



A classificação da hipertensão durante a gravidez visa diferenciar a doença progressiva à concepção de formas específicas da gestação, cujo tratamento apresenta particularidades. Existem 4 desordens hipertensivas relacionadas a gravidez [1]

Classificação	Descrição
Pre-eclâmpsia/eclâmpsia	Pré-eclâmpsia é a doença hipertensiva específica da gravidez que ocorre após 20 semanas de gestação, associada ao aparecimento de proteinúria ou de lesão de órgão-alvo, com ou sem proteinúria. Eclâmpsia refere-se à ocorrência de crise convulsiva tônico-clônica generalizada ou coma (sineclâmpsia), muitas vezes precedida de eventos premonitórios, como cefaleia e/ou alterações visuais e/ou epigastralgia. A síndrome HELLP é provavelmente um subtipo grave de pré-eclâmpsia caracterizado, sobretudo, por hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia. A maioria dos pacientes têm hipertensão (82 a 88%) e/ou proteinúria (86 a 100%) [2].
Hipertensão arterial crônica	Hipertensão existente previamente à concepção ou detectada antes de 20 semanas de gestação.
Pré-eclâmpsia superimposta à hipertensão crônica	Definida por aparecimento de proteinúria, disfunção significativa de órgãos-alvo ou ambas após 20 semanas de gestação em mulher com hipertensão crônica. Ocorre em quase 1/3 das grávidas com hipertensão crônica [3].
Hipertensão gestacional	Elevação dos níveis tensionais a partir de 20 semanas de gestação, na ausência de proteinúria associada. Cerca de ¼ progridem para pré-eclâmpsia.

I. ASSISTENCIAL

1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Pré-eclâmpsia (a)

PAS ≥ 140 ou PAD ≥ 90 mmHg em duas ocasiões após 20 semanas de gestação, em paciente previamente normotensa, associada a pelo menos um dos seguintes critérios:

- Proteinúria $\geq 0,3$ g/24 h, relação proteína/creatinina $\geq 0,3$ (mg/mg) em amostra isolada de urina ou $\geq 2+$ em fita reagente
- Plaquetas $< 100.000/\mu\text{L}$ *
- Creatinina $> 1,1$ mg/dL ou 2x o valor basal *
- Transaminases ≥ 2 x o limite superior da normalidade*
- Edema agudo de pulmão, dor torácica*
- Sintomas cerebrais ou visuais, como cefaleia de início recente, que não responde a analgesia ou visão turva ou escotoma ou epigastralgia ou sineclâmpsia.*

Pré-eclâmpsia com sinais de deterioração:

PAS ≥ 160 , PAD ≥ 110 mmHg, proteinúria ≥ 2 g, dor persistente no hipocôndrio esquerdo ou qualquer outro achado indicado com (*) faz diagnóstico de pré-eclâmpsia com sinais de deterioração (b)

Pré-eclâmpsia sobreposta a hipertensão crônica

Os mesmos critérios da pré-eclâmpsia, independentemente dos valores de pressão, em paciente com história prévia de hipertensão.

Hipertensão crônica

PAS ≥ 140 ou PAD ≥ 90 mmHg, existente previamente a concepção ou detectada antes de 20 semanas de gestação ou que persiste ≥ 12 semanas após o parto.

Hipertensão gestacional

Novo início de hipertensão (PAS ≥ 140 ou PAD ≥ 90 mmHg) após 20 semanas de gestação na ausência de proteinúria ou sinais de disfunção de órgão alvo.

