



EMERGÊNCIAS CLÍNICAS –

ABORDAGEM PRÁTICA

EDITORA
OMNIS SCIENTIA



AUTORES:

AYLA NAZARETH CUNHA MASCARENHAS LOMANTO
NOELLY MAYRA SILVA DE CARVALHO
NORBERTO DE SÁ NETO



EMERGÊNCIAS CLÍNICAS –

ABORDAGEM PRÁTICA

EDITORA
OMNIS SCIENTIA



AUTORES:

AYLA NAZARETH CUNHA MASCARENHAS LOMANTO
NOELLY MAYRA SILVA DE CARVALHO
NORBERTO DE SÁ NETO

Editora Omnis Scientia

EMERGÊNCIAS CLÍNICAS - ABORDAGEM PRÁTICA

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2022

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Autores

Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto

Noelly Mayra Silva de Carvalho

Norberto de Sá Neto

Conselho Editorial

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

Editores de Área – Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

L839e Lomanto, Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas.
Emergências clínicas [livro eletrônico] : abordagem prática / Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto, Noelly Mayra Silva de Carvalho, Norberto de Sá Neto. – Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2022.
141 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88958-91-9

DOI 10.47094/978-65-88958-91-9

1. Emergências clínicas. 2. Conduta terapêutica. 3. Identificação diagnóstica. I. Carvalho, Noelly Mayra Silva de. II. Sá Neto, Norberto de. III. Título.

CDD 610

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

O livro *Emergências Clínicas: Abordagem Prática* consta com 13 capítulos curtos, práticos e diretos sobre as principais emergências clínicas, para checagem rápida de identificação diagnóstica e conduta terapêutica na emergência, principalmente para o interno e recém formado.

Os autores

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....11

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HIPERTENSIVAS

Luiza Giordani Mileo

Luiza Junqueira de Miranda

Larissa de Araújo Franco

Norberto de Sá Neto

DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/11-15

CAPÍTULO 2.....16

SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS

Beatriz Carvalho Pestana

Fernanda Akemi Andrade Hirahata

Pedro Henrique Menezes Ribeiro

Noberto de Sá Neto

DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/16-29

CAPÍTULO 3.....30

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Melini Costa Duarte

Pedro Paulo Brandão Lima

Stanley Almeida de Oliveira

Danilo Ribeiro de Miranda

DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/30-41

CAPÍTULO 4.....42

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA DESCOMPENSADA

Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto

Eduarda Santos Benevides

Noelly Mayra Silva de Carvalho

Iriley Castro Souza

DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/42-48

CAPÍTULO 5.....49

SEPSE/CHOQUE SÉPTICO

Chayenne Emanuelle Sales Araújo

Ihágara Souza Faria

Marília Gabriela Silva Paiva

Samuel Torres da Silva

DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/49-57

CAPÍTULO 6.....58

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

João Vitor Sathler Vidal

Maria Gabriela Elias D'Assumpção

Raquel do Carmo Hubner Moreira

Samuel Torres da Silva

DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/58-84

CAPÍTULO 7.....85

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)

Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto

Noelly Mayra Silva de Carvalho

Milton Henriques Guimarães Júnior

DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/85-92

CAPÍTULO 8.....93

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

Juliana Nunes de Figueiredo

Marina Pinto Almeida Barbosa

Mylla Carollyna Cizoski Aquino Teixeira

Milton Henriques Guimarães Júnior

DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/93-101

CAPÍTULO 9.....102

CETOACIDOSE DIABÉTICA

Camila Maria Braga Tameirão

Leticia Rocha Costa

Maria Eduarda Ferreira Gomes

Alexandra Mara Ferreira de Souza Mansur

DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/102-108

CAPÍTULO 10.....109

CRISE DE ASMA

Clara Regina Claudino Coelho

Iara Gomes Breder

Henrique de Castro Mendes

DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/109-115

CAPÍTULO 11.....116

DESCOMPENSAÇÃO DE DPOC

Camilla Carvalho Murta Botelho

Fernanda Caroline Correa Freitas

Igor Augusto Costa e Costa

Henrique De Castro Mendes

DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/116-124

CAPÍTULO 12.....125

INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

Danielle Pereira Vieira

Isabela de Sousa Martins

Lucas Campos Lopes

Iriley Castro Souza

DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/125-132

CAPÍTULO 13.....133

SURTO PSICÓTICO

Ana Beatriz Gomes Silva

Daniele Araújo Caires

Gabriel Siman Santos

Samuel Torres da Silva

DOI: 10.47094/978-65-88958-91-9/133-137

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HIPERTENSIVAS

Luiza Giordani Mileo¹;

Acadêmica do curso de Medicina da UNIVAÇO - União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga-MG.

