

PROTOCOLO

HUAB/UFRN/EBSERH

Protocolo de Síndromes Hipertensivas na Gestação e Puerpério

Versão: 1º | 2025

1 OBJETIVO

Estabelecer procedimento para orientar e uniformizar condutas para melhorar o diagnóstico e tratamento das síndromes hipertensivas no curso da gestação e puerpério, de forma assertiva e oportuna, diminuindo a morbimortalidade materna, fetal e neonatal por esta patologia.

2 DESCRIÇÃO

2.1 Hipertensão arterial - Presença de pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg em ao menos 2 medidas, com intervalo de 4 horas e menor que 07 dias.

2.2 Proteinúria – Pode ser considerada por três metodologias: perda de 300 mg ou mais em urina de 24 horas; relação proteína/creatinina urinária maior ou igual que 0,3 (unidades devem estar em mg/Dl), e por fim, em vista da maior agilidade para o diagnóstico, pode ser considerada proteinúria com pelo menos 2+ (cruzes) em fita urinária reagente. Obs: A intensidade de proteinúria não deve mais ser associada ao prognóstico materno ou pautar decisões isoladamente.

3 CLASSIFICAÇÃO DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GRAVIDEZ-PUERPÉRIO

Aferição da Pressão Arterial em Gestantes

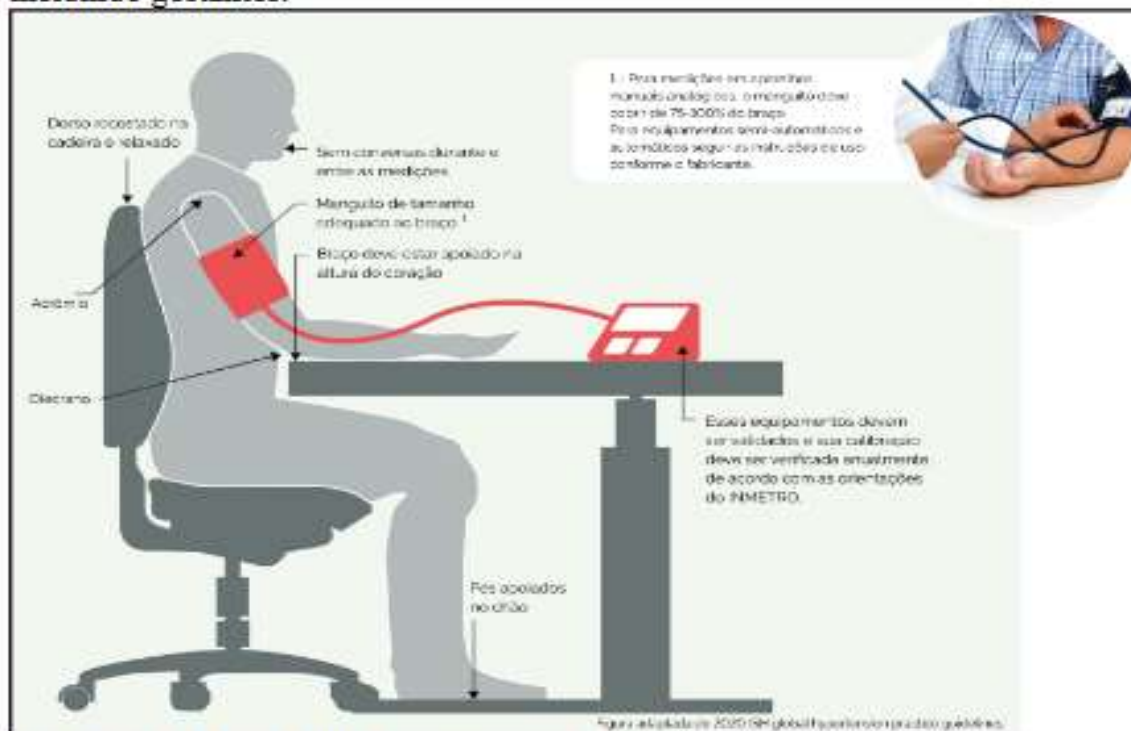
Considera-se hipertensão arterial valores de pressão arterial (PA) \geq 140/90 mmHg, obtidos após repouso, com a paciente sentada, pés apoiados no chão e utilizando manguito de tamanho adequado ao braço. A pressão arterial sistólica (PAS) corresponde ao primeiro som de Korotkoff, e a diastólica (PAD) ao quinto som, caracterizado pelo desaparecimento da bulha cardíaca. Quando esta persiste até o final da desinsuflação, deve-se considerar PAD o abafamento da bulha.

Na ausência de manguito apropriado, recomenda-se aplicar tabela de correção da PA de acordo com a circunferência braquial, medida na metade do braço. Durante a aferição, é fundamental que a paciente não cruze as pernas e não converse, pois tais fatores podem elevar a PA em até 8 mmHg. O braço deve estar apoiado na altura do coração, e as costas apoiadas na cadeira.

Em gestantes, o uso da posição sentada é imprescindível, visto que aferições em decúbito lateral esquerdo (DLE) podem subestimar os níveis pressóricos. Evidências recentes indicam que as leituras de PA são mais baixas em DLE, intermediárias em posição supina ou semi-Fowler, e mais fidedignas na posição sentada (RBEHG, 2025).

