

Casos de Emergência

# Crise Hipertensiva

Prof<sup>a</sup>. Julia Tormin



Mo



## Caso Clínico 1



Paciente, sexo feminino, 73 anos, deu entrada na Emergência devido **desvio de rima para direita**, hemiparesia à esquerda, afasia de expressão, de início há 2 horas. Medicamentos de uso contínuo: losartana 50mg 2x/dia, HCTZ 25mg/dia, anlodipino 10mg/dia, insulina NPH.

Antecedentes pessoais: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus insulino-dependente, ex-tabagista há 8 anos (carga tabágica 50 anos-maço).

Antecedentes familiares: desconhece histórico de doença cardiovascular em parentes de primeiro grau.





## Caso Clínico 1

### Admissão:

- Sinais vitais: PA 195x100mmHg, FC 86bpm, Sat.O2 ar ambiente 95%.
- Exame Físico: regular estado geral, ansiosa, hidratada, acianótica, desvio de rima à direita, hemiparesia à esquerda, afasia de expressão, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, extremidades bem perfundidas.





## Caso Clínico 2

Paciente, sexo masculino, 53 anos, deu entrada na Emergência devido **dor torácica, irradiação para dorso**, tipo **queimação, forte intensidade**, ao repouso, associada a náuseas, início súbito há 1 hora. Relata nunca ter sentido isso antes.

Medicamentos de uso contínuo: losartana 50mg/dia.  
Antecedentes pessoais: HAS não controlado, tabagista ativo (carga tabágica 33 anos-maço).

Antecedentes familiares: nega doença cardiovascular em parentes de primeiro grau.







## Caso Clínico 2

### Admissão:

- Sinais vitais: PA 140x85mmHg, FC 96bpm, Sat.O2 ar ambiente 96%.
- Exame Físico: mau estado geral, hidratado, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, redução de pulsos em membros inferiores bilateral, pele pegajosa, cianose de membros inferiores com livedo reticular.





## Caso Clínico 3

Paciente, sexo masculino, 39 anos, deu entrada na Emergência devido **dor na nuca**, associada a PA 190x110mmHg em casa hoje, após estresse emocional intenso na última semana.

Relata ter sido efetivado no trabalho há 2 meses. Medicamentos de uso contínuo: losartana 50mg/dia.

Antecedentes pessoais: HAS não controlada, pré-DM, tabagista ativo (carga tabágica 30 anos-maço), obeso, sedentário.

Antecedentes familiares: nega doença cardiovascular em parentes de primeiro grau.





## Caso Clínico 3

### Admissão:

- Sinais vitais: PA 190x100mmHg, FC 100bpm, Sat.O2 ar ambiente 98%.
- Exame Físico: bom estado geral, hidratado, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, abdome globoso e flácido, extremidades bem perfundidas, tempo de enchimento capilar adequado. Exame neurológico sem alterações.





## Caso Clínico 4

Paciente, sexo feminino, 48 anos, deu entrada na Emergência devido **dor na nuca**, associada a PA 190x110mmHg em casa hoje, após ter acordado.

Relata ter HAS de longa data, mas não faz seguimento regular. Medicamentos de uso contínuo: losartana 50mg/dia, HCTZ 25mg/dia, anlodipino 5mg 2x/dia.

Antecedentes pessoais: HAS não controlada, obesa, sedentária. Antecedentes familiares: pai faleceu de problema cardíaco aos 68 anos.







## Caso Clínico 4

### Admissão:

- Sinais vitais: PA 190x100mmHg, FC 100bpm, Sat.O2 ar ambiente 98%.
- Exame Físico: bom estado geral, hidratada, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, abdome globoso e flácido, extremidades bem perfundidas, tempo de enchimento capilar adequado. Exame neurológico sem alterações.



# Checklist do tema Crise Hipertensiva

***O que você não pode esquecer de perguntar!***

- ✓ Quais são os principais sintomas (neurológico, cardiovascular, renal)?
- ✓ Qual é o valor da pressão arterial em casa?
- ✓ Antecedentes pessoais? Uso de estimulantes? Quais vícios?
- ✓ Histórico familiar em parentes de primeiro grau?
- ✓ Quais são os medicamentos de uso contínuo?
- ✓ Boa aderência medicamentosa?
- ✓ Apresenta alergia medicamentosa?