<http://lattes.cnpq.br/0401393541740487>

Luiza Junqueira de Miranda²;

Acadêmica do curso de Medicina da UNIVAÇO - União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga-MG.

Larissa de Araújo Franco³;

Acadêmica do curso de Medicina da UNIVAÇO - União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga-MG.

<http://lattes.cnpq.br/4095942769819805>

Norberto de Sá Neto⁴.

Médico docente do curso de Medicina da UNIVAÇO - União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga-MG.

<http://lattes.cnpq.br/5114034560070088>

DEFINIÇÃO

A hipertensão arterial (HA) caracteriza-se por elevação dos níveis pressóricos de forma persistente com PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva e que tenha sido aferida utilizando técnicas corretas de medicação. A HA é uma doença crônica não transmissível e multifatorial, dependendo de inúmeros fatores genéticos, ambientais e sociais. ^{1,2}

A crise hipertensiva (CH) pode ser classificada em urgência ou emergência hipertensivas. Quando ocorre uma situação clínica sintomática com elevação da pressão arterial de forma acentuada (definida de forma arbitrária como PA sistólica \geq 180 e/ou diastólica \geq 120 mm Hg) sem lesão progressiva e aguda em órgãos-alvo e sem risco de iminente de morte, tem-se a urgência hipertensiva (UH). ²⁻⁴ A urgência hipertensiva é comum na prática clínica, principalmente entre os pacientes com hipertensão conhecida que não aderem totalmente às suas medicações e tratamento. ³ Já em situações onde ocorre também a elevação da pressão arterial de forma acentuada com lesão aguda e progressiva dos órgãos alvos e com risco iminente de morte tem-se a classificação de emergência

hipertensiva (EH).²⁻⁴

Ressalta-se que a condição clínica do paciente não é determinada pelo nível absoluto da pressão arterial, mas pelo tempo da elevação da PA e por suas repercussões com evento cardiovascular (dissecção aguda de aorta, edema agudo de pulmão com insuficiência ventricular esquerda e síndromes coronarianas agudas), cerebrovascular (encefalopatia hipertensiva, acidente vascular encefálico isquêmico, acidente vascular encefálico hemorrágico e hemorragia subaracnóidea), pré-eclâmpsia com sinais de gravidade/eclâmpsia, renais ou com envolvimento de múltiplos órgãos (hipertensão acelerada/maligna, hipertensão de múltiplos órgãos alvo, crises adrenérgicas graves, crise do feocromocitoma e dose excessiva de drogas ilícita). Isso é ainda mais claro nos quadros de emergência hipertensivas.²

FISIOPATOLOGIA

A pressão arterial sistêmica é resultado do produto do débito cardíaco pela resistência vascular periférica. Assim, as crises hipertensivas são descompensação de alguma dessas variáveis. A fisiopatologia da crise hipertensiva é pautada no aumento do volume intravascular, na produção reduzida de vasodilatadores endógenos, na ativação do sistema renina-angiotensina, na presença de um estado pró-trombótico e na ativação de sistemas vasoconstritores. Quando se analisa a gênese da emergência hipertensiva, observa-se uma alteração na autorregulação tissular (ou seja, na capacidade dos órgãos em manter a estabilidade do fluxo sanguíneo, independente das mudanças pressóricas e perfusionais), deslocando a curva para direita naqueles pacientes hipertensos crônicos e favorecendo assim que o nível e a velocidade da pressão arterial se elevem mais facilmente.^{1,2}

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A crise hipertensiva pode se apresentar de diversas formas clinicamente e essas manifestações variam de acordo com o grau da crise. Dentre as queixas apresentadas pelos pacientes, os achados mais comuns são cefaleia, vertigem, zumbido, visão turva, náuseas, vômitos, convulsões, estertores pulmonares, pulsos assimétricos, papiledema, dispneia, dor precordial, palpitação, retinopatia hipertensiva e oligúria.^{2,5}

DIAGNÓSTICO

A avaliação inicial de um paciente com hipertensão arterial inclui a confirmação do diagnóstico de hipertensão arterial. Além disso, devem ser afastadas as causas secundárias da HA e avaliado o risco cardiovascular, as lesões de órgão-alvo e as doenças associadas ao quadro do paciente.²