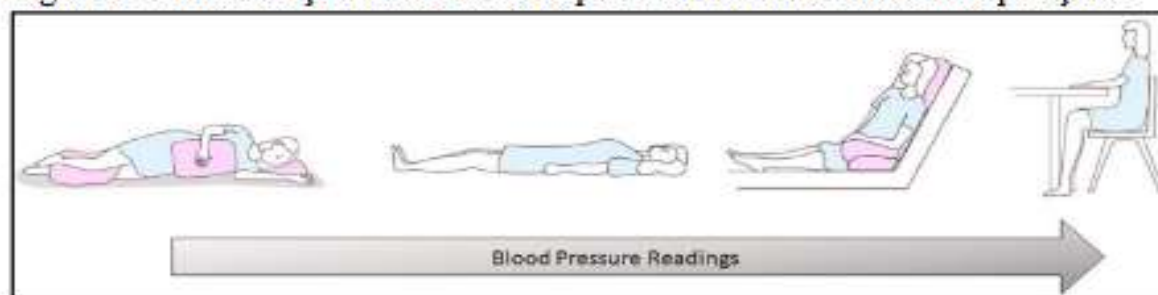
Embora as diretrizes de 2018 definam hipertensão arterial crônica como PAS \geq 130 mmHg e PAD \geq 80 mmHg, esse critério não se aplica ao período gestacional. Durante a gravidez, considera-se hipertensão quando há duas aferições \geq 140/90 mmHg, com intervalo mínimo de 4 horas entre as medidas (RBEHG, 2025).

Figura 1: Forma adequada de aferição da pressão arterial em todos os pacientes, incluindo gestantes.



Fonte: Adaptado de *ISH Global Hypertension Practice Guidelines*.⁴⁴

Figura 2: Demonstração do aumento de pressão arterial em diferentes posições.



Fonte: Extraído sem modificações: Myers MC, et al. 2022.⁴⁵

3.1 Hipertensão arterial crônica – Presença de hipertensão prévia relatada antes da gestação ou antes de 20 semanas.

3.2 Hipertensão gestacional – Hipertensão sem proteinúria, após 20 semanas de gravidez, em gestantes previamente normotensas, porém sem proteinúria ou manifestação de outros sinais/sintomas relacionados à pré-eclâmpsia (PE) cujos níveis tensionais retornam ao normal até 12 semanas após o parto;

3.3 Pré-eclâmpsia: Identificação de hipertensão arterial, em gestante previamente normotensa, a partir da 20ª semana de gestação, associada à proteinúria significativa. Na ausência de proteinúria, também se considera pré-eclâmpsia quando a hipertensão arterial for acompanhada de comprometimento sistêmico ou disfunção de órgãos –alvo (trombocitopenia, disfunção hepática, insuficiência renal, edema pulmonar, iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia) ou sinais de comprometimento placentário (restrição de crescimento fetal e/ou alterações dopplervelocimétricas em ultrassonografia).

3.3.1 Pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade – Hipertensão com proteinúria após 20 semanas de gestação e ausência dos critérios de gravidade para pré-eclâmpsia (PE);

3.3.2 Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade – Hipertensão com níveis tensionais $\geq 160 \times 110$ mmHg após 20 semanas, com proteinúria e/ou com a presença de algum critério de gravidade;

3.3.3 Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica – Aparecimento da PE em gestante hipertensa crônica.

3.4 Síndrome HELLP – Forma grave de PE caracterizada por hemólise, comprometimento hepático e consumo de plaquetas, sendo assim definidas:

- Esfregaço periférico anormal (esquistocitose, anisocitose, equinocitose);
- Bilirrubina total $> 1,2\text{mg}\%$;
- LDH > 600 U/l;
- AST e/ou ALT > 70 U/l;
- LDH > 600 U/l;
- Plaquetopenia ($<100.000/\text{mm}^3$).

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA PRÉ ECLÂMPSIA	
NÍVEIS PRESSÓRICOS	Sem sinais de gravidade PA ≥ 140x90 mmHg em duas ocasiões com intervalo de 4h.
	Com sinais de gravidade PA ≥ 160x110 mmHg em duas ocasiões com intervalo de 30 minuto.
PROTEINÚRIA	≥300mg/dl em 24h de coleta (> 2g/dl – critério de gravidade).
	Relação proteína/creatinina ≥ 0,3mg/dl (em gestações múltiplas: 0,4mg/dl).
	Teste em fita 1+ em duas ocasiões (com intervalo de 4h-6h) ou 2+ ou mais em qualquer amostra isolada (qualitativo) OBS: 3 + ou mais é critério de gravidade.
NA AUSÊNCIA DE PROTEINÚRIA E NA PRESENÇA DE QUALQUER UM DOS SEGUINTE CRITÉRIOS DE GRAVIDADE	
Trombocitopenia	≤ 100.000/mm ³ .
Insuficiência renal	Creatinina ≥ 1,1 mg/dl na ausência de nefropatia; Oligúria (volume urinário < 400 ml/24h).
Disfunção hepática	Elevação das transaminases mais que 2 vezes o valor normal >70.
Dor epigástrica ou QSD	Não responsiva à medicação e sem outro diagnóstico.
Alterações cerebrais e visuais	Cefaleia, torpor, obnubilação, turvação visual, escotomas, amaurose, diplopia, hiperreflexia.
Edema pulmonar	
	CIUR assimétrico; Doppler umbilical alterado,

Disfunção útero-placentária	principalmente se presente também Doppler alterado nas duas artérias uterinas maternas.
-----------------------------	---

Tabela 1

3.5 Eclâmpsia – Convulsões tônico-clônicas generalizadas com duração de 60-70s e/ou coma, podendo ser precedida de sintomas premonitórios como cefaleia, alterações visuais, epigastralgia e hiperreflexia (excluídas outras causas como epilepsia) e ocorrer no período pré-parto, intraparto ou pós-parto.

4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Gestantes e puérperas atendidas no Hospital Universitário Ana Bezerra com quadro clínico de síndrome hipertensiva.

