

PROTOCOLO ATENÇÃO PRIMÁRIA: Nº 16

DATA: 05/09/2017



**ATENDIMENTO DE
URGÊNCIA EM ATENÇÃO
BÁSICA**

CÓDIGO SIGTAP:
03.01.06.003-7

CBO: Médico e Cirurgião dentista.

AÇÃO	DESCRIÇÃO DA AÇÃO	
<p>HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA</p>	<p>Atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, de baixa complexidade, que são acolhidos nas unidades básicas de saúde, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e tem sua necessidade assistencial atendida.</p>	<p>ANAMNESE (Considerar):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempo de diagnóstico e gravidade da HAS; - Presença de lesão prévia de órgão-alvo; - Uso de medicações hipertensivas, grau de aderência ao tratamento e controle da PA; - Uso de outras medicações (substâncias como simpaticomiméticos) ou drogas ilícitas; - Presença de sintomas específicos, sugerindo comprometimento de órgãos-alvo: dor torácica (isquemia miocárdica ou dissecação de aorta), dorsalgia ou lombalgia (dissecação de aorta), dispnéia (insuficiência cardíaca), sintomas neurológicos focais, cefaléia, convulsões e alterações do nível de consciência; <p>EXAME FÍSICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aferir a PA com a técnica e aparelho adequados; - Realizar fundo de olho, buscando: retinopatia avançada com dano arteriolar, hemorragias, exsudatos e papiledema; - Avaliação cardiopulmonar: os pulsos devem ser verificados nas extremidades; procurar alterações na ausculta (presença de galope?), sinais de insuficiência cardíaca (taquipneia, estase jugular, B3, ictus desviado, hepatomegalia, edema de membros inferiores, alteração da ausculta pulmonar). Se possível, realizar ECG para avaliação de lesão miocárdica; - Abdome: observar sopros abdominais e massas pulsáteis; - Exame neurológico: deve avaliar o nível de consciência e orientação, sinais de irritação meníngea, campo visual e sinais neurológicos focais; <p>MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA</p> <p>a) Edema agudo de pulmão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paciente angustiado e com dificuldade para respirar e falar; - Estertores pulmonares; - Baixa saturação de O², que pode ser caracterizada por cianose; - B3 e/ou B4; - Estase jugular; - Síndrome coronariana aguda;

- Dor ou sensação de opressão precordial, acompanhada ou não de náuseas, dispnéia e sudorese fria;
- B4 presente;
- Alteração ECG;
- b) Dissecção aguda de aorta:
 - Dor lancinante, que pode ser precordial ou se irradiar para as costas;
 - Pulsos assimétricos;
 - Sopro diastólico em foco aórtico;
- c) Encefalopatia hipertensiva:
 - Letargia, cefaléia, confusão, distúrbios visuais e convulsões, todos com início agudo ou subagudo.
- d) Hipertensão maligna:
 - Astenia, mal-estar, oligúria, sintomas vagos cardiovasculares e/ou neurológicos;
 - Fundo de olho: papiledema;
 - Acidente vascular encefálico (isquêmico ou hemorrágico);
 - Súbita alteração neurológica (geralmente motora ou sensitiva);
 - Alterações no exame neurológico;
- e) Eclâmpsia:
 - Geralmente após a 20ª semana de gestação ou até a 6ª semana após o parto;
 - Diagnóstico prévio de pré-eclâmpsia e que desenvolve convulsões.

TRATAMENTO:

a) Crises hipertensivas (urgências e emergências hipertensivas):

- Ocorre quando existe risco de desenvolvimento de alguma complicação clínica associada ao aumento abrupto dos níveis pressóricos;
- Tratamento depende se estamos diante de uma urgência ou uma emergência.

b) Emergências hipertensivas:

- São situações em que ocorre progressiva lesão aguda de órgãos-alvo e risco iminente de morte, que necessitam de redução imediata da PA (não necessariamente para níveis normais);
- Devem ser tratadas preferencialmente com agentes anti-hipertensivos parenterais em unidades de urgência;
- Acionar imediatamente o SAMU;
- Em caso de edema agudo de pulmão, utilizar furosemida EV.

c) Urgências hipertensivas:

- Há elevação importante da pressão arterial, em geral pressão arterial diastólica > 120mmHg, com condição clínica estável, sem comprometimento de órgãos-alvo, porém são situações em que existe risco potencial de lesão aguda de órgão-alvo;
- A atuação sobre o controle pressórico deve ser realizada de forma menos intensa que nas emergências, podendo-se estabelecer esse controle em até 24h, com medicações por via oral (betabloqueador inibidor da enzima de conversora de angiotensina e clonidina).

d) Pseudocrises hipertensivas:

- Ocorre quando, apesar de se presenciarem elevações significativas da PA, associadas a sintomas relatados pelo paciente, não se pode estabelecer relação causal entre a hipertensão e a manifestação do desconforto;
 - As pseudocrises hipertensivas são situações nas quais o aumento acentuado da PA é desencadeado por dor (cólicas, cefaleia, fibromialgia), desconforto (tonturas, mal-estar), ansiedade ou por associação desses fatores;
 - O tratamento é feito com sintomáticos (analgésicos, antivertiginosos, benzodiazepínicos) e não com anti-hipertensivos;
- d) Elevação eventual do nível pressórico:
- Ocorre quando há apenas alteração dos níveis pressóricos sem queixas dos pacientes. Geralmente, apresenta-se como um achado, nas verificações de rotina da UBS;
 - Planejar o diagnóstico de HAS, avaliar a adesão ao tratamento ou, se necessário, introduzir um tratamento medicamentoso ou adequar o tratamento atual.

Elaborado: Gerência de Atenção Primária a Saúde – SMS Goiânia

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)