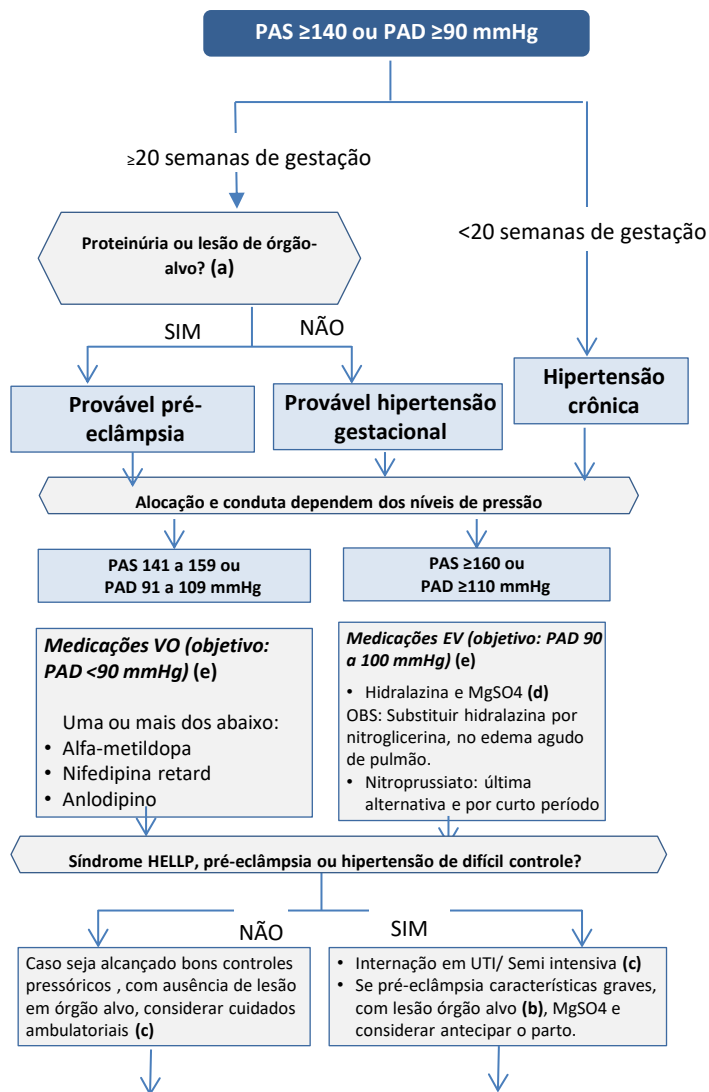
2. FATORES DE RISCO PARA PRÉ-ECLÂMSIA/ECLÂMSIA [5]

- Histórico de pré-eclâmsia*
- Diabetes mellitus prévio*
- Hipertensão arterial crônica*
- Gravidez multifetal*
- Gravidez por reprodução assistida
- Doença autoimune (Lúpus eritematoso sistêmico e Síndrome antifosfolípide)
- IMC >30 kg/m²*
- Doença renal
- Primeira gestação*
- História familiar de pré-eclâmsia*
- Idade materna >40 anos
- Intervalo > 10 anos desde a última gestação
- * *Principais fatores de risco*

3. EXAMES COMPLEMENTARES [6]

Toda grávida com mais de 20 semanas de gestação, cuja pressão persiste $\geq 140/\geq 90$ mmHg após 15 min em decúbito lateral esquerdo deve realizar:

- Urina I e Proteinúria 24h ou proteinúria em amostra isolada
- Ureia, Creatinina
- Hemograma completo
- TGO, TGP, DHL, bilirrubinas total e frações, Sódio, Potássio
- Avaliação da vitalidade fetal, de acordo com a idade gestacional.



Parto Após Estabilização Materna

Se $\geq 32-34$ semanas, o parto é mandatório.

Se < 32-34 semanas, corticoterapia e avaliar conduta expectante.

Contraindicações para conduta expectante : Idade gestacional $\geq 32-34$ semanas; sintomas persistentes; Síndrome HELLP ou HELLP parcial; diástole reversa.

4. ALOCAÇÃO ©

Depende da classificação da doença hipertensiva e dos níveis tensionais [6]

Doença hipertensiva	PA	Alocação
Hipertensão crônica e hipertensão gestacional	<160/100 mmHg	Ambulatorial
	$\geq 160/110$ mmHg	Enfermaria ou Semi-intensiva /UTI
Pré-eclâmsia	<160/100 mmHg	Enfermaria
	$\geq 160/110$ mmHg	Semi-intensiva ou UTI
Eclâmsia ou síndrome HELLP		Semi-intensiva ou UTI

5. MANEJO CLÍNICO

Prevenção de pré-eclâmpsia

- Grávidas com os fatores de risco abaixo devem receber AAS 100 mg/dia, preferencialmente antes de 16 semanas de gestação[6]. **Indicações:** Histórico de pré-eclâmpsia, Diabetes mellitus prévio, Hipertensão arterial crônica, gravidez multifetal, doença autoimune (Lúpus eritematoso sistêmico e Síndrome antifosfolípide), doença renal e gestação decorrente de reprodução assistida (FIV).

Prevenção de eclâmpsia (d)

Indicação de sulfato de magnésio (alocar em semi-intensiva ou UTI)

Pré-eclâmpsia com critérios de gravidade (inclui HELLP e iminência de eclâmpsia) - ACOG 2020, ou seja, quaisquer dos seguintes achados:

- PAS \geq 160 mmHg, ou PAD \geq 110 mmHg, em duas medidas com intervalo de 15 minutos, em repouso no leito;
- plaquetas $<$ 100.000;
- Enzimas hepáticas elevadas ($>$ 2x o normal), dor persistente do quadrante superior direito do abdome, ou dor epigástrica arresponsiva à medicação;
- Insuficiência renal progressiva (Cr $>$ 1,1 mg/dL ou o 2x o valor de base na ausência de doença renal). - *alocar em semi-intensiva ou UTI geral adulto*
- Edema agudo de pulmão;). - *alocar em semi ou UTI geral adulto*
- Distúrbios visuais.