5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes fora do ciclo gravídico puerperal

TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPEUTICO

6.1 Profilaxia

São considerados efetivos e recomendáveis, na prática clínica, apenas o uso de cálcio (dois comprimidos de carbonato de cálcio 1.250 mg, equivalente a 1000mg de cálcio elementar ao dia) conforme recomendação da nota técnica 251/2024 do MS para todas as gestantes a partir da 12ª semana de gestação até o parto. E o uso de pequenas doses diárias (50-150 mg) de aspirina, para as gestantes de risco citadas a seguir. Essas pacientes devem iniciar AAS 150 mg/dia, à noite, a partir de 12 semanas (iniciar no máximo até 16 semanas), mantendo-o até 36 semanas.

Gestantes portadoras de quaisquer das condições a seguir apresentam alto risco de desenvolver pré-eclâmpsia:

- Hipertensão arterial crônica;
- História de pré-eclâmpsia em gestação anterior.
- Diabetes tipo 1 ou tipo 2;
- Doença renal crônica;

- Doenças autoimunes, tais com: Lúpus Eritematoso Sistêmico ou Síndrome do Anticorpo Antifosfolípideo.
- Gestação múltipla.
- Gestação decorrente de reprodução assistida (FIV).

6.2 Orientações

6.2.1 Hipertensão gestacional e pré - eclâmpsia sem sinais de gravidade:

Tratamento ambulatorial com consultas semanais: avaliar sintomatologia.

- Dieta normossódica e hiperprotéica.
- Não prescrever diuréticos.
- *Anti-hipertensivos nos picos pressóricos - não permitir queda acentuada da PA evitando- se que a pressão diastólica atinja valores abaixo de 90 mmHg.
- Avaliação da vitalidade fetal: avaliar crescimento fetal e volume do líquido amniótico, mobilograma, cardiotocografia semanal, dopplerfluxometria quinzenal (artéria uterina, umbilical e cerebral média) a partir de 28 semanas.
- Avaliação laboratorial quinzenal: relação proteína/creatinina urinárias, hematócrito, hemoglobina, contagem de plaquetas, creatinina, TGO e LDH.
- Interromper a gestação apenas se ocorrer comprometimento da vitalidade fetal e/ou materna ou quando atingir IG de 39 semanas e 6 dias para HAG e 37 semanas para PE sem sinais de gravidade conforme MS (vale ressaltar a presença de vários protocolos com diferentes idades gestacionais para interrupção).
- Magnesioterapia **não** está indicado.

6.2.1.1 IG > 37 semanas:

- Interrupção da gestação - Via de parto obstétrica;
- Durante o parto natural, a vitalidade fetal deve ser avaliada por meio de cardiotococografia e os dados vitais maternos deverão ser monitorizados. Devido ao risco de parto cirúrgico, estas pacientes deverão permanecer em dieta zero com utilização de venóclise com solução de glicose a 5%.

6.2.1.2 IG < 37 semanas:

- Internamento por ao menos 24h após o diagnóstico;
- A condução ambulatorial deve ser tentada após confirmação de normalidade dos critérios de gravidade da doença;
- Pré-natal: realizar consultas semanais, aferição de TA ao menos 2x/semana (preferencialmente diária), obtenção de laboratório semanalmente (Hemograma, TGO,TGP, LDH, Bilirrubinas, Creatinina e Ácido Úrico). Mobilograma diário, cardiocografia 2x/semana a partir de 28 semanas, PBF semanal e USG a cada 2 semanas (preferencialmente com doppler);
- Orientação à paciente sobre os sinais e sintomas de gravidade;
- Reinternar a paciente diante de agravamento da doença.

6.2.2 Hipertensão crônica:

- Diagnóstico diferencial de pré-eclâmpsia, avaliar HAS secundária e investigar lesão de órgão alvo: ECG, ecocardiograma, perfil lipídico, fundoscopia, doppler de artérias renais e uterinas.
- Monitorar PA domiciliar;
- Perda de peso e diminuição de sódio não é recomendado;
- Exercício físico moderado;
- Anti-hipertensivos: se PAS estiver ≥ 150 mmHg e a PAD em 90-100 mmHg, sendo sua escolha individualizada: Metildopa 250mg, 3 vezes ao dia, máximo de 2g/dia; Nifedipina de liberação rápida 10-20mg VO, 2-3 vezes ao dia , máximo de 60mg/dia;

Observação: Se pressão não for controlada após as doses máximas das medicações acima, encaminhar ao cardiologista. Evitar Atenolol (CIUR), Tiazidicos ou Inibidores da ECA.

- PA alvo: PAS 130-150 mmHg e PAD 90-105 mmHg;
- Rastreio de RCIU;
- Consultas frequentes, proteinúria semanal se >32semanas;

- Avaliação fetal: USG doppler a partir de 28 semanas com periodicidade individualizada de acordo com a evolução clínica, orientar mobilograma e sinais de DPP;
- Parto: 38 - 39 semanas se sem complicações materno-fetais e bom controle pressórico.

6.2.3 PE sobreposta: fazer corticoide até 34 semanas, resolução com 34 semanas na presença de critérios de gravidade, resolução com 37 semanas na ausência de complicações.

Observação: Em casos de HAC com proteinúria por nefropatia prévia, o diagnóstico de PE superajuntada é feito baseado nos sintomas clínicos, aumento rápido dos níveis pressóricos, elevação das transaminases ou diminuição da contagem de plaquetas. Avaliar alterações no fluxo placentário e crescimento fetal.

* Não adiar o parto se: PA não controlada, eclâmpsia, CIVD, DPP ou EAP.

