


MANEJO CLÍNICO E PROTOCOLOS TERAPÊUTICOS NO TRATAMENTO DA EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

CLINICAL MANAGEMENT AND THERAPEUTIC PROTOCOLS IN THE TREATMENT OF HYPERTENSIVE EMERGENCIES

MANEJO CLÍNICO Y PROTOCOLOS TERAPÉUTICOS EN EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

 <https://doi.org/10.56238/arev8n5-129>

Data de submissão: 26/04/2026

Data de publicação: 26/05/2026

Pedro Angelo Moreira Prado

Discente

Instituição: Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão (UEMASUL)

Jackson Pedro de Souza

Discente

Instituição: Universidade de Buenos Aires (UBA)

Fernanda Simao Brito Pereira

Graduanda em Medicina

Instituição: Instituto de Educação Médica (IDOMED) - Castanhal

Gustavo Lucas Mernick

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Campo Real (CR)

Rodrigo Dias Ferreira

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Anhembi Morumbi – Mooca

RESUMO

O presente estudo consiste em uma revisão bibliográfica narrativa que objetivou sintetizar e examinar as evidências científicas contemporâneas acerca do manejo clínico e dos protocolos terapêuticos aplicados às emergências hipertensivas. A emergência hipertensiva (EH) é definida pela elevação severa da pressão arterial (PA) (sistólica >180 mmHg e/ou diastólica >120 mmHg) associada à evidência de lesão de órgão-alvo (HMOD) nova ou progressiva. Globalmente, a hipertensão arterial sistêmica é o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares e mortalidade prematura. A fisiopatologia da EH envolve a falha na autorregulação do fluxo sanguíneo e danos vasculares, sendo crucial a identificação precoce das lesões nos órgãos críticos (BARKH: Cérebro, Artérias, Retina, Rins, Coração). Estudos indicam que o acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico é a HMOD mais prevalente (28,1%), e a mortalidade intra-hospitalar atinge 9,9%. O manejo terapêutico exige, para a maioria dos casos, uma redução controlada da pressão arterial média (PAM) em 20% a 25% nas primeiras horas, utilizando agentes intravenosos tituláveis como labetalol ou nicardipina. Protocolos específicos e exceções são aplicados a condições como dissecação aórtica aguda, pré-eclâmpsia grave/eclâmpsia e AVC isquêmico. O manejo adequado, diferenciando a

emergência da hipertensão grave não complicada, é essencial para limitar a progressão das lesões e reduzir desfechos adversos.

Palavras-chave: Emergência Hipertensiva. Lesão de Órgão-Alvo. Manejo Clínico. Protocolos Terapêuticos. Pressão Arterial.

ABSTRACT

This study consists of a narrative literature review that aimed to synthesize and examine contemporary scientific evidence regarding the clinical management and therapeutic protocols applied to hypertensive emergencies. Hypertensive emergency (HE) is defined by a severe elevation of blood pressure (BP) (systolic >180 mmHg and/or diastolic >120 mmHg) associated with evidence of new or progressive target organ damage (HMOD). Globally, systemic arterial hypertension is the main modifiable risk factor for cardiovascular disease and premature mortality. The pathophysiology of HE involves failure in the autoregulation of blood flow and vascular damage, making early identification of lesions in critical organs crucial (BARKH: Brain, Arteries, Retina, Kidneys, Heart). Studies indicate that ischemic stroke is the most prevalent HMOD (28.1%), and in-hospital mortality reaches 9.9%. In most cases, therapeutic management requires a controlled reduction of mean arterial pressure (MAP) by 20% to 25% within the first few hours, using titratable intravenous agents such as labetalol or nicardipine. Specific protocols and exceptions apply to conditions such as acute aortic dissection, severe pre-eclampsia/eclampsia, and ischemic stroke. Appropriate management, differentiating between emergencies and uncomplicated severe hypertension, is essential to limit the progression of lesions and reduce adverse outcomes.

Keywords: Hypertensive Emergency. Target Organ Injury. Clinical Management. Therapeutic Protocols. Blood Pressure.