Para o diagnóstico a realização da história clínica direcionada é fundamental, principalmente levando em conta informações sobre valores usuais de pressão arterial do paciente, situações que podem ter desencadeado a crise, como ansiedade ou dor, comorbidades e medicações em uso. Além disso, exame físico (aferição da PA inicialmente em dois braços, no mínimo três vezes, repetidamente até a estabilização do paciente) e exame complementar (eletrocardiograma, radiografia de tórax, ecocardiograma, marcadores de necrose miocárdica, hemograma, urina 1, dosagem de creatina, ureia sérica, eletrólitos, gasometria, fundoscopia e neurotomografia) podem auxiliar na investigação da elevação da pressão arterial, na investigação da lesão em órgão alvo e no diagnóstico diferencial.^{2,6}

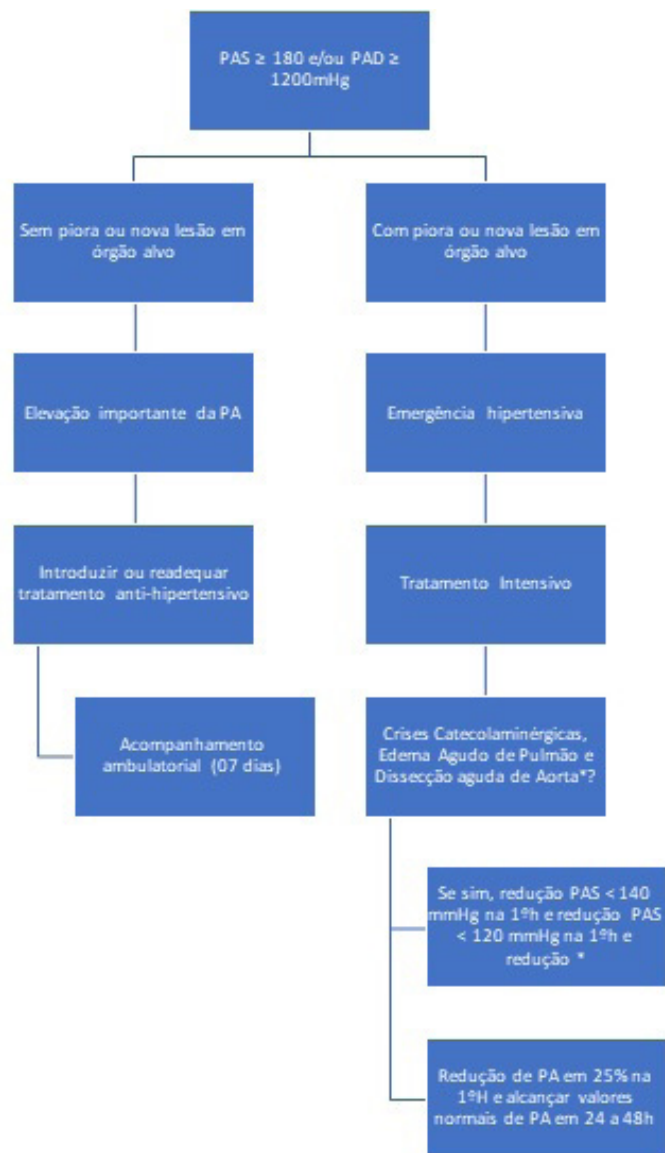
CONDUTA/TRATAMENTO

O manejo dos pacientes com crise hipertensiva é feito de forma heterogênea e empírica. Entretanto, importantes opções de medicamentos estão disponíveis para tratamento da urgência e emergência hipertensiva. Além disso, a redução da pressão arterial deve ser gradual, visto que a redução abrupta e adicional pode gerar isquemia cerebral devido à autorregulação anormal do fluxo cerebral (com exceção dos pacientes com dissecação aórtica).⁸

O tratamento da urgência hipertensiva deve ser iniciado com baixas doses de anti-hipertensivos orais, como Captopril e Clonidina. O Captopril apresenta um pico de ação de 60 a 90 minutos, ou seja, um pico de ação um pouco mais longo que o da Clonidina que é de 30 a 60 minutos. O Nifedipino de liberação rápida deve ser evitado em pacientes com urgências hipertensivas, devido a sua baixa segurança e eficácia, além de provocar redução acentuada e rápida na pressão arterial.^{2,7,8}

O tratamento da EH consiste em transferência do paciente a uma unidade tratamento intensivo, anti-hipertensivo intravenosos e monitoramento contínuo e cuidadoso durante terapia visando a prevenção da hipotensão. Espera-se com o tratamento da emergência hipertensiva uma redução em torno de 25% ou mais da pressão arterial média em uma hora e que seja estabelecida uma abordagem que considere o sistema ou órgão-alvo acometido pela crise hipertensiva. Dentre as medicações que podem ser utilizadas, o Nitroprussiato de Sódio é a primeira escolha medicamentosa para a maioria dos casos, devido a sua rápida ação como dilatador arterial e venoso. Outra medicação que pode ser utilizada é a Nitroglicerina (insuficiência coronariana e insuficiência ventricular esquerda com EAP) e o Metoprolol ou Esmolol (Insuficiência coronariana e dissecação aguda de aorta). Os diuréticos geralmente não são agentes recomendados para o tratamento de emergências hipertensivas, com exceção do edema agudo de pulmão.^{2,7,8}

FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS

1. Jan Basile, MD, Michael J Bloch, MD, FACP, FASH, FSVM, FNLA. Visão geral da hipertensão em adultos. UpToDate. Agosto 2021. https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-in-adults?search=urgencia%20hipertensiva&source=search_result&selectedTitle=3~39&usage_type=default&display_rank=3#H7525347
2. Barroso et. al. Diretrizes de Hipertensão Arterial - 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658. www.departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf
3. Joseph Varon, MD, FACP, FCCP, FCCM, FRSM, William J Elliott, MD, PhD. Tratamento da hipertensão assintomática grave (urgências hipertensivas) em adultos. UpToDate. Novembro 2021. https://www.uptodate.com/contents/management-of-severe-asymptomatic-hypertension-hypertensive-urgencies-in-adults?search=urgencia%20hipertensiva&topicRef=3852&source=see_link#H1
4. William J Elliott, MD, PhD, Joseph Varon, MD, FACP, FCCP, FCCM, FRSM. Evaluation and treatment of hypertensive emergencies in adults. UpToDate. Abril 2021. https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-treatment-of-hypertensive-emergencies-in-adults?search=urgencia%20hipertensiva&topicRef=3830&source=see_link
5. Varounis C, Katsi V, Nihoyannopoulos P, Lekakis J, Tousoulis D. Crise Hipertensiva Cardiovascular: Evidências Recentes e Revisão da Literatura. Frente Cardiovasc Med. 10 de janeiro de 2017; 3:51. doi: 10.3389/fcvm.2016.00051. PMID: 28119918; PMCID: PMC5222786.
6. George Thomas, MD, MPH, FACP, FASN, Marc A Pohl, MD. Medida da pressão arterial no diagnóstico e manejo da hipertensão em adultos. UpToDate. Agosto 2021. https://www.uptodate.com/contents/blood-pressure-measurement-in-the-diagnosis-and-management-of-hypertension-in-adults?search=pathophysiology%20Hypertension&topicRef=3830&source=see_link
7. Brent M Egan, MD. Patient adherence and the treatment of hypertension. UpToDate. Maio 2021. https://www.uptodate.com/contents/patient-adherence-and-the-treatment-of-hypertension?search=pathophysiology%20Hypertension&topicRef=3852&source=see_link
8. Astarita A, Covella M, Vallelonga F, Cesareo M, Totaro S, Ventre L, Aprà F, Veglio F, Milan A. Hypertensive emergencies and urgencies in emergency departments: a systematic review and meta-analysis. J Hypertens. 2020 Jul;38(7):1203-1210. doi: 10.1097/HJH.0000000000002372. PMID: 32510905.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidente vascular encefálico (ave) 58
Acidente vascular encefálico hemorrágico 12
Acidente vascular encefálico isquêmico 12
Acidose 35, 86, 89, 94, 102, 103, 104, 106, 110, 113, 121, 127
Afecção respiratória obstrutiva 109
Agitação psíquica e motora 133
Alucinações 133
Alvéolos 93, 95
Anormalidades alveolares 116
Apneia 85
Aração intracelular 93
Arritmia 86
Asma 95, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 119
Aterosclerose 17, 60

B

Bronquiolite crônica obstrutivas 116
Bronquite 116

C

Câmaras cardíacas 30
Cardiomiopatia hipertrófica 85
Cerebrovascular 12, 69
Cetoacidose diabética 102, 104, 105, 106, 108
Cetonemia 102, 103, 105
Chieira 109, 118
Choque séptico 49, 50, 53, 54, 55, 57
Circulação pulmonar 30, 93, 94
Coágulos 30
Colapso hemodinâmico 85
Comportamento agressivo 133
Comportamento desorganizados 133
Crise do feocromocitoma 12
Crise hipertensiva (ch) 11
Crises adrenérgicas graves 12

D

Déficit neurológico 59, 69
Delírios 133
Diabetes 16, 61, 102, 103, 104
Diabetes mellitus tipo1 (dm1) 102