6.2.4 Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade:

- Internação da paciente e estabilização do quadro clínico;
- Controle rígido da pressão arterial (PA) e dos sintomas;
- Monitorização multiparamétrica;
- Profilaxia da convulsão -> Magnesioterapia ($MgSO_4$), conforme item 6.4.
- Cateterismo venoso e vesical;
- O2 acessos venosos calibrosos;
- Avaliação da vitalidade fetal: USG obstétrica com Doppler;
- Corticóide até 34 semanas;
- Restringir fluidos mesmo na presença de oligúria: evitar EAP (máx. 80ml/h).

6.3 Controle dos picos pressóricos (pré-parto e puerpério imediato)-> Ataque (manter PAS < 150 e PAD entre 80 e 100MMHG):

- **Droga de 1ª escolha:**

- Hidralazina: 5 mg EV (até 20mg), em bolus, lentamente, durante um a dois minutos, repetida a cada 20 minutos (diluir 1ml da solução (20mg) em 03 de água destilada

(solução 1:19- 5mg/ml) e administrar 5 ml IV). Fazer no máximo 04 doses (20 mg);

*A queda na pressão sanguínea começa dentro de 10 a 30 minutos e dura de duas a quatro horas. Persistindo os picos após 20 minutos da quarta dose de hidralazina, administrar droga de segunda escolha.

- **Droga de 2ª escolha:**

- Nifedipina: 10mg, 1 comprimido VO, a cada 20min, se, PAS \geq 160mmHg e/ou PAD \geq 110mmHg. Fazer no máximo 3 doses.

- * Não há contraindicação, se a paciente estiver em jejum, ingerir o comprimido com um pouco de água.

- * Em caso de pacientes torporosas, ou apresentando vômitos, fazer Hidralazina para controle dos picos.

- **DROGA DE 3ª ESCOLHA, A SER ADMINISTRADA NA COM SUPERVISÃO DIRETA DA EQUIPE MÉDICA, UMA VEZ QUE NÃO DISPOMOS DE UTI OBSTÉTRICA NA UNIDADE:**

- Nitropussiato de sódio ampola 50mg/2ml: 0,5 mcg/kg/min a 10 mcg/kg/min, infusão intravenosa contínua, diluir 1 ampola em 248ml de SG 5% (concentração 200mcg/ml), com monitorização contínua da paciente.

- * Providenciar encaminhar para unidade com UTI Obstétrica com brevidade.

6.3.1 Manutenção em pacientes com menos de 34 semanas (caso a PA diastólica se estabilize em valores < 100mmHg):

- Iniciar após 24h de observação dos níveis pressóricos;
- Metildopa: 250 mg VO de 8/8 horas (dose máxima de 2g/dia);
- Nifedipina ação rápida: 10-20mg VO a cada 2/3 vezes ao dia (máximo de 60mg/dia).

6.4 Profilaxia da convulsão-> Magnesioterapia (MgSO₄)

O sulfato de magnésio é a principal medicação tanto para a prevenção quanto para o tratamento da eclâmpsia. Sabe-se que a manifestação da eclâmpsia pode ocorrer mesmo em pacientes assintomáticas, sendo a crise hipertensiva uma excelente janela de oportunidade para se

fazer a prevenção. Gestantes com crise hipertensiva, **mesmo que assintomáticas**, que recebem MgSO₄, apresentam redução significativa na incidência de eclâmpsia. Desta forma, no intuito de garantir a eficácia do tratamento e prevenir desfechos adversos incluindo a eclâmpsia, gestantes em cenários confirmados ou suspeitos de pré-eclâmpsia, que se apresentam com crise hipertensiva, mesmo que assintomáticas, devem receber MgSO₄. Este, além de agir como anticonvulsivante, reduz a pressão intracerebral e mantém o fluxo sanguíneo, possibilitando a redução ou prevenção da encefalopatia hipertensiva e o barotrauma na microcirculação cerebral.

A utilização de MgSO₄ é altamente recomendada para casos de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, como iminência de eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP (15% dessas pacientes evoluem com eclâmpsia) e pré-eclâmpsia com deterioração clínica e/ou laboratorial, incluindo a crise hipertensiva de difícil controle.

6.4.1 Preparo da solução:

- **Dose de ataque** = MgSO₄ a 50%, 4g, IV em 20 min (solução de 08 ml do MgSO₄ a 50% + 92 ml de SG a 5%, em bomba de infusão, 300 ml/h). Iniciar antes da sondagem vesical.
- **Dose de manutenção** = 1g/h para manutenção (solução de 01 ampola de MgSO₄ a 50% + 450ml de SG a 5%, em bomba de infusão, 100 ml/h, 5 etapas).
- * Em pacientes diabéticas utilizar SF 0,9% para diluição.

6.4.2 Monitorar:

- Verificar PA, FR, reflexos patelar materno, e frequência cardíaca fetal (se gestante) a cada 20/20 minutos durante a primeira hora após inicio da dose de manutenção por 1 hora, depois avaliar a cada hora por 24h, Instalar monitor multiparamétrico na paciente;
- Frequência respiratória < 16 irpm: suspender sulfato e oferecer suporte com oxigênio (O₂). Na persistência dos sintomas, fazer o antídoto.
- Reflexo patelar: se ausente, suspender magnesioterapia. Reflexos profundos devem estar presentes;
- Controle de diurese por sondagem vesical permanente para medição de débito urinário (DU), manter DU ≥25 ml/h, se alteração reduzir a dose na ausência de outros sintomas (realizar SVD conforme protocolo institucional);

