# TRAUMA, CIRURGIA E MEDICINA INTENSIVA

EDIÇÃO VII

## Capítulo 7

# MANEJO DOS PACIENTES COM CRISE HIPERTENSIVA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA


**HELLEN LUIZA TORMEN[1]**
**PEDRO AUGUSTO BARBOSA SILVA[2]**
**SILVIA HELENA SOARES GIANINI[3]**
**JAQUELINE DOS SANTOS DE JESUS[4]**
**MARCELLA TOSTA DIAS[5]**
**SIMONE RIBEIRO VIEIRA BORGES[6]**
**NÁDIA MARIA BERNARDINO FÉLIX[7]**
**ARGEMIRO JOSÉ DE SOUSA NETO[8]**
**VINICIUS MASCOLI[9]**
**MARINA BRAGA DE ALMEIDA[10]**

[1]Discente – Medicina na Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - Uniarp.
[2]Discente – Medicina na Universidade Federal de Jataí – UFJ.
[3]Egressa – Enfermagem e Doutorado em "Ciencias da Saúde e Comunicação Humana" - UNESP/MARÍLIA.
[4]Discente –Enfermagem na Universidade do Estado do Pará.
[5]Discente – Medicina no Centro Universitário de Excelência - UNEX.
[6]Doutoranda – Gerontologia na Universidade Católica de Brasília.
[7]Discente – Medicina no Universidade Nilton Lins.
[8]Discente –Enfermagem na Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte - Estácio FMJ.
[9]Egresso – Medicina na Universidade Nova de Julho e Especialista em Clínica Médica pela Santa Casa de Santos.
[10]Discente – Medicina na Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUC PR.



***Palavras-chave:*** *Crise Hipertensiva; Manejo; Unidade Terapia Intensiva*

EDITORA PASTEUR

10.59290/978-65-6029-260-4.7

## INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição, onde há valores PA sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg em pelo menos 2 ocasiões distintas (HEIDEMANN, 2024). Essa condição é bastante prevalente atualmente (HEIDEMANN, 2024). O não tratamento pode causar complicações importantes a longo prazo (HEIDEMANN, 2024). Os pacientes mal controlados podem apresentar a crise hipertensiva (CH) (PEDRAZINI *et al*., 2024).

A CH é uma elevação aguda da pressão arterial (PA), normalmente com valores da PAS ≥ 180 mmHg e PAD ≥ 120 mmHg, podendo ou não apresentar lesões de órgão alvo (LOA), incluindo, por exemplo, rins, artérias, cérebro e coração A CH pode ser dividida em duas, sendo a urgência hipertensiva (UH) e a EH (VILELA-MARTIN *et al*., 2020; GEBAUER *et al*., 2022). A UH apresenta uma elevação da PA, mas sem LOA e fatores de risco que possam apresentar morte iminente. A EH já apresenta LOA e risco imediato de morte (VILELA-MARTIN *et al*., 2020; PEDRAZINI *et al*., 2024).

A definição de EH não gira em torno apenas da PA elevada de modo agudo, mas também se deve apresentar LOA e elevação do nível de mortalidade (VILELA-MARTIN *et al*., 2020).

A epidemiologia e sua prevalência não são muito bem conhecidas, porém há uma discussão a respeito da relação da não adesão medicamentosa, sendo os fatores mais relacionados à etiologia da condição (VILELA-MARTIN *et al*., 2020). Nota-se uma prevalência maior nos homens, pessoas com idade superior a 60 anos, aspectos como elevado índice de massa corporal e diabetes foram relacionados também a uma maior prevalência (CALDERON-OCON, 2024).

A incidência nos Estados Unidos da América (EUA) gira em torno de 4,8%, sendo 0,8% relacionadas às EH (VILELA-MARTIN *et al*., 2020).

Estipula-se que até 1% das pessoas que apresentam hipertensão podem ter uma CH no decorrer da vida (VILELA-MARTIN *et al*., 2020; GEBAUER *et al*., 2022; CALDERON-OCON, 2024). As condições clínicas mais encontradas na EH são o Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi) e o edema agudo de pulmão (EAP) (VILELA-MARTIN *et al*., 2020).

A identificação dessas condições e sua respectiva intervenção se faz importante para redução das chances de complicações e logo, melhora do prognóstico do paciente (VILELA-MARTIN *et al*., 2020).

O objetivo do trabalho é analisar o manejo dos pacientes com crise hipertensiva na terapia intensiva.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa dos últimos 5 anos, do período de 2020 a 2025. O site utilizado para a pesquisa foi a Coleção LILACS Plus, com as bases de dados da Medline, LILACS e BDENF - Enfermagem. Os descritores em ciências da saúde (DECS) que foram utilizados: "Crise Hipertensiva". Foram encontrados 15 artigos, sendo eles analisados conforme os critérios de inclusão e exclusão. Além disso, foi utilizado um documento de medicina intensiva.

Os critérios de inclusão utilizados foram artigos independentes do idioma do período de 2020 a 2025, que se relacionavam à proposta estudada e que foram disponibilizados na íntegra. Estudos observacionais, ensaios clínicos e artigos de revisão que atendiam a esses critérios foram selecionados e analisados. Os critérios de exclusão utilizados foram: artigos disponibili-

zados na forma de resumo, relatos de caso, artigos duplicados e que não tinham relação com a proposta estudada.