# Organizando o raciocínio...





# Organizando o raciocínio...

## Diagnósticos diferenciais:

### 1. Cardiovasculares:

- SCA
- Dissecção aguda de aorta
- Edema agudo de pulmão

### 2. Cerebrovasculares:

- Encefalopatia hipertensiva
- AVCi ou AVCh
- HSA

### 3. Renais ou múltiplos órgãos:

- Hipertensão acelerada/maligna
- Crise de feocromocitoma
- Dose excessiva de simpaticomiméticos (anfetamina, cocaína, LSD, crack)



# Organizando o raciocínio...



## **Urgência hipertensiva:**

- Aumento PA sistólica  $\geq 180$ mmhg e/ou diastólica  $\geq 120$  mmhg;
- Sem lesão aguda e progressiva em órgãos-alvo;
- Sem risco iminente de morte.

## **Emergência hipertensiva:**

- Aumento PA sistólica  $\geq 180$ mmhg e/ou diastólica  $\geq 120$  mmhg;
- Com lesão aguda e progressiva em órgãos-alvo;
- Com risco iminente de morte.

**Presença de sintomas!**

## **Pseudocrise hipertensiva:**

- Aumento PA sistólica  $\geq 180$ mmhg e/ou diastólica  $\geq 120$  mmhg;
- Não há lesão de órgão alvo, sem risco iminente de morte;
- Ausência de sintomas ou oligossintomáticos;
- Situações: hipertenso não tratado com PA elevada, hipertenso tratado e não controlado, evento emocional ou doloroso.

# **Avaliação Inicial na Emergência**





# Avaliação Inicial na Emergência

## **Sinais vitais → estabilidade clínica?**

- pressão arterial
- frequência cardíaca
- frequência respiratória
- saturação O<sub>2</sub>

**Avaliação da PA: nos dois braços, 3 medidas no mínimo, ambiente calmo e controlado.**



# Avaliação Inicial na Emergência

## **Avaliar se há lesão de órgão-alvo:**

- Sintomas e sinais;
- Exame físico;
- Exames complementares.

- **Lesão de órgão-alvo presente: redução rápida e gradual da PA com medicamento EV.**
- **Lesão de órgão-alvo ausente: redução da PA em 24-48h, geralmente medicamento VO.**





# Avaliação Inicial na Emergência

**Avaliar se há lesão de órgão-alvo baseado na sintomatologia:**

## **1. Cardiovascular:**

- dor ou desconforto torácico/dorso, dispneia, alteração da consciência, síncope, fadiga.

## **2. Neurológico:**

- tontura, cefaleia de forte intensidade, alteração de força motora, alteração de fala, alteração visual, vômitos em jato, desequilíbrio, vertigem.



# Avaliação Inicial na Emergência

**Avaliar se há lesão de órgão-alvo:**

## **3. Renal ou múltiplos órgãos:**

- hipertensão acelerada/maligna: cefaleia, distúrbios visuais, náuseas e/ou vômitos.
- crise de feocromocitoma: cefaleia, sudorese intensa e palpitação.
- dose excessiva de estimulantes (cocaína, LSD, crack): alucinação, ansiedade, palpitação, precordialgia.



# Avaliação Inicial na Emergência

## Quais são os exames complementares mínimos?

- ECG 12 derivações
- Raio-x de tórax
- Troponina
- Hemograma completo
- Função renal e eletrólitos
- Urina I
- TC crânio
- Ecocardiograma
- Angio-tc de aorta

# O que esperar no exame físico?







# O que esperar no exame físico?

## **Sinais vitais:**

- PA: PA sistólica  $\geq 180$ mmHg e/ou diastólica  $\geq 120$  mmHg;
- FC: variável (ansiedade, dor, choque cardiogênico, ação simpaticomimética);
- Sat.O2: variável (pode depender do grau de congestão pulmonar, perfusão capilar);
- FR: variável (pode depender do padrão respiratório, grau de acidose metabólica).



# O que esperar no exame físico?

## Urgência hipertensiva

### **Exame físico:**

Não haverá alterações relacionadas a acometimentos de órgãos-alvo.



# O que esperar no exame físico?

## Emergência hipertensiva

### 1. Cardiovascular:

- SCA: congestão pulmonar (grau de acometimento do ventrículo esquerdo), congestão sistêmica (grau de acometimento do ventrículo direito), presença de sopros cardíacos (complicação mecânica de IAM em VE - insuficiência mitral secundária) ou bulhas cardíacas (surgimento de B3 ou B4).
- Dissecção aguda de aorta: assimetria de pulsos entre membros superiores ou inferiores (de acordo com o local da dissecção), presença de massa palpável em abdome com sopro audível, cianose de extremidades, livedo reticular, sudorese intensa, pele pegajosa.
- Edema agudo de pulmão: congestão pulmonar (estertores crepitantes, sibilos), hipertensão arterial, congestão sistêmica (estase jugular e refluxo hepatojugular presentes).