- Monitorar frequência respiratória. Manter a medicação por 24 horas após o parto ou após a última convulsão;
- Avaliar vitalidade fetal com Cardiotocografia ou ultrassonografia em até 30 minutos da dose de ataque;
- Ofertar suporte ventilatório em caso de intoxicação-> O2 5l/min por máscara;
- Avaliar estes parâmetros a cada 1h; Caso necessário, proceder à hidratação, utilizando Ringer lactato em 2º cateter periférico, não ultrapassando a vazão de 120 ml/h. Para pacientes que ainda aguardando transferência para unidade com UTI obstétrica, efetuar reposição volêmica guiada por parâmetros hemodinâmicos (Lactato, BE, diurese, balanço hídrico) com supervisão direta da equipe médica;
- Não devem ser utilizadas outras drogas para prevenção de eclâmpsia;
- Pode ser utilizado durante o trabalho de parto, parto e puerpério, devendo ser mantido por 24 horas após o parto ou após a última crise convulsiva. Quando iniciado no puerpério, deve ser mantido por 24 horas após a primeira dose.
- A Magnesioterapia deve ser reintroduzida em situações de agravamento do quadro ou antes da realização do parto;
- Pacientes em uso de MgSO4 que convulsionam devem receber dose adicional de 2g de MgSO4 IV em bolus e utiliza-se como manutenção a dose de 2 gramas/hora. Em caso de persistência de convulsões após aplicação, proceder à Hidantolização da paciente com Fenitoína (dose – 15 mg/kg de ataque e 100 mg de 8/8h para manutenção);
- Para pacientes com convulsões reentrantes indicar realização de TC de crânio.

6.4.5 Antídoto do Sulfato de Magnésio em caso de suspeita de toxicidade pelo MgSO4:

Gluconato de Cálcio 10%: 1g (10ml) EV, em 10 minutos. Se sinais de intoxicação pelo sulfato de magnésio (FR < 16 irpm ou parada cardiorrespiratória ou reflexos abolidos ou oligúria), administrar 10 ml de gluconato de Ca a 10% 1g, diluído em 10ml de AD, IV, lentamente em 2 min. **O kit com ampola, seringa e agulha deverá estar acessível na cabeceira do leito da paciente;**

Contra indicações do sulfato de magnésio

- Em caso de sinais de intoxicação por magnésio, onde haja abolição dos reflexos patelares, bradpneia ($FR \leq 16$ irpm), oligúria (diurese ≤ 25 ml/h), recomenda-se a redução ou parada da infusão intravenosa ou não realização da dose intramuscular;
- Em pacientes com insuficiência renal (creatina $\geq 1,2$ mg/dL), a dose de manutenção deve ser metade da dose recomendada. Deve-se interromper a infusão apenas se a diurese for inferior a 25 ml/h.

Conduas

> IG < 24 semanas

- Recomenda-se a interrupção da gestação, uma vez que a viabilidade neonatal é baixa e cercada de diversas complicações e sequelas, evidentemente, tal decisão deve ser compartilhada com o casal e seus familiares.

> Se IG 24 a 34 semanas

- Internamento obrigatório;
- Magnesioterapia por 24h;
- Se o parto não ocorrer nas primeiras 24h, interromper o uso do magnésio e reintroduzi-lo se novo agravamento do quadro ou no momento da interrupção. Manter o magnésio por 24h após parto ou último evento convulsivo;
- Corticoterapia de acordo com protocolo, não ultrapassando 48h;

> Corticoterapia:

- 1ª opção = Betametasona, 12 mg/dia, IM,24/24h, por 48h;
- 2ª opção = Dexametasona, 06 mg, de 12/12h, IM, total de 4 doses, por 48h.
- Anti-hipertensivos se TAD ≥ 110 mmHg ou TAS ≥ 160 mmHg, devendo-se atingir a meta de controle (TAD entre 90-100 mmHg) em até 2h;
- A paciente deve ser orientada quanto aos sinais e sintomas de gravidade;

- Aferição diária da TA, contínua na fase aguda (pronto atendimento, pré-parto e Centro Cirúrgico) e de 6/6h na fase de manutenção (enfermaria);
- Exames laboratoriais para investigar gravidade da doença a cada 48h na fase de manutenção, podendo ser encurtado este período a depender da gravidade do caso;
- Vigilância da vitalidade: Mobilograma diário, cardiotocografia diária após 28 semanas, biometria a cada 15 dias, PBF 2 vezes por semana (com intervalos até 72h) e doppler semanal. Se < 28 semanas, PBF a cada 72h e Doppler semanal, com biometria quinzenal. Antecipar o USG com Doppler se instabilidade hemodinâmica materna;
- Interrupção deverá ser proposta se ocorrer piora da vitalidade fetal, amadurecimento fetal presumido ou comprovado, difícil controle dos níveis tensionais, agravamento pronunciado da avaliação laboratorial ou eclâmpsia.

➤ **Se IG > 34 semanas:**

- Interrupção da gestação;
- Introduzir imediatamente Magnesioterapia, idealmente ao menos 01h antes do parto, mantendo por 24h pós-parto;
- A via de parto é obstétrica, dependente das condições materno-fetais, sendo obrigatória a avaliação prévia da vitalidade se o parto vaginal for a escolha; Se for feita a proposta de indução do parto, o parto deverá ocorrer em < 24h de indução;
- Exames recentes sobre a gravidade da doença e da vitalidade fetal devem ser solicitados imediatamente antes da interrupção; Se optado pelo parto natural, a vitalidade fetal intraparto deverá ser avaliada por meio de cardiotocografia e os dados vitais maternos deverão ser monitorizados. Devido ao risco de parto cirúrgico, estas pacientes deverão permanecer em dieta zero com utilização de venoclise com solução de glicose a 5%.

6.5 Síndrome HELLP

Pode se desenvolver no pré-parto ou pós-parto, geralmente variando de algumas horas até 7 dias de pós-parto (média de 48 horas).