RESUMEN

Este estudio consiste en una revisión narrativa de la literatura con el objetivo de sintetizar y examinar la evidencia científica contemporánea sobre el manejo clínico y los protocolos terapéuticos aplicados a las emergencias hipertensivas. La emergencia hipertensiva (EH) se define por una elevación severa de la presión arterial (PA) (sistólica >180 mmHg y/o diastólica >120 mmHg) asociada con evidencia de daño en órganos diana (DOOD) nuevo o progresivo. A nivel mundial, la hipertensión arterial sistémica es el principal factor de riesgo modificable para la enfermedad cardiovascular y la mortalidad prematura. La fisiopatología de la EH implica una falla en la autorregulación del flujo sanguíneo y daño vascular, por lo que la identificación temprana de lesiones en órganos críticos es crucial (BARKH: Cerebro, Arterias, Retina, Riñones, Corazón). Los estudios indican que el accidente cerebrovascular isquémico es el DOOD más prevalente (28,1 %) y la mortalidad intrahospitalaria alcanza el 9,9 %. En la mayoría de los casos, el tratamiento requiere una reducción controlada de la presión arterial media (PAM) entre un 20 % y un 25 % en las primeras horas, mediante agentes intravenosos titulables como labetalol o nicardipina. Existen protocolos específicos y excepciones para afecciones como la disección aórtica aguda, la preeclampsia/eclampsia grave y el accidente cerebrovascular isquémico. Un manejo adecuado, que permita diferenciar entre emergencias e hipertensión grave no complicada, es fundamental para limitar la progresión de las lesiones y reducir los resultados adversos.

Palabras clave: Emergencia Hipertensiva. Lesión de Órgano Diana. Manejo Clínico. Protocolos Terapéuticos. Presión Arterial.

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica é o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares e mortalidade prematura em nível global (Kulkarni et al., 2023). Embora o rastreamento e o manejo crônico tenham evoluído, pacientes ainda apresentam crises hipertensivas que podem ser fatais (Rossi et al., 2021). A emergência hipertensiva é definida pela elevação severa da pressão arterial (PA), geralmente com valores de sistólica >180 mmHg e diastólica >120 mmHg, associada à evidência de lesão de órgão-alvo (HMOD) nova ou progressiva (Siddiqi et al., 2023).

A fisiopatologia dessas emergências envolve a falha ou perda da autorregulação do fluxo sanguíneo, resultando em danos vasculares, estresse oxidativo e ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona (Kulkarni et al., 2023; Rossi et al., 2021). A identificação precoce das lesões em órgãos críticos — representados pelo acrônimo BARKH: Cérebro (Brain), Artérias, Retina, Rins (Kidney) e Coração (Heart) — é vital para o direcionamento do tratamento (Rossi et al., 2021). O manejo clínico exige um equilíbrio delicado: a redução da PA deve ser rápida o suficiente para mitigar a progressão da lesão, mas cuidadosa para evitar a hipoperfusão orgânica devido ao deslocamento da curva de autorregulação em pacientes cronicamente hipertensos (Kulkarni et al., 2023; Rossi et al., 2021). Nesse contexto, a compreensão atual da fisiopatologia dessas emergências tem modificado significativamente a abordagem terapêutica, enfatizando a identificação precoce do dano orgânico e a redução controlada da pressão arterial (Rossi et al., 2021).

Além das manifestações agudas, a emergência hipertensiva está frequentemente associada à hipertensão resistente ou não controlada, condição relacionada a maior risco cardiovascular e pior prognóstico clínico (Judd; Calhoun, 2014). Estudos recentes demonstram elevada taxa de complicações intra-hospitalares e mortalidade nesses pacientes, especialmente diante de acometimento cardíaco, neurológico ou renal (Siddiqi et al., 2023). Nesse contexto, a estratificação rápida do risco e o manejo adequado tornam-se essenciais para reduzir desfechos adversos e limitar a progressão das lesões de órgão-alvo (Rossi et al., 2021; Kulkarni et al., 2023).

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa constitui uma revisão bibliográfica de natureza narrativa, organizada com o propósito de sintetizar e examinar as evidências científicas contemporâneas acerca do manejo clínico e dos protocolos terapêuticos aplicados às emergências hipertensivas. O levantamento de dados foi executado por meio da base de dados PubMed, empregando-se os descritores "Hypertension" e "Emergencies", os quais foram articulados pelos operadores booleanos AND e OR, em estrita observância à terminologia do Medical Subject Headings (MeSH). Foram priorizados artigos

publicados nos últimos cinco anos, disponibilizados na íntegra e redigidos nos idiomas português ou inglês, que possuíssem pertinência direta com a temática central. Foram descartadas pesquisas sem correlação específica com o escopo do artigo, publicações duplicadas, revisões narrativas com baixo rigor metodológico e artigos não indexados na referida base de dados. O processo de seleção foi operacionalizado em duas fases: a triagem inicial de títulos e resumos, seguida pela análise crítica dos textos completos para ratificar a relevância. As informações extraídas foram sistematizadas e apresentadas de forma descritiva.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudos de prevalência indicam que cerca de 35,9% dos pacientes que procuram o departamento de emergência com crise hipertensiva apresentam, de fato, uma emergência hipertensiva (Siddiqi et al., 2023). O acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico foi identificado como a HMOD mais prevalente (28,1%), seguido por edema pulmonar ou insuficiência cardíaca aguda (24,1%) e AVC hemorrágico (14,6%) (Siddiqi et al., 2023). A mortalidade intra-hospitalar nesse grupo atinge aproximadamente 9,9%, reforçando a gravidade do quadro (Siddiqi et al., 2023).