# O que esperar no exame físico?

## Emergência hipertensiva

### 2. Neurológico:

- Encefalopatia hipertensiva: redução do nível de consciência, delírio, agitação, estupor, convulsão, cegueira cortical.
- AVC isquêmico/hemorragico: alteração do nível de consciência, alteração de força motora, desvio de rima, disartria, afasia, perda/redução de coordenação ou equilíbrio, cefaleia de forte intensidade (AVCh).
- HSA: alteração do nível de consciência, sinais de hipertensão intracraniana (vômitos em jato, papiledema, tríade de Cushing – bradicardia, hipertensão arterial sistêmica, bradipneia), rigidez de nuca, convulsão.





# O que esperar no exame físico?

## Emergência hipertensiva

### 3. Renais ou múltiplos órgãos:

- hipertensão acelerada/maligna: retinopatia hipertensiva grau III (exsudato algodonoide, hemorragia retiniana) ou IV (papiledema), sequelas neurológicas (encefalopatia).
- crise de feocromocitoma: cefaleia, sudorese intensa e palpitação.
- dose excessiva de estimulantes (anfetamina, cocaína, LSD, crack): agitação, agressividade, irritabilidade, taquicardia, sudorese, presença física da droga.

# Quais exames solicitar?





# Quais exames solicitar?

## Urgência hipertensiva

Não há necessidade de solicitar exames complementares.



Não há lesão de órgão-alvo.



# Quais exames solicitar?

## Emergência hipertensiva

### 1. Cardiovascular:

- SCA: ECG 12 derivações, troponina, raio-x de tórax, ecocardiograma transtorácico.
- Dissecção aguda de aorta: d-dímero, ecocardiograma transtorácico, angio-TC de aorta.
- Edema agudo de pulmão: BNP, raio-x de tórax.



# Quais exames solicitar?

## Emergência hipertensiva

### **2. Neurológico:**

- TC de crânio ou RM de crânio: avaliação de isquemia ou sangramento, presença de massa, desvio de linha média.
- Fundo de olho: avaliação de hipertensão intracraniana.
- Liquor: investigação de sangramento.



# Quais exames solicitar?

## Emergência hipertensiva

### 3. Renais ou múltiplos órgãos:

- Hipertensão acelerada maligna: avaliar insuficiência renal (função renal, urina I e proteinúria, eletrólitos, gasometria venosa, USG de rins e vias urinárias), avaliar insuficiência cardíaca (ecocardiograma e ECG: sobrecarga de ventrículo esquerdo?), avaliar anemia hemolítica (hemograma, reticulócitos, DHL, bilirrubinas, haptoglobina), fundo de olho (hemorragia retiniana, exsudato, papiledema).
- Feocromocitoma: TC ou RM de abdome e pelve para investigação de tumor adrenal (feocromocitoma), dosagem de metanefrinas e catecolaminas na urina 24h e de metanefrinas plasmáticas.



# Condutas Iniciais



# Conduitas – Urgências hipertensivas



**Objetivos do tratamento:** descartar fatores confundidores de descontrole pressórico (dor, ansiedade), redução de PA em 24-48h, otimizar tratamento anti-hipertensivo se necessário.

1. Tranquilizar o paciente, explicar o que possa estar acontecendo.
2. Avaliar controle de dor ou ansiedade.
3. Tratamento medicamentoso agudo:
  - Captopril 25-50mg (pico de ação: 60-90min);
  - Clonidina 0,1-0,2mg (pico de ação: 30-60min).
4. Caso paciente relate descontrole pressórico em casa, otimizar tratamento anti-hipertensivo.
5. Acompanhamento ambulatorial precoce em 7 dias.



# Conduitas – Emergências hipertensivas

**Objetivos do tratamento:** evitar progressão de lesões de órgão-alvo, uso de anti-hipertensivos endovenosos, monitorização clínica e hemodinâmica contínua, internação em UTI.

**Recomendação geral:**

- Redução PA média  $\leq 25\%$  na 1ª hora;
- Alvo de PA 160x100-110mmHg nas próximas 2-6 horas;
- Redução PA em 135x85mmHg nas próximas 24-48 horas.



# Conduitas – Emergências hipertensivas

## 1. Encefalopatia hipertensiva:

- Redução gradual e lenta da PA: evitar a hipoperfusão cerebral e o mecanismo de autorregulação cerebral.
- Anti-hipertensivo de escolha: nitroprussiato de sódio.
- Meta:
  - Reduzir em 10% a PA na primeira hora e mais 15% nas próximas 12h, evitar PA < 160x110mmhg
  - Normalização da PA nas 48h seguintes.