6.5.1 Avaliação laboratorial: Relação proteína/creatinina urinárias, hematócrito,

hemoglobina, contagem de plaquetas, creatinina, TGO, LDH, TAP, TPTA e Fibrinogênio.

6.5.2 Classificação: Martin e cols. em 1990 propuseram uma classificação da síndrome HELLP baseados nos níveis de plaquetas:

- Tipo III: 150 – 100.000/mm³;
- Tipo II: 100 – 50.000/mm³;
- Tipo I: < 50.000/mm³.

6.5.3 Quadro clínico: variável, podendo a paciente apresentar-se apenas com sintomas inespecíficos:

- Dor epigástrica/quadrante superior direito (90% das pacientes);
- Náuseas/vômitos (50%);
- Hematúria/hemorragia gastrointestinal (Ultrassonografia para investigar hematoma subcapsular hepático);
- Edema/ganho ponderal;

* Importante lembrar que hipertensão e proteinúria podem estar ausentes ou serem apenas ligeiramente anormais;

* Algumas pacientes podem apresentar vários sinais e sintomas, nenhum dos quais é diagnóstico de pré-eclâmpsia. Portanto, recomenda-se avaliação laboratorial para todas as gestantes com alguns destes sintomas, independente dos níveis pressóricos.

6.5.4 Diagnóstico diferencial: Esteatose hepática aguda, Hepatite viral, Púrpura trombocitopênica trombótica, Síndrome hemolítico-urêmica, LES.

6.5.5 Conduta anteparto-> Síndrome HELLP completa:

- Estabilização do quadro clínico;
- Tratamento dos picos hipertensivos – semelhante a pré-eclâmpsia com sinais de gravidade;
- Profilaxia anticonvulsivante (magnesioterapia) – semelhante a pré-eclâmpsia com sinais de gravidade;
- Correção dos distúrbios da coagulação, se presentes;

- Corrigir o TAP e o TPTA se prolongados com 10mL/Kg de Plasma Fresco Congelado (PFC). Manter o fibrinogênio plasmático > 100 mg% com transfusão de crioprecipitados 10UI;
- Transfundir concentrado de plaquetas quando sua contagem for < 20.000 mm³, 20-49.000/mm³ prévio a cesárea e ≥ 50.000/mm³ se sangramento ativo excessivo.
- Como na eclâmpsia, independentemente da idade gestacional, a conduta é resolutiva. Não há na síndrome HELLP indicação de interrupção imediata. Deve-se antes, estabilizar o quadro toxêmico e realizar hemotransfusão caso haja indicação. A avaliação laboratorial ocorrerá a cada 6 a 12 horas, dependendo da gravidade, para avaliar manutenção ou resolução do quadro;
- Realizar ultrassonografia com doppler de artéria umbilical + cardiotocografia durante admissão e repetir com período não superior a 24h. A Ultrassonografia de abdomen superior deverá ser solicitado em todos os casos;
- Manter plaquetas acima de 50.000mm³ para cesária e 20.000 mm³ para parto normal;
- Para resgatar plaquetopenia inicia-se dexametasona antes da cesária quando as plaquetas estiver <50.000mm³ para otimizar o uso de anestesia condutiva;
- Controlar infusão de líquido venoso 30 ml/h- garantir a perfusão renal vista risco de insuficiência renal;
- Se estabilidade materno-fetal e < 34s aguardar 24-48 horas, dependendo da condição da mãe e do concepto, para realização de corticoterapia para amadurecimento fetal.
- Via de Parto: Indicação Obstétrica;
- Dar preferência a via vaginal. Não há contra-indicação para indução do parto;
- O Misoprostol pode ser utilizado, conforme protocolo de indução;
- Parto Cesário é indicado quando houver hematoma hepático;
- Cesariana sob anestesia geral se plaquetas < 75.000. Cesariana em caso de CIUR.
- Com alteração do doppler de artéria umbilical ou para toda gestante que não esteja em trabalho de parto, com índice de Bishop < 5 e idade gestacional < 30 semanas, considerar parto vaginal se houver condição de indução do parto e feto com boa viabilidade

especialmente após 32 semanas – evitar bloqueio de pudendo pelo risco de hematomas.

- Anestesia: bloqueio peridural ou raquidiana se plaquetas > 50.000/mm³.

6.5.6 Pós-Parto:

- Anormalidades laboratoriais melhoram com 4 dias pós-parto;
- Estabilização do quadro clínico;
- Tratamento de suporte da coagulopatia
- Tratamento da síndrome hipertensiva
- Corticóide – os estudos mais recentes não encontraram diferença nos resultados maternos quando as plaquetas se encontravam acima de 50.000/mm³
- Amamentação: não há contra-indicação
- Planejamento familiar

6.5.6.1 Hematoma hepático (Se o diagnóstico pré-parto deixar equipe de Cirurgia Geral de prontidão antes da abordagem):

- Se estável, conduta expectante, repetindo USG e hemograma;
- Se instável, com aumento do hematoma, queda de Hb ou plaquetas – avaliar embolização;
- Se sinais de ruptura – cirurgia.
- Eclâmpsia
- O aspecto mais urgente do tratamento não é o de parar de imediato a convulsão, mas o de garantir a oxigenação material e minimizar o risco de aspiração;
- Passos no manejo da convulsão eclâmpsia:
- Internação da paciente com assistência intensiva
- Garantir permeabilidade das vias aéreas; aspiração de secreções; Oxigênio sob cateter nasal (5L/min)
- Cateterismo venoso e vesical com controle horário da diurese.

