

Crise hipertensiva na criança e no adolescente — urgência e emergência hipertensiva

Medida correta, urgência × emergência, encaminhar sem baixar a PA no consultório e o que o hospital faz, segundo SBP 2019, AAP 2017 e SEUP 2024

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Crise hipertensiva é a elevação abrupta e grave da pressão arterial (PA): **PA $\geq$ p95 + 30 mmHg** (abaixo de 13 anos), **> 180/120 mmHg** no adolescente, ou **PA em nível de estágio 2 com sintomas** (AAP 2017; SBP 2019; SEUP 2024).

Emergência tem **lesão aguda de órgão-alvo** (encefalopatia, **convulsão**, déficit focal, alteração visual, insuficiência cardíaca, lesão renal aguda); **urgência**, não. A causa é quase sempre **secundária**: glomerulonefrite pós-estreptocócica (GNPE), síndrome hemolítico-urêmica (SHU), doença renal crônica, coarctação, medicamentos e drogas, feocromocitoma. **Medir certo**: bolsa do manguito $\approx$ **40% da circunferência do braço**, criança calma e sem dor. 🟢 PA que normaliza após repouso, analgesia ou manguito correto: seguimento pelo pediatra. 🟡 Estágio 2 assintomático, abaixo do limiar de crise: encaminhar com prioridade ao nefrologista ou cardiologista pediátrico. 🔴 Toda crise, com ou sem sintomas: **pronto-socorro, sem baixar a PA no consultório e sem nifedipino de liberação imediata**.

Emergência: UTI, droga intravenosa e redução de **até 25% nas primeiras 8 horas** (SBP 2019; AAP 2017).

1. O que é e como se apresenta

Definições (SBP 2019; AAP 2017):

- **Crise hipertensiva**: elevação súbita da PA em relação ao basal; limiar de ação imediata $\geq$ **p95 + 30 mmHg** (< 13 anos) ou **> 180/120 mmHg** ($\geq$ 13 anos), ou estágio 2 ($\geq$ p95 + 12 ou $\geq$ 140/90 mmHg) **com sintomas** (AAP 2017; SEUP 2024). Classificação completa no documento **Hipertensão arterial sistêmica** do site.
- **Emergência**: com **lesão aguda de órgão-alvo**; droga intravenosa em UTI.
- **Urgência**: hipertensão grave **sem lesão aguda**; redução oral e mais lenta, no hospital.
- A **Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025** (DBHA; SBC, SBN, SBH), para adultos, chama a urgência de "**elevação importante da PA sem lesão de órgão-alvo**"; seu capítulo pediátrico segue a AAP 2017 e não trata da crise.

Pesa mais a **lesão de órgão** e a **velocidade da subida** que o número (SEUP 2024).

Lesões de órgão-alvo: **encefalopatia hipertensiva** (a mais comum: cefaleia, vômitos, sonolência, confusão, **convulsão**, muitas vezes com PRES na ressonância); déficit focal, **paralisia facial**, AVC; visão borrada, papiledema, hemorragia retiniana; **insuficiência cardíaca e edema pulmonar**; oligúria e creatinina em ascensão. No **lactente**: irritabilidade, recusa alimentar, apneia, convulsão.

Causas (SBP 2019; SEUP 2024 — renais e renovasculares em 75–90%):