# Conduatas – Emergências hipertensivas

## 2. AVC isquêmico:

a) Se trombólise/trombectomia:

- Alvo PA antes:  $< 185 \times 110 \text{ mmHg}$
- Alvo PA após, nas primeiras 24h:  $< 180 \times 105 \text{ mmHg}$

b) Sem trombólise/trombectomia:

- Alvo PA:  $\leq 220 \times 110 \text{ mmHg}$ , reduzir em 15% inicialmente

## 3. AVC hemorrágico:

- Alvo pas  $< 180 \text{ mmHg}$

**Anti-hipertensivo  
de escolha:**

Nitroprussiato  
de sódio



# Conduatas – Emergências hipertensivas

## 4. SCA:

- Meta: pas < 140mmhg (evitar < 120mmhg) e pad entre 70-80mmhg.
- Anti-hipertensivo de escolha: nitroglicerina → uso nas primeiras 48h.
  - Contraindicações: infarto de vd, hipotensão arterial, uso de inibidores da fosfodiesterase-5 (tadalafila 48h anteriores, sildenafil 24h anteriores).



# Conduatas – Emergências hipertensivas

## 5. Dissecção aguda de aorta:

- Realizar analgesia com morfina.
- Controle de fc (<60bpm) com beta-bloqueador ev (metoprolol 5mg infundido em 5min, podendo ser repetido a cada 10min, dose máxima 20mg).
  - Caso haja asma ou dpoc descompensado: bloqueador de canal de cálcio não-dihidropiridínico.
- Controle de pa com nitroprussiato de sódio, com alvo de pas entre 100-120mmhg. Deve ser atingida pas < 120mmhg em 20min.



# Conduatas – Emergências hipertensivas

## **6. Crise de feocromocitoma:**

- Anti-hipertensivo de escolha: nitroprussiato de sódio.
- Reposição volêmica se necessário.





# Conduatas – Emergências hipertensivas

## **7. Dose excessiva de simpaticomiméticos:**

- Se crise leve: benzodiazepínico, nitrato sublingual.
- Se crise mais grave: nitroglicerina ou nitroprussiato de sódio.
- Evitar beta-bloqueador.

# O Pulo do Gato!

## Dicas práticas





# Dicas práticas



## **PA sistólica $\geq 180$ mmHg e/ou diastólica $\geq 120$ mmHg?**

- Identificar lesão de órgão-alvo:
  - Ausente?
    - Pseudocrise hipertensiva:
      - Hipertenso não tratado? Hipertenso com tratamento medicamentoso ineficaz ou não aderente? Apresenta dor ou ansiedade associados?
  - Urgência hipertensiva:
    - Risco não iminente de morte
    - Administrar captopril ou clonidina
    - Redução de PA em 24-48h
    - Otimizar tratamento medicamentoso se necessário
    - Retorno ambulatorial em 7 dias



# Dicas práticas



## **PA sistólica $\geq 180$ mmHg e/ou diastólica $\geq 120$ mmHg?**

- Identificar lesão de órgão-alvo:
  - Presente?
    - Emergência hipertensiva:
      - Risco iminente de morte presente;
      - Monitorização clínica e hemodinâmica;
      - Anamnese e exame físico direcionados para solicitar exames complementares guiados;
      - Uso de anti-hipertensivo endovenoso;
      - Redução mais rápida da PA;
      - Internação em leito de UTI.

**Voltando  
aos casos...**





## Prescrição do Aluno Medcof!

Se urgência hipertensiva:

Item	Dose	Via
Dieta		
Captopril	25-50mg	VO
ou	0,1-0,2mg	VO
Clonidina		



## Prescrição do Aluno Medcof!

Se emergência hipertensiva:

Item	Dose	Via
Jejum		
Nitroprussiato de sódio	0,25-20mg/kg/min	EV
ou	5-15mg/h	EV
Nitroglicerina		
Metoprolol	5mg em 5min, repetir a cada 10min, dose máxima 20mg	EV



## Prescrição do Aluno Medcof!

### CASO 1

Item	Dose	Via
Jejum		
Nitroprussiato de sódio	0,25-20mg/kg/min	EV





## Prescrição do Aluno Medcof!

### CASO 2

Item	Dose	Via
Jejum		
Metoprolol	5mg em 5min, repetir a cada 10min, dose máxima 20mg	EV
Nitroprussiato de sódio	0,25-20mg/kg/min	EV



# Prescrição do Aluno Medcof!

## CASO 3

Item	Dose	Via
Dieta		
Dipirona	1g	EV/VO
Ansiolítico		VO



# Prescrição do Aluno Medcof!

## CASO 4

Item	Dose	Via
Dieta		
Dipirona	1g	EV/VO
Captopril	25-50mg	VO
ou	0,1-0,2mg	VO
Clonidina		

Casos de Emergência

# Obrigada!

Prof.<sup>a</sup> Camilla Vilela Giacobone



Mo

# Crise Hipertensiva

Prof.<sup>a</sup> Camilla Vilela Giacobone

# Crise Hipertensiva

**PAs  $\geq 180\text{mmHg}$  e/ou PAd  $\geq 120\text{mmHg}$ ?**

Crise hipertensiva!

