Fatores de risco:
- Hipertensao crônica descontrolada
- Etnia negra
- Sexo masculino
- Uso de drogas simpatomiméticas

Etiologia:
- Hipertensao essencial não diagnosticada ou não tratada
- Estenose de artéria renal
- Glomerulonefrite aguda
- Doenças vasculares do colágeno
- Transplante de rim
- Gravidez
- Hiperaldosteronismo
- Feocromocitoma
- Intoxicacao com cocaina
- Intoxicacao com IMAO

Interfere sobre

Fisiologia:
Adaptação fisiológica à variação de pressão

Desencadeia

Fisiopatologia:
Incapacidade de adaptação após faixa possível de variação adaptável

Manifestação clínica: PA agudamente elevada segundo medições basais: geralmente assumindo >/= 180x120

Crise hipertensiva

Epidemiologia:
- a crise hipertensiva representa 25% dos atendimentos de urgências médicas
- cerca de 1 a 2% dos hipertensos apresentam quadro agudo
- existência de sobretratamento pela estética da pressão
- a prevalência da pseudocrise hipertensiva é de cerca de 48% dentre os pacientes atendidos

Presença de sinais de alarme de comprometimento agudo de órgão alvo ao exame físico?
- neurológico: visão turva, letargia, tontura, paresia, parestesia, papiledema, convulsões
- cardíaco: dor torácica, dispnéia, edema
- renal: diminuição do DU

Não

Sim

Avaliação primária: ABCDE

Dúvida ou necessidade de exclusão

Presença de sinais de alarme agudo de órgãos alvo ao exame complementar?
Solicitados segundo sugestão clínica
- neurológico: TCC com hipo ou hiperdensidade
- cardíaco: RxT com alargamento de mediastino, RxT com sinal da borboleta, ECG com SST
- renal: Ur e Cr elevadas, EAS com proteinúria, Hemograma com hemólise
- dosagem de metabólitos: níveis elevado de metanefrina, níveis elevados de renina e aldosterona

Presença de alterações correlacionadas

Diagnóstico sindrômico: Emergência hipertensiva

Solicitar exames gerais:
- hemograma
- eletrólitos
- função renal
- glicemia
- EAS
- ECG
- RxT

Tratamento na sala de emergência
- monitorização de PA
- monitorização de FC

Arsenal terapêutico:
A redução da PA deve ser feita rapidamente, em torno de 25% em 2hr para que esteja não menos que 160/100 em 6hr:
- Nitroprussiato de sódio
- Nitroglicerina
- Betabloqueadores: Metoprolol e Propanolol
- Hidralazina

Pesquisar etiologia: exames complementares segundo suspeita

Diagnóstico etiológico:
- Encefalopatia hipertensiva
- Dissecção aórtica aguda
- AVEi
- AVEh
- EAP
- IAM ou Angina instável
- EAP
- Nefrosclerose acelerada maligna
- Eclâmpsia
- GNDA pos-estreptocócica
- Crises adrenérgico: Feocromocitoma

Tratamento dirigido para hipertensão segundo etiologia (em ambiente de CTI)

Encefalopatia hipertensiva:
- Preferir: Nitroprussiato de sodio
- Evitar: Alfa-metil-dopa

AVE:
- Preferir: Enalapril, Nitroprussiato de sódio, Labetalol
- Evitar: Alfa-metil-dopa, Hidralazina

EAP:
- Nitrato SL
- Nitroglicerina EV
- Nitroprussiato de sódio EV
- Morfina EV
- Furosemida EV

SCA:
- AAS 300mg
- Nitrato SL
- Nitroprussiato de sódio EV
- Morfina EV
- Metoprolol EV

Dissecção aórtica:
- Preferir: Nitroprussiato de sódio, Propanolol
- Evitar: Hidralazina

Eclampsia:
- Hidralazina

Presença de sinais de lesão prévia de órgão alvo?
- IC
- DAC
- IRC
- DCV

Ausência de alterações correlacionadas

Não

Sim

Diagnóstico sindrômico: Urgência hipertensiva

Investigar:
- Duração e gravidade da Hipertensão prévia
- Uso de medicação anti-hipertensivas
- Grau de aderência ao tratamento

Solicitar exames a critério médico, segundo nível de conhecimento da condição basal do paciente

Diagnóstico etiológico:
- Angina instável
- Pré-eclâmpsia
- Pré e pós-operatório
- Rebote de suspensão de anti-hipertensivo

Tratamento:
- anti-hipertensivo oral
- retorno em 24-48 hrs
- controle ambulatorial

Arsenal terapêutico:
A redução da PA deve ser feita lentamente, em horas ou dias, com medicamentos VO:
- Nifedipina 5-10mg VO
- Captopril 12,5-50mg VO
- Clonidina

Atribuição possível?
- Sintomas inespecíficos
- Personalidade ansiosa
- Transtorno de ansiedade
- Quadro de dor: cefaleia, cólicas, etc
- Desconforto: mal-estar, tontura, etc
- Abandono de tratamento anti-hipertensivo

Sim

Pseudocrise hipertensiva

Em geral não há necessidades de exames complementares

Tratamento:
- analgésicos
- sedativos benzodiazepínicos
- observação clínica