Importante: Se creatinina \geq 2,5 mg/dL, não fazer manutenção. Na miastenia gravis : contraindicada sulfatação, por induzir crise; Evitar a associação de nifedipidina e sulfato de magnésio pela potencial ação sinérgica de ambas levando a quadros de hipotensão severa.

Cuidados durante a infusão

- Parâmetros relevantes na monitorização da paciente: reflexo patelar presente, frequência respiratória $>$ 14 ipm, débito urinário $>$ 25 ml/h (sondagem vesical de demora)
- Administrar gluconato de cálcio a 10% (1 ampola de 10ml, via endovenosa em 2 a 5 min), se frequência respiratória $<$ 14 ipm.
- Controlar 1/1h : PA, FR, Diurese, Reflexo Patelar, BCF e MEOWS.
- A sulfatação deve ser mantida até 24 horas após parto ou após a última convulsão.

Etapa	Via	Dose [6]	Diluição	Administração
Dose de ataque <i>(uma das 3 opções)</i>	EV	4 g	4 ampolas de MgSO ₄ a 10% (40 ml)	Infundir lentamente em 5-10 minutos
	EV	4 g	8ml de MgSO ₄ 50% + 92ml de SF 0,9%	Correr em BIC 300ml/h
	IM*	10 g	MgSO ₄ 50%, 20 mL puro	Aplicar 10 mL (5 g ou 1 ampola em cada nádega)
Dose de manutenção <i>(uma das 3 opções)</i>	EV	2 g/h	Fase 1 (2 horas): 2g IV por hora – 4 ampolas de MgSO ₄ a 10% (40 ml) + 60ml SG5% - infundir 50ml/h em bomba de infusão, por 2 horas. Fase 2: 2g IV por hora - 5 ampolas de MgSO ₄ a 50% + 450ml de SG5% - infundir 40ml/h, em bomba de infusão, até o término da sulfatação.	Correr em BIC OBS: Se disponível, a fase 2 pode ser iniciada logo após a dose de ataque.
	EV	1 g/h	50ml de MgSO ₄ 50% + 450ml SF 0,9%	Correr em BIC 40ml/h por 24h
	IM*	5 g	MgSO ₄ 50%, 5 mL puro	Aplicar 5 mL (5g) na nádega a cada 4 h

* Esquemas IM : Em casos de transferência da paciente.

(continuação)

Tratamento da hipertensão (e)

Indicação de tratamento
Tratar PAS \geq 140
ou PAD \geq 90 mmHg
[6]

Medicamentos recomendados [6]

A escolha do medicamento depende dos níveis de pressão

Indicação de realizar o parto [6]

Tratamento da Hipertensão na Gravidez			
PA (mmHg)	Medicação	Considerações/cuidados	Dose
PA S 140 a 159 ou PAD 90 a 109	Alfa-metildopa	Lento início de ação	Iniciar com 750 mg 3x/dia (dose máxima: 2g/dia)
	Nifedipina Retard	Não usar nifedipina de liberação imediata	30 a 120 mg/dia
	Anlodipino	Rápido início de ação	5 a 20 mg/dia, em até 3 tomadas
	Prazosina (Minipress®)	Não associar com bloqueadores de canal de cálcio	0,5 a 1 mg a cada 12 horas, até 20/mg ao dia
	Clonidina	Necessita de desmame para suspensão.	0,1 a 0,3mg/dia
PA S \geq160 ou PAD 110	Hidralazina	Hidralazina oral causa taquicardia reflexa e retenção líquida	Diluir 20 mg (1 mL) em 19 ml de água destilada e infundir 5 ml EV (5 mg) a cada 20-30 min até controle da pressão (PAD 90 e 100 mmHg).
	Nitroglicerina	Indicada no edema agudo de pulmão	Diluir 50 mg + 250 ml SG 5%; iniciar 5 μ g/min (1,5 mL/h) e aumentar infusão a cada 5 min até PA PAD 90 e 100 ou até dose máxima de 200 μ g/min (60 mL/h)
	Nitroprussiato	Deve ser a última alternativa e usado por curto tempo	Diluir 50 mg + 250 ml SG 5%; iniciar 5 μ g/min (1,5 mL/h) e aumentar infusão a cada 5 min até PA PAD 90 e 100 ou até dose máxima de 400 μ g/min (120 mL/h)

Tempo de gestação	Recomendações
<24 semanas	Feto no limite da viabilidade. Deve ser informada que pode ser necessário interromper gravidez
24 a 37 semanas	Parto recomendado se \geq 1 dos abaixo: <ul style="list-style-type: none">Medidas PAS \geq160 ou PAD \geq110 mmHg , refratária ao tratamento com \geq3 classes de anti-hipertensivos<ul style="list-style-type: none">Oximetria de pulso $<$90%Deterioração progressiva da função hepática ou renal, hemólise ou \downarrow de plaquetas<ul style="list-style-type: none">Sintomas neurológicos ou visuais em cursoDescolamento prematuro de placentaAlteração de vitalidade fetal (diástole zero ou reversa de artéria umbilical, ducto venoso com PI $>$ p95, morte fetal) [13].
37 a 40 semanas	Doença controlada : Resolução individualizada