- **Renais: GNPE** (edema, urina "cor de coca-cola", oligúria após faringite ou impetigo), **síndrome hemolítico-urêmica** (palidez, petéquias e oligúria após diarreia), **doença renal crônica** (inclusive má adesão), nefropatia e vasculite por IgA, lúpus, transplante.
- **Renovasculares e cardiovascular:** estenose de artéria renal (neurofibromatose, Williams), trombose após cateter umbilical; **coarctação da aorta** (femorais fracos).
- **Medicamentos e drogas:** **corticoide, simpaticomiméticos** (descongestionantes, metilfenidato, anfetaminas, cafeína, energéticos), **cocaína**, anabolizantes, ciclosporina, tacrolimo, anticoncepcional; **suspensão abrupta de clonidina**.
- **Endócrinas e tumores:** **feocromocitoma** (cefaleia, palpitação, sudorese, palidez), neuroblastoma, tumor de Wilms, hipertireoidismo, Cushing.
- **Neurológicas:** **hipertensão intracraniana** (tríade de Cushing), trauma craniano. No adolescente, **pré-eclâmpsia**.
- **Falsos positivos (pseudocrise): dor, ansiedade, choro, febre e manguito pequeno** — a PA cai com analgesia, calma e medida correta.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	PA alta isolada que normaliza após repouso, analgesia, calma ou manguito correto ; assintomática, exame normal	Seguimento pelo pediatra (documento Hipertensão arterial sistêmica); tratar dor ou ansiedade
● Moderada	Estágio 2 confirmado e assintomático , abaixo de p95 + 30 (ou $\leq 180/120$ mmHg no adolescente), sem lesão de órgão-alvo, urina normal	Encaminhar com prioridade ao nefrologista ou cardiologista pediátrico (SBP 2019), com PA dos quatro membros; sinais de alerta
● Grave	Crise hipertensiva: $\geq$ p95 + 30 mmHg ou $> 180/120$ mmHg, mesmo sem sintomas (urgência); ou PA de estágio 2 com cefaleia intensa, vômitos, sonolência, convulsão, déficit focal, alteração visual, dispneia, sinais de insuficiência cardíaca, oligúria ou edema com hematúria (emergência)	Pronto-socorro: emergência → UTI pediátrica; urgência → internação com nefrologia pediátrica. Não baixar a PA no consultório

Fatores que elevam a gravidade

- Lactente e pré-escolar, subida rápida, hipertensão sem diagnóstico prévio.
- Doença renal, transplante, GNPE ou SHU em curso, oligúria, sobrecarga de volume.
- Qualquer sintoma neurológico; trauma craniano.

- Cocaína, anfetaminas, simpaticomiméticos, suspensão de clonidina; suspeita de feocromocitoma; gravidez.

3. Diagnóstico no consultório

Medida correta (SBP 2019; AAP 2017): criança sentada, **em repouso há mais de 5 minutos**, sem dor nem choro; **bolsa do manguito com largura $\approx$ 40% da circunferência do braço** e comprimento de 80–100% (**manguito pequeno superestima a PA**); braço apoiado na altura do coração; confirmar por **ausculta**; medir **os quatro membros** e palpar as femorais. Na criança sintomática, confirmar não atrasa o encaminhamento.

O que é clínico: PA medida corretamente + busca de lesão de órgão-alvo — consciência, cefaleia, vômitos, visão, déficit focal, frequência respiratória, **SpO2**, estertores, fígado, galope, edema, diurese. **Anamnese:** faringite, impetigo ou diarreia com sangue recentes, urina escura; doença renal ou cardíaca, cateter umbilical; **todos os medicamentos, suplementos e drogas**, adesão e suspensão de anti-hipertensivo; palpitação e sudorese; trauma; gravidez.

No consultório, sem atrasar: **fita urinária, glicemia capilar** (alteração de consciência ou convulsão) e SpO2.

No hospital (SBP 2019; AAP 2017; SEUP 2024): urina tipo 1, creatinina, ureia, eletrólitos, gasometria; hemograma com plaquetas e **esfregaço** (SHU); **C3 e C4** (GNPE); **ECG**, radiografia de tórax, **ecocardiograma**, **fundo de olho**; **ressonância** se houver sinal neurológico; ultrassom renal com Doppler; renina, aldosterona, **metanefrinas**, TSH; toxicológico e **beta-hCG** conforme o caso.

Diagnóstico diferencial que não pode passar:

- **Hipertensão intracraniana:** hipertensão com bradicardia e respiração irregular é **resposta compensatória** — **não se baixa a PA**; trata-se a causa (**Hipertensão intracraniana e sinais de herniação na criança**, nesta área; SEUP 2024).
- **AVC**, trauma craniano (inclusive **maus-tratos**), meningite e encefalite.
- **Intoxicação simpaticomimética** (agitação, midríase, taquicardia, hipertermia — **Intoxicações exógenas agudas na criança**).
- **Pré-eclâmpsia** na adolescente; **pseudocrise** por dor, ansiedade ou manguito errado.

4. Tratamento e seguimento

O pediatra, no consultório: reconhecer, medir certo, procurar lesão de órgão-alvo e **encaminhar sem baixar a PA** — a queda sem monitorização causa isquemia (SEUP 2024; DBHA 2025).