O manejo terapêutico deve ser individualizado conforme o diagnóstico específico (Kulkarni et al., 2023). Para a maioria das emergências, a diretriz geral recomenda uma redução controlada da pressão arterial média (PAM) em não mais que 20% a 25% nas primeiras horas, utilizando preferencialmente agentes intravenosos tituláveis como labetalol ou nicardipina (Kulkarni et al., 2023; Rossi et al., 2021). O labetalol destaca-se como um agente versátil, agindo em receptores alfa e beta, sendo seguro em condições como encefalopatia hipertensiva e AVC, pois preserva o fluxo sanguíneo cerebral sem aumentar a pressão intracraniana (Kulkarni et al., 2023; Rossi et al., 2021).

Exceções críticas aos protocolos de redução lenta incluem a dissecação aórtica aguda, onde a PA sistólica deve ser reduzida para menos de 120 mmHg e a frequência cardíaca para menos de 60 bpm em até 20 minutos para reduzir o estresse na parede do vaso (Kulkarni et al., 2023; Rossi et al., 2021). No contexto obstétrico, a pré-eclâmpsia grave e a eclâmpsia exigem o uso de sulfato de magnésio para prevenção de convulsões e controle pressórico rigoroso para evitar AVC materno, visando alvos de PA próximos a 135/85 mmHg ou 140/90 mmHg (Kulkarni et al., 2023; Prior et al., 2022). Em contraste, no AVC isquêmico, o tratamento anti-hipertensivo agudo é frequentemente postergado, a menos que a PA exceda 220/120 mmHg ou o paciente seja candidato à trombólise (Kulkarni et al., 2023; Rossi et al., 2021).

A utilização do algoritmo BARKH permite uma triagem rápida: se houver sintomas neurológicos, dor no peito, comprometimento visual ou insuficiência renal aguda, o tratamento

intravenoso em unidade de cuidados intensivos é mandatário (Rossi et al., 2021). É fundamental distinguir a emergência da hipertensão grave não complicada, onde o tratamento oral e o acompanhamento ambulatorial são mais seguros para evitar quedas pressóricas precipitadas e danos iatrogênicos (Rossi et al., 2021; Judd; Calhoun, 2014).

4 CONCLUSÃO

Em suma, a emergência hipertensiva representa um quadro clínico de alta gravidade, caracterizado por uma elevação pressórica crítica associada à HMOD. A revisão bibliográfica reforça que a hipertensão arterial sistêmica, como principal fator de risco modificável, continua a levar a desfechos adversos, com elevada prevalência de AVC isquêmico e uma taxa de mortalidade intra-hospitalar significativa. O manejo clínico bem-sucedido reside na compreensão da fisiopatologia e na estrita adesão aos protocolos terapêuticos individualizados. A diretriz central preconiza a redução controlada da PAM em 20% a 25% nas primeiras horas, por meio de agentes intravenosos tituláveis, evitando a hipoperfusão orgânica. Contudo, situações como dissecação aórtica aguda e pré-eclâmpsia grave exigem reduções pressóricas mais agressivas e imediatas, seguindo protocolos específicos. Por fim, a distinção precisa entre a emergência hipertensiva e a hipertensão grave não complicada, guiada pelo reconhecimento precoce do dano orgânico (algoritmo BARKH), é fundamental para garantir a segurança do paciente e limitar a iatrogenia. Dessa forma, o tratamento imediato e diferenciado é essencial para mitigar a progressão da lesão e melhorar o prognóstico.

REFERÊNCIAS

JUDD, E.; CALHOUN, D. A. Apparent and true resistant hypertension: definition, prevalence and outcomes. **Journal of Human Hypertension**, v. 28, n. 8, p. 463-468, 2014.

KULKARNI, S. et al. Management of hypertensive crisis: British and Irish Hypertension Society Position document. **Journal of Human Hypertension**, v. 37, n. 10, p. 863-879, 2023.

PRIOR, C. H.; BURLINSON, C. E. G.; CHAU, A. Emergencies in obstetric anaesthesia: a narrative review. **Anaesthesia**, v. 77, n. 12, p. 1416-1429, 2022.

ROSSI, G. P. et al. Management of hypertensive emergencies: a practical approach. **Blood Pressure**, v. 30, n. 4, p. 208-219, 2021.

SIDDIQI, T. J. et al. Clinical Outcomes in Hypertensive Emergency: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of the American Heart Association**, v. 12, n. 14, p. e029355, 2023.