Tratamento da trombocitopenia

No parto vaginal, plaquetas $<$ 20.000/microL e na cesárea, $<$ 50.000/microL são indicações de transfusão de 6 a 10 unidades de concentrado de plaquetas [12]

6. CUIDADOS PÓS-PARTO [6]

- Monitorização em UTI/ Semi-intensiva por 24 a 48 h (casos de Insf. Renal ou edema agudo de pulmão alocar em UTI/Semi-intensiva adulto geral)
- Anti-hipertensivos devem ser mantidos
- Em pacientes com quadro de pré-eclâmpsia e hipertensão crônica superajuntada à pré-eclâmpsia, a vigilância dos níveis pressóricos deve ser mantida a partir de 72 horas : somente 24 h após normalização dos sinais vitais e exames laboratoriais.
- Em caso de alta hospitalar a paciente deve ser advertida sobre sinais de alarme e retorno médico imediato, se necessário. A pressão arterial deve ser reavaliada em retorno ambulatorial por volta de 7 a 10 dias após o parto.
- Não suspender anti-hipertensivos após parto, desmame em 3 a 6 dias após o parto ou antes se PA baixa (abaixo 110x70 mmhg ou hipotensão sintomática).
- Repetir exames alterados: Monitorização até a normalização dos mesmos: TGO/TGP/DHL, creatinina, ureia, hemograma completo, coagulograma e urina I
- Evitar uso de anti-inflamatórios não esteroidais como analgésicos.

7. BIOMARCACODRES NA PRÉ-ECLAMPSIA

- Havendo disponibilidade, sFlt-1 e PIGF, são auxiliares de conduta.
- Considerações sobre a relação sFlt-1/PIGF:

Casos de gravidade podem ser avaliados quanto ao prognóstico, pela relação sFlt-1/PIGF.

- o sFlt-1/PIGF ≤ 38 = exclui desenvolvimento de pré-eclâmpsia por pelo menos 1 semana.

- o sFlt-1/PIGF > 38 e < 110 (> 34 sem) ou sFlt-1/PIGF > 38 e < 85 (entre 20 e 34 sem): Paciente provavelmente desenvolverá pré-eclâmpsia nas próximas 4 semanas.

- A relação pode ser também auxiliar diagnóstico em casos duvidosos:

sFlt-1/PIGF para diagnóstico:

≥ 85 (entre 20 e 34 sem) : altamente sugestivo de pré-eclâmpsia

≥ 110 (a partir de 34 sem): altamente sugestivo de pré-eclâmpsia

II . INDICADORES DE QUALIDADE

- tempo médio de permanência
 - taxa de mortalidade relacionada a SHEG
 - taxa de reinternação hospitalar (até 30 dias)
- Taxa de internação em UTI

III. GLOSSÁRIO

- IMC: índice de massa corpórea
- TGO: transaminase oxalacética
- TGP: transaminase pirúvica
- DHL: Desidrogenase Láctica
- PIGF: placentar endotelial growth factor
- BCF: batimento cardíaco fetal

IV. HISTÓRICO DE REVISÕES

16/06/2026 – Revisão Periódica - Fernanda Sawaguchi Faig Leite

V. Referências Bibliográficas

- [1] Obstet Gynecol. 2013, 122(5):1122;
[2] Obstet Gynecol. 2004, 103(5 Pt 1):981;
[3] BMJ. 2014, 348:g2301;
[4] Hypertension. 2018, 71(6):e13;
[5] BMJ. 2016, 353:i1753; ;
[6] Hypertension 2018, 72(1):24;
[7] Lancet. 2002, 359(9321):1877;
[8] J Obstet Gynaecol Can. 2002, 24(12):941;
[9] Cochrane Database Syst Rev. 2014, (2):CD002252;
[10] N Engl J Med. 2015, 372(5):407;
[11] Am J Obstet Gynecol. 2009, 201(2):180.e1;
[12] Obstet Gynecol. 2016, 128(3):e43
[13] Pré eclâmpsia- Protocolo 2025. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2025.

Código Documento: CPTW52.5	Elaborador: Romulo Negrini Adolfo Liao Mariana Granado	Revisor: Letícia Calazans Queiroz Cardone Fernanda Faig Fernando Ramos de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 27/07/2021 Data da Revisão: 01/01/2026	Data de Aprovação: 07/07/2026
--------------------------------------	--	---	---	---	---