No hospital:

- **Emergência:** UTI pediátrica, monitorização contínua, droga **intravenosa titulável**; reduzir a PA **no máximo 25% da redução planejada nas primeiras 8 horas** e o restante nas 12–24 horas seguintes, com meta inicial em torno do **p95** (SBP 2019; AAP 2017; SEUP 2024: meta final em 24–48 h).
- **Urgência:** internação e redução gradual em 24–48 horas, por via oral se tolerada (AAP 2017; SEUP 2024).
- **Uma droga por vez**, na menor dose; diurético só associado; analgesia na dor (SEUP 2024).
- **Não reduzir rapidamente** na hipertensão intracraniana, no AVC, na moyamoya ou doença falciforme e na coarctação (SEUP 2024).
- **Cocaína e anfetaminas:** benzodiazepínico é a base, com o **CIATox (0800-722-6001)**; betabloqueador isolado só por decisão do toxicologista. **Feocromocitoma:** alfabloqueio antes do betabloqueador, com o especialista.

Anti-hipertensivos da crise (uso hospitalar, decisão do intensivista ou do nefrologista):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Emergência — intravenosos				
Nitroprussiato de sódio	Início 0,3–0,5 mcg/kg/min , titulado (habitual até 3 mcg/kg/min); máx. 10 mcg/kg/min	Infusão contínua	O menor tempo possível	SBP 2019; AAP 2017; início: SEUP 2024 e documento HAS. Cianeto se > 72 h ou insuficiência renal
Esmolol	100–500 mcg/kg/min	Infusão contínua	Até a transição	SBP 2019; AAP 2017. Bradicardia importante
Hidralazina IV ou IM	0,1–0,2 mg/kg/dose (máx. 0,4 mg/kg/dose)	4/4 h	Enquanto necessário	SBP 2019; AAP 2017. Taquicardia; preferida ao nitroprussiato na DRC (SEUP 2024)
Labetalol	Bolus 0,2–1 mg/kg (máx. 40 mg/dose); infusão 0,25–3 mg/kg/h	Bolus ou infusão	Até a transição	SBP 2019; AAP 2017. Evitar na asma e na insuficiência cardíaca. Indisponível no Brasil (SBP 2019)
Nicardipino	Bolus 30 mcg/kg (máx. 2 mg); infusão 0,5–4 mcg/kg/min	Bolus ou infusão	Até a transição	SBP 2019; AAP 2017. Indisponível no Brasil (SBP 2019)
Urgência — orais				
Clonidina	2–5 mcg/kg/dose (máx. 10 mcg/kg/dose)	6–8 h	Até controle	AAP 2017 com errata (mcg); a SBP 2019 grafava "mg", erro de unidade. Sonolência; rebote na suspensão
Hidralazina VO	0,25 mg/kg/dose (máx. 25 mg/dose)	6–8 h	Até controle	SBP 2019; AAP 2017
Minoxidil	0,1–0,2 mg/kg/dose (máx. 10 mg/dose)	8–12 h	Até controle	SBP 2019; AAP 2017. Retenção hídrica
GNPE e sobrecarga de volume				
Furosemida	1 mg/kg IV (máx. 40 mg — AEP); manutenção 1–5 mg/kg/dia VO ou IV (SBP 2002)	12/12 h ou conforme resposta	Curta	Documento GNPE do site. Só nas complicações (congestão, hipertensão com oligúria); nunca na hipovolemia

Anlodipino e captopril: não constam dos quadros de crise da SBP 2019 nem da AAP 2017.

O **anlodipino**, de início lento, inicia a manutenção e, na GNPE, trata a hipertensão que persiste apesar do diurético (doses do documento **Hipertensão arterial sistêmica**). O **captopril** é a droga oral dos protocolos de **adultos** (SAMU 192 do MS, 2015; DBHA 2025); na criança não é rotina na crise, porque pode reduzir a filtração e elevar o potássio na GNPE, na lesão renal aguda, na hipovolemia e na estenose de artéria renal — decisão do nefrologista.

Não usar:

- **Nifedipino de liberação imediata** (sublingual, cápsula perfurada ou mastigada) — **decisão do site**, também na GNPE: queda abrupta e imprevisível da PA, com risco de isquemia cerebral. A SBP 2019 só lista o de liberação prolongada e a DBHA 2025 o considera proscrito; a AEP 2022 o cita com precaução e a SEUP 2024 só se outras opções falharem (divergência).
- **Enalaprilato IV** e **cetamina** na intubação (SEUP 2024); **soro de expansão** na GNPE, na SHU oligúrica ou com edema.