**Há sintomas?**

SIM = crise verdadeira

NÃO = pseudocrise hipertensiva

**Lesão aguda e progressiva em órgão-alvo?**

**Risco iminente de morte?**

SIM = emergência hipertensiva

NÃO = urgência hipertensiva

Redução rápida e gradual da PA com medicamento EV.

Redução da PA em 24-48h, geralmente medicamento VO.

# Crise Hipertensiva

**Urgência hipertensiva → não precisa solicitar exames complementares**

- Controlar dor ou ansiedade
- Tratamento agudo:
  - Captopril 25-50mg
  - Clonidina 0,1-0,2mg
- Otimizar tratamento anti-hipertensivo
- Acompanhamento ambulatorial precoce em 7 dias.

**Emergência hipertensiva → solicitar exames complementares baseado no quadro clínico**

- Redução PA média  $\leq 25\%$  na 1ª hora
- Alvo de PA 160x100-110mmhg nas próximas 2-6 horas
- Redução PA em 135x85mmhg nas próximas 24-48 horas



**ABC 2019**



**Paciente masculino, 59 anos, hipertenso, com dor precordial súbita em facada, com piora progressiva desencadeada há 12 horas, é admitido no pronto-socorro. Ao exame inicial, encontra-se com PA 220x100mmHg, FC 90bpm, sudoreico e com náuseas. ECG com ritmo sinusal, sobrecarga ventricular esquerda e supra-ST de 4 mm em DII, DIII e aVF. Radiografia de tórax com grande alargamento de mediastino. Assinale a alternativa que descreve a hipótese diagnóstica e conduta corretas:**

- A) Infarto agudo do miocárdio de parede anterior; cirurgia de revascularização do miocárdio de urgência para reverter a isquemia e controlar a pressão arterial.
- B) Infarto agudo do miocárdio de parede lateral; trombólise ou angioplastia primária para remoção de trombos coronários.
- C) Emergência hipertensiva: dissecção aguda da aorta Stanford A, complicada com infarto agudo do miocárdio por dissecção da coronária direita; angiotomografia diagnóstica e cirurgia de urgência.
- D) Angina instável e aneurisma de aorta tóraco-abdominal; broncoscopia para descartar fístula traqueo-coronariana.





**ABC 2019**



**Paciente masculino, 59 anos, hipertenso, com dor precordial súbita em facada, com piora progressiva desencadeada há 12 horas, é admitido no pronto-socorro. Ao exame inicial, encontra-se com PA 220x100mmHg, FC 90bpm, sudoreico e com náuseas. ECG com ritmo sinusal, sobrecarga ventricular esquerda e supra-ST de 4 mm em DII, DIII e aVF. Radiografia de tórax com grande alargamento de mediastino. Assinale a alternativa que descreve a hipótese diagnóstica e conduta corretas:**

A) Infarto agudo do miocárdio de parede anterior; cirurgia de revascularização do miocárdio de urgência para reverter a isquemia e controlar a pressão arterial.

B) Infarto agudo do miocárdio de parede lateral; trombólise ou angioplastia primária para remoção de trombos coronários.

**C) Emergência hipertensiva: dissecção aguda da aorta Stanford A, complicada com infarto agudo do miocárdio por dissecção da coronária direita; angiotomografia diagnóstica e cirurgia de urgência.**

D) Angina instável e aneurisma de aorta tóraco-abdominal; broncoscopia para descartar fístula traqueo-coronariana.



## ABC 2019

**A) INCORRETA.** Tem infarto agudo do miocárdio, mas não é de parede anterior e sim da inferior. A cirurgia de revascularização do miocárdio de urgência para reverter a isquemia está bem indicada, mas o paciente também tem uma dissecção de aorta e não foi considerada nessa opção.

**B) INCORRETA.** O infarto agudo do miocárdio não é de parede lateral e sim da inferior. Tratamento clínico ou angioplastia primária poderá até resolver a isquemia, abrindo a luz verdadeira da coronária (não são trombos na coronária e sim dissecção). A questão continuará sendo a dissecção da aorta.