Diabetes mellitus tipo 2 (dm2) 102
Diafragma 93, 118
Disfunção endotelial 17
Disfunção orgânica 49, 50, 51, 52, 130
Dispneia 12, 32, 39, 43, 86, 109, 117, 118, 119, 120, 121, 122
Dissecção aguda de aorta 12, 13
Distúrbios hidroeletrólíticos 86, 103, 127
Doença arterial coronariana 85
Doença cardíacas isquêmicas ou estruturais 85
Doença cardiovascular 30, 118
Doença coronariana 17, 18
Doença crônica 11
Doença pulmonar obstrutiva crônica (dpoc) 116
Doenças cerebrovasculares 58
Drogas vasoativas 35, 49, 54, 67, 71, 127, 129

E

Edema agudo de pulmão 12, 13, 43
Eliminação de gás carbônico 93
Embolia de artéria coronária 85
Emergência hipertensiva (eh) 12
Encefalopatia hipertensiva 12
Enfisema pulmonar 116, 117
Espasmo coronariano 24, 85
Estresse oxidativo 17
Evento cardiovascular 12
Exposição a produtos químicos 125
Exposições alérgicas 109

F

Fisiopatologia da dpoc 117
Fluxo sanguíneo coronariano 16, 17
Fonte de energia 102
Fumantes 117
Função cardíaca e respiratória 85
Função cerebral 58
Função circulatória e metabólica 49
Função pulmonar 109, 110, 111, 113, 117, 120

G

Glicose 51, 68, 102, 105, 127

H

Hemorragia subaracnóidea 12, 69
Hiperglicemia 24, 67, 102, 103, 104, 105, 106
Hiperlactatemia 49

Hiperresponsividade brônquica 109
Hiperresponsividade das vias aéreas 109
Hipertensão acelerada/maligna 12
Hipertensão arterial (ha) 11
Hipertensão de múltiplos órgãos alvo 12
Hipoglicemia 24, 60, 68, 86, 95, 127, 134
Hipo/hiper calemia 86
Hipo/hiper magnesemia 86
Hipotermia 86, 89
Hipovolemia 86, 89, 105
Hipovolemia¹ 49
Hipoxemia 23, 36, 77, 94, 110, 118, 119, 121
Hipóxia 43, 50, 86, 89, 106

I

Ic aguda descompensada (icad) 42
Ic crônica 42
Ic refratária 42
Infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento st (iamcst) 16
Infarto agudo do miocárdio (iam) 85
Infecção¹ 49
Infecções virais respiratórias 109
Inflamação 17
Insuficiência cardíaca 48, 85, 106
Insuficiência cardíaca (ic) 42
Insuficiência respiratória aguda 93, 101, 106
Insulina 67, 78, 102, 104, 105, 106
Intoxicação 125, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 136
Intoxicação exógena 125, 132

M

Mecanismos neuro-humorais 43
Medicação anti-hipertensiva 11
Ministério da saúde 92, 125, 132
Moléculas orgânicas 93

N

Níveis pressóricos 11, 67

O

Obstrução coronariana 17
Oclusão aguda coronariana 17
Oxigenação 32, 67, 93, 120

P

Pa diastólica (pad) 11

Parada cardiorrespiratória (pcr) 85
Pa sistólica (pas) 11
Pleura 31, 93, 95
Pré-eclâmpsia 12
Pressão torácica 109
Produção de co2 93, 95

R

Reanimação cardiopulmonar 85
Respiração anormal 85
Resposta imunológica desregulada 49
Resposta inflamatória 31, 49, 52, 117, 118

S

Saúde pública 125
Segmentos do miocárdio 17
Segmentos pulmonares 30
Sepse 49, 50, 51, 52, 53, 54, 57, 67, 122, 127
Sinais de gravidade/eclâmpsia 12
Síndrome coronariana aguda sem supra desnivelamento do segmento st (scassst) 16
Síndrome de brugada 85
Síndrome de wolff-parkinson-white 85
Síndromes coronarianas agudas 12, 16
Síndrome tóxica 125
Sistema nervoso central (snc) 60
Sistema respiratório 93
Sistema venoso 30
Surto psicótico 133, 135, 136

T

Tosse 75, 109, 117, 118, 119
Transporte de o2 93
Transtorno conversivo dissociativo 60
Transtornos mentais 133
Trocãs gasosas 93, 110, 118
Tromboembolismo pulmonar (tep) 30
Tromboembolismo venoso (tev) 30
Trombose venosa profunda (tvp) 30

U

Urgência hipertensiva (uh) 11

V

Vias aéreas 66, 77, 87, 93, 95, 109, 116, 117, 118, 121, 127



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora_omnis_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora_omnis_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 