- Contenção da paciente no leito e proteção da língua durante a convulsão (cânula de Guedel)
- Avaliação laboratorial: De urgência - hemoglobina, hematócrito, contagem de plaquetas, relação proteína/creatinina urinárias, TGO, Creatinina, LDH.
- Hidralazina venosa e Sulfato de Magnésio conforme rotina da Pré-Eclampsia com critério de gravidade.
- Não há necessidade de tentar reduzir ou abolir rapidamente a convulsão eclâmpica com benzodiazepínicos, pois além da convulsão ser autolimitada, perdemos o controle clínico após o uso desta medicação, no que concerne ao grau de consciência da paciente, como também aumentamos o risco de depressão respiratória materna e fetal e de parada respiratória materna

6.6.1 Episódio convulsivo após Sulfato de Magnésio após repetição de convulsão:

- Repetir dose de ataque e aumentar dose de manutenção.
- Se houver manutenção do quadro, apesar das medidas anteriores, inicia-se Fenitoína conforme esquema: o 50-70kg – 1g (04 ampolas) – 750mg (3 ampolas) em 100 ml SF 0,9%, em 30 min. 250mg em SF 0,9%, nas próximas 2h. o < 50kg – 750mg (03 ampolas) – 500mg (02 ampolas) em 100 ml de SF 0,9%, EV, em 30 min. 250mg (01 ampola) em SF 0,9%, nas próximas 2h. o >70kg – 1,5g – 1g (04 ampolas) em 100 ml SF 0,9%, EV, em 30 min. e 500mg (02 ampolas) em SF 0,9%, nas próximas 2h.
- A Fenitoína não pode ser diluída em solução glicosada, pois precipita;
- Se quadro convulsivo se mantiver apesar da fenitoína, deve ser encaminhada para anestesia geral em Centro Cirúrgico pós-parto enquanto aguarda transferência para unidade com UTI.
- Tratamento das complicações clínicas, como o Edema Agudo de Pulmão, se presente.
- Interromper a gestação 4/6 horas depois de estabilizado o quadro clínico, em qualquer idade gestacional.
- Manter o tratamento até 48 a 72 horas após o parto.

6.6.2 Conduta Pós Parto

Magnesioterapia 24h pós-parto, após a última convulsão ou se paciente se mantiver sintomática.

6.6.2.1 Tratamento da hipertensão pós-parto:

Iniciar hipotensor de manutenção se PA \geq 150 x 100 mmHg em 2 ocasiões com intervalo de 4-6h ou PAS \geq 160 ou PAD \geq 110 após 48h de pós-parto para evitar complicações maternas, conforme cada cenário clínico seguinte e obedecendo a ordem de introdução dos anti-hipertensivos descrita abaixo:

➤ Doses recomendadas:

- Hidroclorotiazida 25mg/d VO;
- Anlodipina 10mg/dia VO;
- Propranolol: iniciar 40mg VO 12/12h (máx: 120mg/dia);
- Losartana 50mg 12/12h VO;
- Hipertensa crônica – manter medicação que utilizava previamente à gestação.

➤ Tratamento dos picos hipertensivos pós-parto:

- 1ª Opção: Captopril 25mg VO, até 4 doses com intervalo de 30 minutos;
- 2ª Opção: Clonidina 0,1mg VO, até 4 doses com intervalo de 30 minutos;
- Evitar anti-inflamatórios (principalmente em hipertensão resistente, níveis elevados de creatinina e contagem de plaquetas baixa);
- Alta com 48h pós-parto se níveis pressóricos sem picos;
- Se evoluir com cefaleia ou alteração cerebral ou visual: ressulfatar;
- Evitar uso de bromoergocriptina;
- Não contraindicar amamentação;
- Revisão com 7-10 dias ou se houver sintomas;
- Planejamento familiar.

6.6 Profilaxia para TVP

- Indicada para pacientes que permanecem > 50% do período restrito ao leito, mesmo com plaquetopenia.
- Se plaquetas < 100.000 - fazer profilaxia com compressão pneumática;
- Se plaquetas \geq 100.000 - fazer HNF 5.000 UI de 12/12h;
- Evitar anticoagulantes naquelas pacientes com sinais de sangramento espontâneo.

6.7.1 Critérios de encaminhamento para unidade com UTI - Indicações baseadas no diagnóstico e no nível de dependência de suporte.

- **Cardiovasculares:** Emergências hipertensivas ou requerimento de rápido controle pressórico, arritmias complexas, edema agudo de pulmão, insuficiência coronariana aguda, instabilidade hemodinâmica requerendo drogas vasoativas, necessidade de expansão volêmica, distúrbio de perfusão tecidual, ressuscitação pós-reanimação, sangramento ativo (exteriorização ou redução rápida de Hb) requerendo intervenção.
- **Respiratório:** Insuficiência respiratória aguda ou pacientes com possibilidade de piora clínica requerendo intubação, necessidade de FiO₂ > 0.5 via máscara facial e requerimento de suporte ventilatório.
- **Neurológico:** Encefalopatia hipertensiva, coma, hemorragia intracraniana, crises convulsivas, AVC isquêmico, depressão do nível de consciência sem proteção de VASGCS < 10 com risco de piora ou requerimento de monitorização do nível de consciência.
- **Gastrointestinal/Hepático:** Insuficiência hepática aguda.
- **Hematológico:** Síndrome HELLP (Classe 1 e 2 de Mississipi).
- **Renal:** Insuficiência Renal Aguda com requerimento de intervenção (expansão volêmica ou diurético) e monitorização ou IRA com necessidade de terapia de substituição renal.
- **Metabólico / Eletrolítico:** Hipercalemia (K⁺ > 6,0 mEq/l), acidose metabólica (BE < -2), hiperlactatemia, (lactato > 2 mmol/l), hipermagnesemia (\geq 8).

