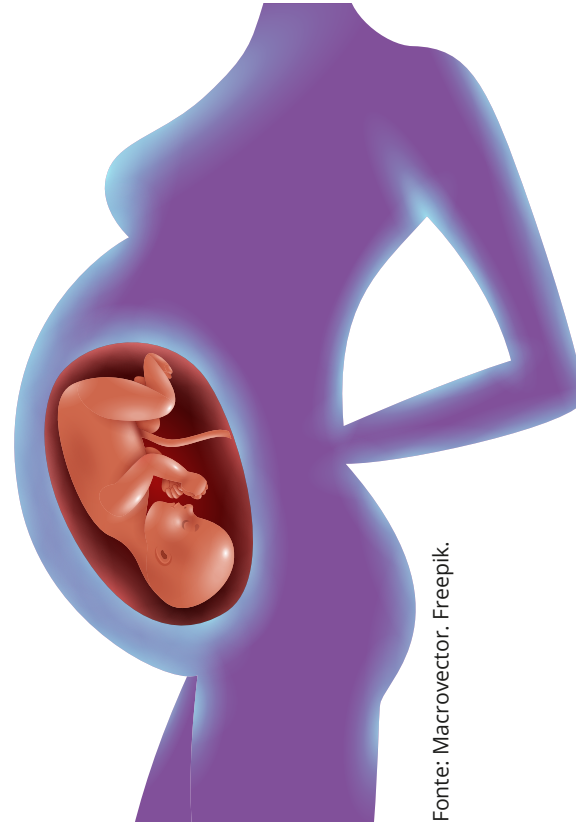


Eclâmpsia / Pré-eclâmpsia

Pré-eclâmpsia é uma condição que ocorre em gestantes com mais de 20 semanas de idade gestacional ou em puérperas até 6 semanas após o parto caracterizada por hipertensão e proteinúria ou lesão de órgão-alvo.

Eclâmpsia é a ocorrência de convulsão em gestantes com pré-eclâmpsia, sem causa neurológica predisponente.

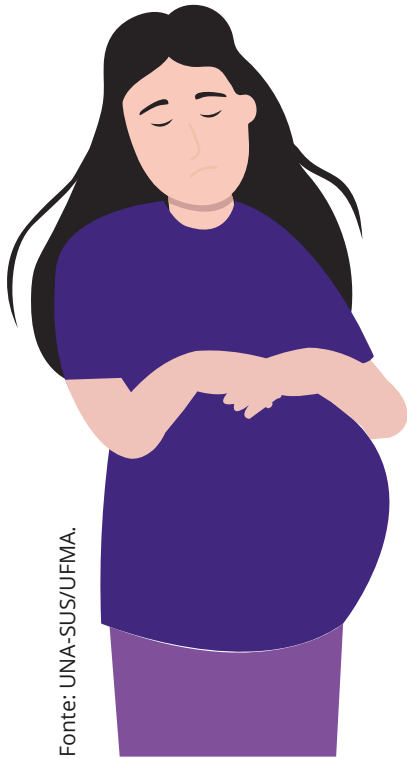
Pré-eclâmpsia grave é definida como presença de PA > 160 × 110 mmHg ou PA > 140 × 90 mmHg com presença de alteração de nível de consciência, cefaleia intensa, alterações visuais ou lesões de órgão-alvo^{1,2}.



Fonte: Macrovector. Freepik.



Eclâmpsia / Pré-eclâmpsia



Fonte: UNA-SUS/UFMA.

Esses casos devem ser encaminhados prontamente, através do apoio da regulação municipal, para o local adequado, normalmente a maternidade, quando disponível, pois devem receber tratamento rápido e agressivo, tendo indicação de realização de parto com urgência, se possível^{1,2}.