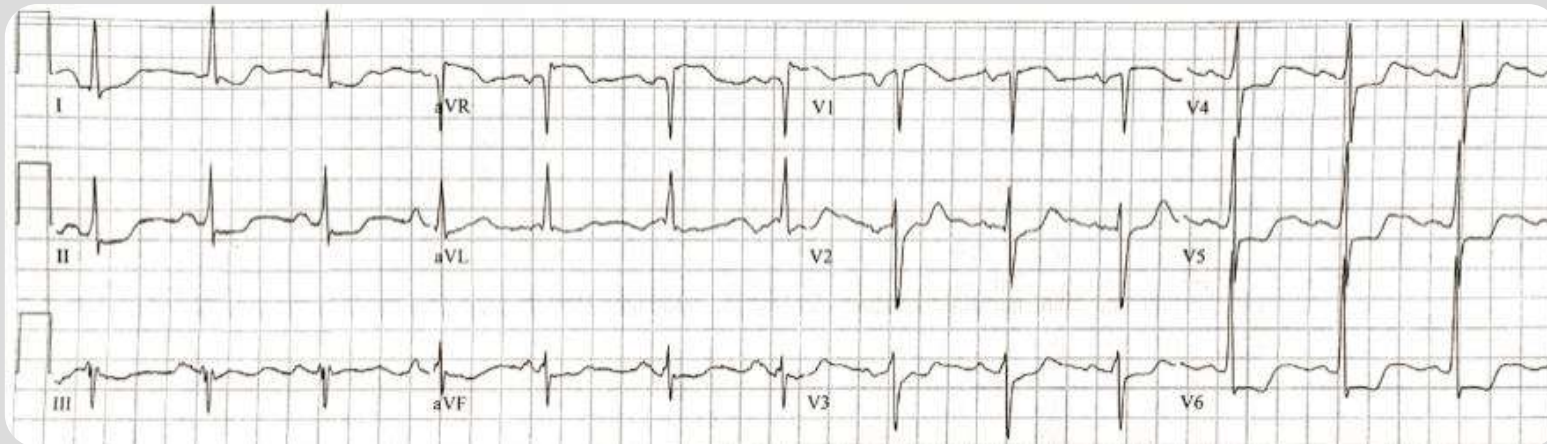
**C) CORRETA.** Essa opção inclui diagnósticos correto (emergência hipertensiva: dissecção aguda da aorta Stanford A, complicada com infarto agudo do miocárdio por dissecção da coronária direita). Conduta correta: angiotomografia diagnóstica e para planejamento cirúrgico + cirurgia de urgência. Infarto pós dissecção de aorta é uma complicação bem conhecida.

**D) INCORRETA.** Diagnósticos incorretos (angina instável e aneurisma de aorta tóraco-abdominal). Aneurisma de aorta tóraco-abdominal não dá dor precordial nem alargamento mediastino. A broncoscopia não se aplica nesse caso.



## USP-SP 2021

**Homem, 62 anos, com antecedente de HAS, encontra-se na sala de observação do Pronto-Socorro para investigação de dor precordial de início há duas horas. Exame clínico: PA 170x100mmHg, FC 80bpm, T 36,7°C, FR 16irpm. O ECG da entrada e uma imagem de tomografia de tórax são apresentados.**

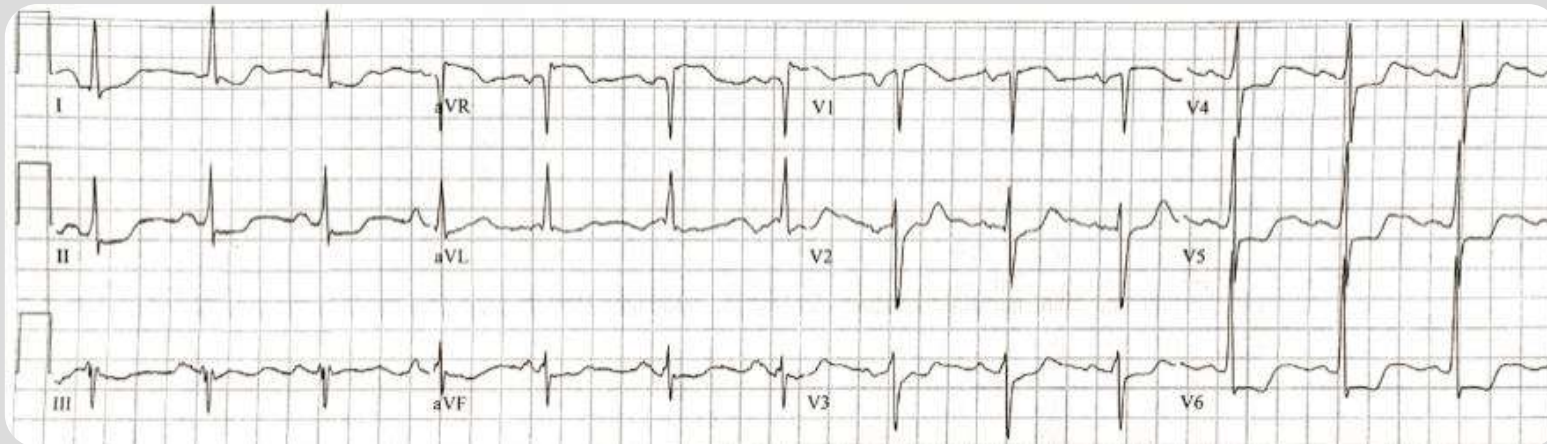


- A) Heparina endovenosa.
- B) Fibrinolítico.
- C) Ácido acetilsalicílico.
- D) Beta-bloqueador.