GNPE (documento do site): restrição de **sal** e de **líquidos** na fase de oligúria, edema e hipertensão; furosemida nas complicações.

Após a alta: seguimento com o **nefrologista ou cardiologista pediátrico**; o pediatra mede a PA em toda consulta, confere adesão e revisa medicamentos (documento HAS). **Não suspender** anti-hipertensivo, sobretudo clonidina, de forma abrupta.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Pronto-socorro sempre que houver: PA $\geq$ p95 + 30 mmHg (< 13 anos) ou > 180/120 mmHg ($\geq$ 13 anos), mesmo sem sintomas (AAP 2017; SBP 2019); PA de estágio 2 com **cefaleia intensa, vômitos, sonolência, confusão, convulsão, déficit focal, paralisia facial, alteração visual, dor torácica, dispneia ou insuficiência cardíaca**; hipertensão com **edema, hematúria ou oligúria** (GNPE, lesão renal aguda) ou após diarreia com sangue (SHU); crises de palpitação e sudorese, uso de cocaína ou estimulantes; lactente ou pré-escolar com estágio 2.

Como encaminhar

1. **Confirmar a medida** (manguito adequado, ausculta, quatro membros) sem atrasar se houver sintomas.
2. **Não baixar a PA no consultório; não dar nifedipino sublingual** nem outro anti-hipertensivo.
3. Ambiente calmo; **decúbito lateral** se sonolenta ou vomitando; **cabeceira elevada** se dispneica; tratar a dor.
4. **Oxigênio para manter SpO2 94–98%** (padrão do site).

5. **Convulsão:** protocolo do site (crise ≥ 5 min = estado de mal; midazolam IN 0,2 / bucal 0,3 / IM 0,2 mg/kg, máx. 10 mg). **Glicemia capilar;** hipoglicemia: glicose IV 0,5–1 g/kg a partir de 1 mês.
6. **Acesso venoso** sem soro de expansão; na congestão, após contato com o serviço, furosemida 1 mg/kg IV (máx. 40 mg — AEP), sem atrasar o transporte (documento GNPE).
7. **SAMU 192** se houver alteração neurológica, convulsão, dispneia ou dor torácica; contato prévio com serviço com **UTI pediátrica e nefrologia**.
8. **Relatório:** medidas (membro, manguito, técnica), sintomas, medicamentos, drogas, diurese, fita urinária, glicemia.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "A pressão muito alta na criança quase sempre tem uma causa, muitas vezes nos rins; ela precisa ser investigada e acompanhada pelo especialista."
- "Não dê remédio para baixar a pressão por conta própria, nem cápsula embaixo da língua; não suspenda de repente o remédio receitado."
- "Evite descongestionantes, energéticos, estimulantes e anabolizantes; conte ao médico todos os remédios e suplementos."
- **Procurar o pronto-socorro se houver:** dor de cabeça forte com vômitos, visão embaçada, sonolência ou confusão, convulsão, fraqueza num lado do corpo ou boca torta, falta de ar, dor no peito, urina escura ou em pouca quantidade, inchaço.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Documento (versão/data)	Manual de Ori- entação HAS, DC Nefrologia, 2019	Protocolo SAMU 192 SAV, AC19, 2015 (adultos)	CPG Flynn et al., Pediatrics, 2017	NG136 (adul- tos), 2019, atu- alizada em 02/2026	Protocolo HTA 2022; SEUP Crisis hiperten- siva, 4ª ed., 2024	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Definição	Emergência com lesão de órgão; urgên- cia sem	Urgência PAD ≥ 120; emer- gência com le- são (adulto)	≥ p95 + 30 ou > 180/120; sintomas	≥ 180/120 com lesão: avalia- ção no mesmo dia	Critérios da AAP 2017	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Ritmo de redução	≤ 25% em 8 h	Evitar queda rápida	≤ 25% em 8 h; resto em 12– 24 h	Sem posição pediátrica	≤ 25% em 8 h; meta em 24– 48 h	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Drogas IV	Nitroprussiato, esmolol, hidra- lazina (labetal- ol e nicardipi- no indisponíveis)	Hidralazina, metoprolol (adulto)	Esmolol, hidra- lazina, labeta- lol, nicardipino, nitroprussiato	Sem posição pediátrica	Labetalol ou nicardipino primeiro	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Urgência oral	Clonidina, hi- dralazina, minoxidil	Captopril 12,5– 25 mg; clonidi- na (adulto)	Clonidina, hi- dralazina, isra- dipino, minoxidil	Sem posição pediátrica	Clonidina; hi- dralazina ou minoxidil	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Nifedipino imediate	Só liberação prolongada na lista	Não citado	Só liberação prolongada na lista	—	Precaução (AEP); só se outras falha- rem (SEUP)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Local	Emergência em UTI	Regulação SAMU	Tratamento imediate, hospitalar	Especialista no mesmo dia	Toda crise in- ternada (UTIP ou nefrologia)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: SBP (2019), AAP (2017) e SEUP/AEP (2024) concordam na definição pela lesão de órgão-alvo, no limiar de **p95 + 30 ou > 180/120 mmHg**, na redução de **até 25% nas primeiras 8 horas** e nas drogas intravenosas em UTI. Divergem nas drogas: AAP e SEUP preferem **labetalol e nicardipino**, que a SBP registra como **indisponíveis no Brasil** (opções práticas: nitroprussiato, esmolol, hidralazina); o **nifedipino de liberação imediata** é admitido com precaução pela AEP (2022) e como último recurso pela SEUP (2024), e proscrito pela DBHA 2025; o **captopril** é a droga oral do MS e da DBHA, ambos de adultos. O NICE (NG136, 02/2026) só trata de adultos; Oxford e Cambridge seguem o NICE; Johns Hopkins e Harvard sem posição localizada. **Posição adotada pelo site:** SBP 2019 (alinhada à AAP 2017) — toda crise ao pronto-socorro sem tratamento no consultório, emergência em UTI com redução de até 25% em 8 horas, clonidina, hidralazina ou minoxidil na urgência e **nifedipino de liberação imediata contraindicado** (decisão do site).