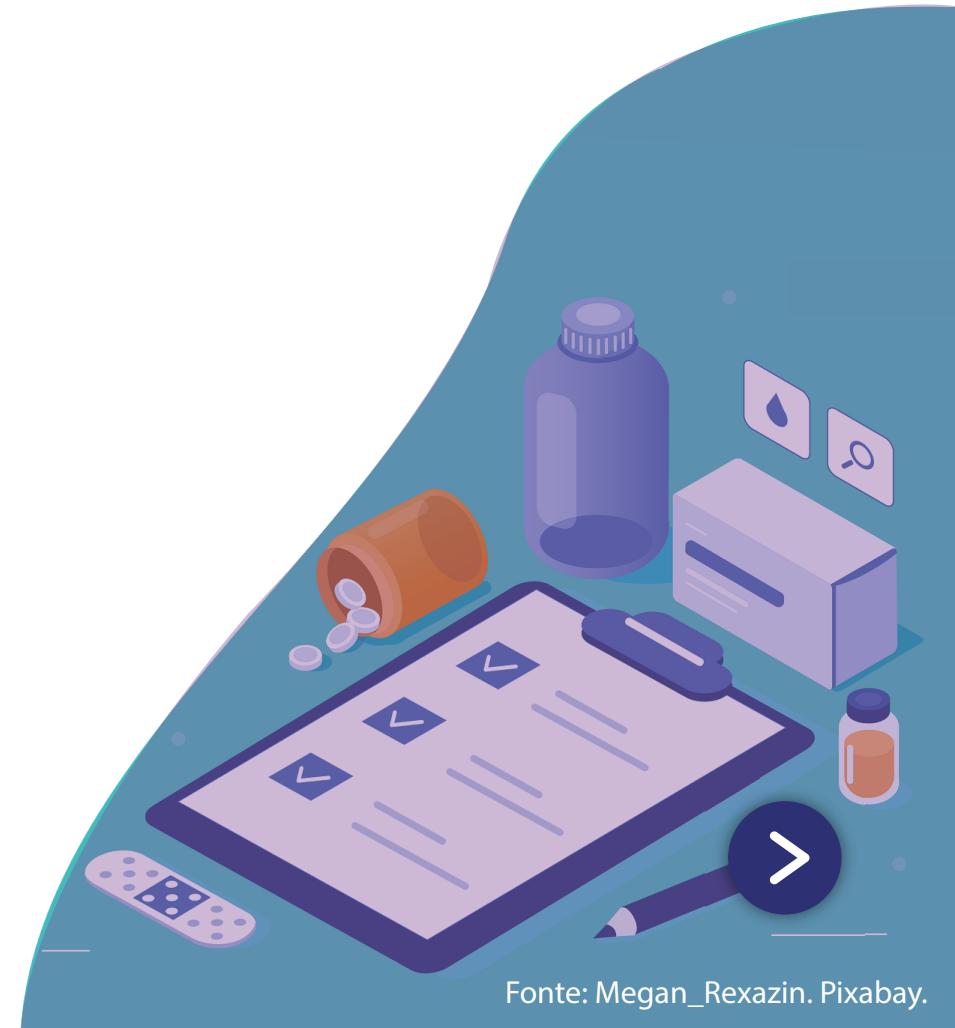
Considerações finais

Ao final deste recurso, você pôde notar quantas situações diferentes você precisa estar atento na sua prática quando se trata de emergências e crises hipertensivas agudas.

Apesar de incomuns, essas condições têm um grande potencial de gravidade, daí a importância de sabermos suspeitá-las ou reconhecê-las para um manejo adequado.

Esperamos que este conteúdo tenha sido proveitoso, e que você consiga replicar os conhecimentos adquiridos aqui em seu ambiente de trabalho.

Até a próxima!



Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>.
2. VELASCO, Irineu Tadeu et al. **Medicina de Emergência: Abordagem Prática**. 14ª ed. Manoele Novo: Manoele, 2020. 1664 p. Disponível em:
<<https://www.manole.com.br/medicina-de-emergencia-14-edicao-abordagem-pratica-/p.>>.
Acesso em: 8 fev. 2021.