Após a seleção restaram 5 artigos, além do documento. Os artigos foram submetidos a uma análise minuciosa para coleta de dados. Os resultados foram mostrados de forma descritiva. Após a seleção restaram 5 artigos, além do documento. Os artigos foram submetidos a uma análise minuciosa para coleta de dados. Os resultados foram mostrados de forma descritiva.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na UH se pode ter uma redução gradual da PA nas primeiras 24 a 48 horas Já na EH deve ser uma redução mais rápida e gradual de minutos a horas, além do uso de fármacos endovenosos e um monitoramento mais intenso (VILELA-MARTIN *et al*., 2020).

A UH se trata com anti-hipertensivos orais, como, por exemplo, inibidores da enzima conversora de angiotensina, hidralazina e clonidina. Há redução gradualmente, a fim de evitar isquemia cerebral, renal e coronariana (PEDRAZINI *et al*., 2024).

O tratamento da EH gira em torno da redução rápida da PA, com intuito de parar o progresso das LOA. Nesse sentido, os pacientes são tratados na terapia intensiva, são utilizadas as medicações pela via endovenosa, além de um rigoroso monitoramento, a fim de evitar hipotensão. Objetiva-se a redução de até 25% da PA na primeira hora, uma redução para valores de PAS 160 mmHg e PAD de 100-110 mmHg em um período de 2 a 6 horas e uma PA de 135x85 mmHg em um período de 24 a 48 horas. Alguns dos fármacos que podem ser utilizados são nitroglicerina, nitroprussiato de sódio, esmolol, nitroglicerina, hidralazina, metoprolol e enalaprilato (VILELA-MARTIN *et al*., 2020; AZEVEDO, 2022).

Na tabela a seguir se evidencia alguns fármacos que podem ser utilizados no manejo da CH **(Tabela 7.1)** (AZEVEDO, 2022):

**Tabela 7.1** Medicações nas crises hipertensivas

| Medicação | Diluição | Dose | Classe | Contraindicação |
|---|---|---|---|---|
| **Nitroprussiato de sódio** | 1 ampola (50 mg/2 mL) em 248 mL de SG 5%, protegida da luz –200 µg/mL | 0,25-10 µg/kg/min Obs.: deve ser realizado em equipo protegido da luz | Nitrato | Infarto agudo do miocárdio, gestante |
| **Nitroglicerina** | 50 mg (10 mL da solução 5 mg/mL) em 240 mL de SG 5% ou SF – 0,2 mg/mL | 5-100 µg/min | Nitrato | |
| **Labetalol** | – | Bolus de 20 mg, seguido de 20-80 mg a cada 10 min, com dose total de 300 mg | Alfa e betabloqueador | Asma, DPOC, insuficiência cardíaca, bradicardia, uso de cocaína |
| **Esmolol** | 2.500 mg (10 mL da solução 250 mg/mL) em 240 mL de SG5%, RL ou SF – 10 mg/mL | Dose de ataque de 0,5-1 mcg/kg em 1 minuto seguida de manutenção de 50-200 | Betabloqueador cardiosseletivo | Insuficiência cardíaca, uso de cocaína |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | µg/kg/min | | |
| **Metoprolol** | | Bolus de 5 mg a 1-2 mg/min, podendo repetir a cada 5 min com dose máxima de 20 mg | Betabloqueador beta-1 seletivo | Insuficiênica cardíaca, uso de cocaína |
| **Hidralazina** | – | Bolus de 10-20 mg – ação de 10-20 minutos | Vasodilatador arteriolar direto | |
| **Nimodipino** | – | 60 mg de 4 em 4 horas | Bloqueador de canal de cálcio | |
| **Nicardipina** | – | 20-40 mg 3 vezes/dia | Bloqueador de canal de cálcio | |

**Legenda:** DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; RL: solução de ringer lactato; SG5%: solução de glicose a 5%; SF: solução fisiológica. **Fonte:** Medicina Intensiva: Abordagem prática, 2022.

## CONCLUSÃO

Nessa perspectiva, evidencia-se a importância da identificação dos pacientes com CH, seja na UH e EH para com isso, iniciar o respectivo tratamento. A UH é tratada com fármacos anti-hipertensivos orais, já na EH, onde há LOA, deve-se, além de monitorizar em uma terapia intensiva, utilizar fármacos anti-hipertensivos pela via endovenosa para redução da PA. A redução da PA tem impacto importante na redução da morbimortalidade.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, LCP. Medicina intensiva: abordagem prática. 5. ed., Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2022.

CALDERON-OCON, VC.; CUEVA-PEREDO, F.; BERNABE-ORTIZ, A. Prevalence, trends, and factors associated with hypertensive crisis among Peruvian adults. Cadernos de Saúde Pública, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XEN155123

GEBAUER, DSN. *et al*. Perfil dos pacientes com crise hipertensiva atendidos em uma unidade de pronto atendimento. Ciência, Cuidado & Saúde, 2022. DOI: http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v21i0.57088

HEIDEMANN, HM.; ROSA, HF. Ação de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial: Um Relato de Experiência em uma Liga Acadêmica de Medicina. Revista Ciência Plural, v. 10, n. 1, p. 1–12, 2024. DOI: 10.21680/2446-7286.2024v10n1ID34770.

PEDRAZINI, MC. *et al*. Important Blood Pressure Changes in Clinical Practice: Narrative Literature Review. RGO - Revista Gaúcha de Odontologia, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-86372022000120210054

VILELA-MARTIN, JF. *et al*. Posicionamento Luso-Brasileiro de Emergências Hipertensivas – 2020. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2020. DOI: https://doi.org/10.36660/abc.20190731