PONTOS PRÁTICOS

1. Meça certo: bolsa $\approx$ 40% do braço, criança calma e sem dor, ausculta e quatro membros.
2. $\geq$ p95 + 30 mmHg ou $>$ 180/120 mmHg no adolescente, com ou sem sintomas, é pronto-socorro.
3. No consultório não se baixa a PA: oxigênio para SpO2 94–98%, protocolo de convulsão, glicemia, acesso sem soro, SAMU.
4. Nifedipino de liberação imediata não se usa, nem na glomerulonefrite.
5. A crise quase sempre é secundária: fita urinária, infecção ou diarreia recentes, femorais, medicamentos e drogas.
6. Hipertensão com bradicardia e respiração irregular: hipertensão intracraniana; não baixar a PA.

Veja também, nesta Biblioteca: **Hipertensão arterial sistêmica na criança e no adolescente** (Cardiologia); **Glomerulonefrite pós-estreptocócica e síndrome nefrítica, Síndrome hemolítico-urêmica (SHU), Lesão renal aguda na criança e Doença renal crônica na criança** (Nefrologia e Urologia); **Hipertensão intracraniana e sinais de herniação na criança e Intoxicações exógenas agudas na criança** (nesta área); **Protocolo de Estado de Mal Convulsivo; Hipertensão Arterial no RN** (Neonatologia).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Nefrologia. Hipertensão arterial na infância e adolescência (Manual de Orientação), 2019 — Crise hipertensiva e Quadro 10. [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics. Flynn JT et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics, 2017;140(3):e20171904 — seção 11.1 e Tabela 19. [PDF](#); resumo na AAFP, 2018. aafp.org
- SBC, SBN, SBH. Brandão AA et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial — 2025. Arq Bras Cardiol, 2025;122(9):e20250624 — capítulos 9 e 11. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Protocolos de Suporte Avançado de Vida — SAMU 192, AC19 (revisão 2015). [PDF](#)
- SEUP/AEP. Castaño Rivero A, González Calvete L. Crisis hipertensiva. Manejo en Urgencias. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría, 4ª ed., 2024. [PDF](#)

- AEP. de la Cerda Ojeda F, Herrero Hernando C. Hipertensión arterial en niños y adolescentes. Protocolos de Nefrología Pediátrica, 2022. [PDF](#)
- NICE. NG136 — Hypertension in adults: diagnosis and management (2019, atualizada em 26/02/2026). [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.