## USP-SP 2021

**Homem, 62 anos, com antecedente de HAS, encontra-se na sala de observação do Pronto-Socorro para investigação de dor precordial de início há duas horas. Exame clínico: PA 170x100mmHg, FC 80bpm, T 36,7°C, FR 16irpm. O ECG da entrada e uma imagem de tomografia de tórax são apresentados.**



- A) Heparina endovenosa.
- B) Fibrinolítico.
- C) Ácido acetilsalicílico.
- D) Beta-bloqueador.**



## USP-SP 2021

**A) INCORRETA.** O paciente possui uma dissecção de aorta, provavelmente Stanford A (por acometer coronária direita, entendendo-se, portanto, que comprometeu aorta ascendente), tendo indicação de cirurgia de urgência a anticoagulação piorará a dissecção e consequentemente seu prognóstico.

**B) INCORRETA.** O fibrinolítico é altamente contraindicado nesses casos pois pode facilitar a extensão da dissecção podendo comprometer outras artérias ramos da aorta com consequente isquemia (Ex. AVC se tronco braquicefálico/carótida comum esquerda, isquemia mesentérica se artéria mesentérica superior e etc).

**C) INCORRETA.** Bem como nas outras alternativas, não queremos neste momento anticoagular ou antiagregar o paciente por poder estender a dissecção e piorar o prognóstico.

**D) CORRETA.** No tratamento agudo da dissecção de aorta, principalmente se Stanford A, devemos diminuir o impulso sanguíneo na dissecção por meio do controle da frequência cardíaca (alvo <60bpm) e pressão sistólica (alvo de 100 a 120 mmHg).



## **REVALIDA-INEP 2021**

**Mulher, 48 anos, é trazida por familiares à unidade de emergência de hospital de alta complexidade com quadro de confusão mental, cefaleia e amaurose bilateral. Segundo familiares, a paciente é portadora de HAS há 2 anos, em investigação diagnóstica por ser hipertensão arterial resistente. Nas últimas 2 semanas, passou a não tomar seus anti-hipertensivos, em razão de acreditar que o tratamento não estava mais funcionando. Na véspera, a paciente começou a se queixar de cefaleia holocraniana, pouco responsiva a fármacos, além de turvação visual. No dia de hoje, a paciente tornou-se um pouco confusa e começou a se queixar de que não estava conseguindo enxergar nada, razão porque foi trazida, às pressas, à unidade de emergência.**

**Ao exame físico, a paciente mostra-se confusa, sonolenta, atendendo com dificuldade a algumas solicitações verbais. PA 240x160mmHg em ambos os membros superiores, FC 96bpm. Um sopro é auscultado no flanco direito de seu abdome. Iniciado tratamento anti-hipertensivo intravenoso, a paciente é submetida a uma tomografia computadorizada de crânio em que foram detectadas áreas hipodensas em regiões occipitais.**

**A paciente é, então, encaminhada para realização de uma ressonância magnética de encéfalo que, na imagem pesada em T2, revela a presença de hiperintensidade de sinal nos lobos occipitais, sem limites muito bem definidos. Instituído o tratamento indicado, a paciente evolui com regressão completa dos déficits neurológicos previamente descritos.**



## **REVALIDA-INEP 2021**

**Acerca do tratamento da paciente em questão, pode-se afirmar que:**

- A) O alvo terapêutico no caso seria a normalização da pressão arterial em, no máximo, 2 horas.
- B) Após compensação clínica, seria fundamental ressecar o tumor adrenal secretor presente à direita.
- C) Nicardipina e labetalol por via intravenosa seriam excelentes escolhas farmacológicas para a redução da PA da paciente.
- D) Em razão da presença de trombose da artéria basilar, deveria ser adicionada anticoagulação plena com heparina de baixo



## **REVALIDA-INEP 2021**

**Acerca do tratamento da paciente em questão, pode-se afirmar que:**

A) O alvo terapêutico no caso seria a normalização da pressão arterial em, no máximo, 2 horas.

B) Após compensação clínica, seria fundamental ressecar o tumor adrenal secretor presente à direita.

**C) Nicardipina e labetalol por via intravenosa seriam excelentes escolhas farmacológicas para a redução da PA da paciente.**

D) Em razão da presença de trombose da artéria basilar, deveria ser adicionada anticoagulação plena com heparina de baixo





## REVALIDA-INEP 2021

**A) INCORRETA.** Em 2 horas esperamos a redução de cerca de 20% da PA! Não pensamos na normalização sob risco de “rebote” isquêmico.

**B) INCORRETA.** O mais provável é que se trate de uma hipertensão renovascular. Esse tumor de adrenal levantaria hipótese de Feocromocitoma, que não é o caso.

**C) CORRETA.** São realmente excelentes escolhas! São menos usados quando comparados ao nitroprussiato de sódio, mas são ótimas opções.

**D) INCORRETA.** Não temos suspeita uma síndrome cerebrovascular, principalmente com a melhora total do quadro com o tratamento iniciado.



### **UNIFESP-2022**

**Mulher, 25 anos de idade, é atendida no PS com PA 180x100mmHg após ter utilizado cocaína. Nega comorbidades e não apresenta disfunções orgânicas. Qual é a droga de escolha para tratar essa urgência hipertensiva?**

- A) Captopril.
- B) Nitroprussiato de sódio.
- C) Propranolol.
- D) Diazepam.



### **UNIFESP-2022**

**Mulher, 25 anos de idade, é atendida no PS com PA 180x100mmHg após ter utilizado cocaína. Nega comorbidades e não apresenta disfunções orgânicas. Qual é a droga de escolha para tratar essa urgência hipertensiva?**

- A) Captopril.
- B) Nitroprussiato de sódio.
- C) Propranolol.
- D) Diazepam.**



## UNIFESP-2022

**A) INCORRETA.** Apesar de boa medicação para urgências hipertensivas, dada a meia vida curta, neste caso pelo mecanismo de desenvolvimento da hipertensão, não deve ser a primeira escolha.

**B) INCORRETA.** Tratamento de escolha das emergências hipertensivas no brasil, não deve ser a primeira escolha na hipertensão por cocaína.

**C) INCORRETA.** Essa é a opção que pode piorar o quadro do paciente, por gerar ativação alfa adrenérgica aumentada.

**D) CORRETA.** Pelas razões acima apresentadas.



## **EINSTEIN-2023**

**Paciente, masculino, 62 anos, pardo, é levado ao pronto-socorro por apresentar fala enrolada e dificuldade para andar há 1 hora. A esposa conta que o marido é hipertenso, mas faz tratamento irregular porque acha que o remédio deixa ele tonto. Nega outras comorbidades.**

**Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, desorientado, PA 198×130mmHg, confirmada em duas medidas, FC 124bpm, eupneico, afebril, corado e hidratado. O exame neurológico mostrou hemiplegia à direita com desvio de rima. Tomografia sem sinais de sangramento. Entre as opções abaixo, a melhor conduta imediata é:**

- A) Trombólise com rt-PA imediata.
- B) Captropil sublingual.
- C) Nitroprussiato intravenoso.
- D) Anticoagulação com heparina não fracionada.



## EINSTEIN-2023

**Paciente, masculino, 62 anos, pardo, é levado ao pronto-socorro por apresentar fala enrolada e dificuldade para andar há 1 hora. A esposa conta que o marido é hipertenso, mas faz tratamento irregular porque acha que o remédio deixa ele tonto. Nega outras comorbidades.**

**Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, desorientado, PA 198×130mmHg, confirmada em duas medidas, FC 124bpm, eupneico, afebril, corado e hidratado. O exame neurológico mostrou hemiplegia à direita com desvio de rima. Tomografia sem sinais de sangramento. Entre as opções abaixo, a melhor conduta imediata é:**

- A) Trombólise com rt-PA imediata.
- B) Captropil sublingual.
- C) Nitroprussiato intravenoso.**
- D) Anticoagulação com heparina não fracionada.



## EINSTEIN-2023

- A) INCORRETA.** Como visto, a PA > 185x110 é contraindicação relativa à trombólise e, inicialmente, deve-se gerenciá-la a fim de reduzi-la até o alvo.
- B) INCORRETA.** Para redução da PA na fase aguda de AVC isquêmico são preferíveis agentes intravenosos reversíveis e tituláveis para a redução precisa da pressão arterial.
- C) CORRETA.** Vide comentário.
- D) INCORRETA.** Anticoagulantes orais são indicados para profilaxia secundária de AVC em pacientes com fibrilação atrial. Já os anticoagulantes parenterais não são indicados já que o benefício não é comprovado.