6 ALTA HOSPITALAR

7.1 Critérios de alta hospitalar (TODOS os critérios abaixo):

- ≥ 72 h pós-parto;
- TAS ≤ 150 e TAD ≤ 100 mmHg;
- Plaquetas > 100.000 e em elevação;
- Função renal adequada (Cr $< 1,2$ e em melhora)
- TGO / TGP < 70 ;
- Bilirrubinas $< 1,2$ e LDH em queda;
- Repetir exames a cada 24h enquanto houver presença de alterações;
- Encaminhar para ambulatório de puerpério.

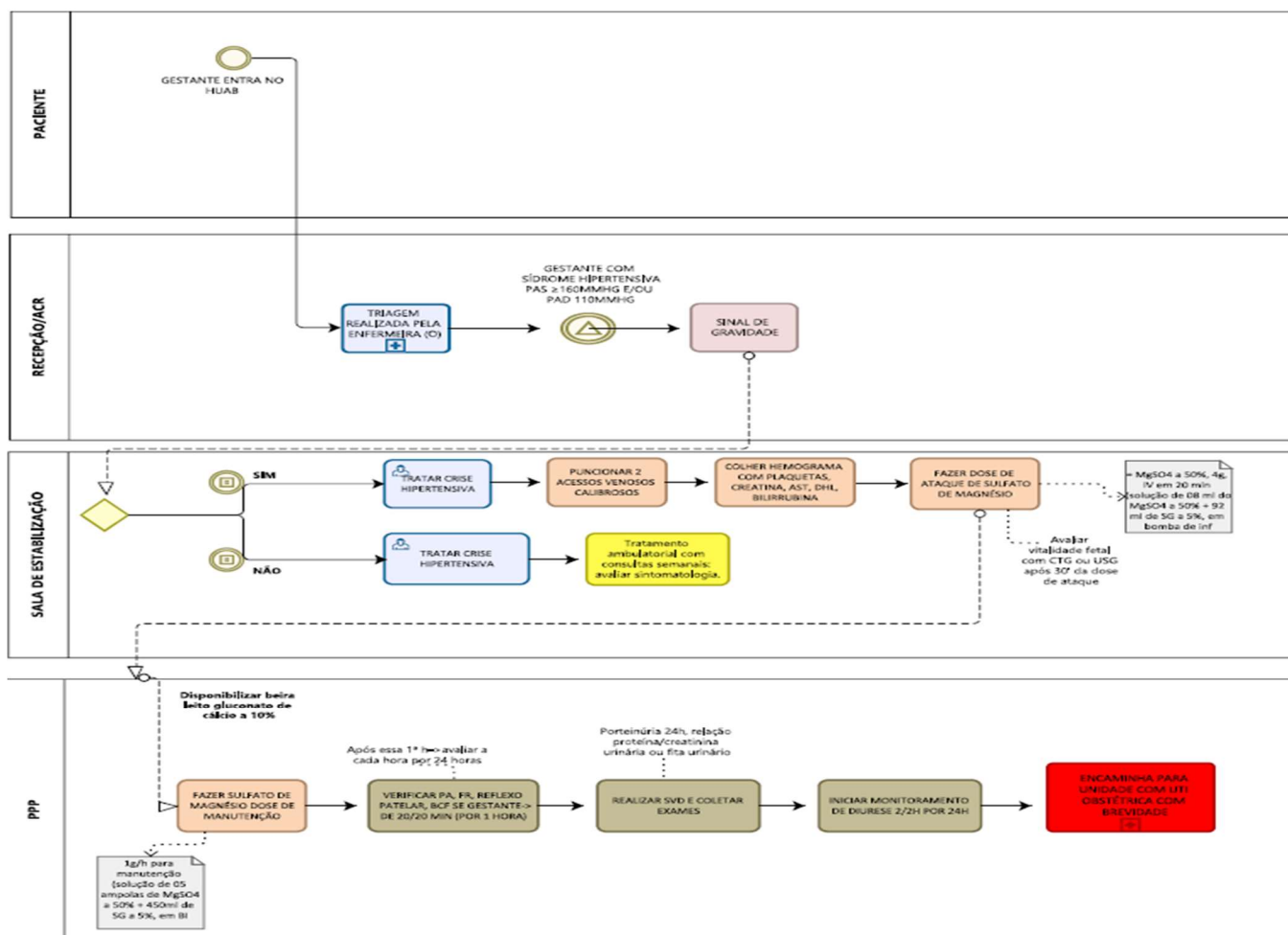
8 MONITORAMENTO E RESPONSABILIDADES

- Enfermeiro: executar a sistematização da assistência de enfermagem, prestando uma assistência integral e seguindo protocolo conforme suas competências;
- Técnico de enfermagem: administrar medicações prescritas seguindo protocolo;
- Médica(o) Obstetra: Assistir paciente integralmente, executando o protocolo clínico;
- Laboratório: Coleta e análise dos exames laboratoriais.

9 RECOMENDAÇÕES

- Seguir as orientações descritas no protocolo;
- Todas as pacientes que tiverem escore de alerta precoce > 1 com sinais clínicos que evidenciem ou suspeitem de síndrome hipertensiva, devem ter seus cuidados assistenciais escalonados conforme o escore de alerta precoce baseado nas recomendações descritas neste protocolo;
- Todas as pacientes com síndromes hipertensivas devem ter bundles de cuidados abertos em prontuário, devendo ser gerenciado o formulário a fim de identificar os cuidados e assistência prestada.

9.1 FLUXO DE PROCESSOS



10 CAIXA/KIT PARA URGÊNCIA HIPERTENSIVA

De acordo com a deliberação CIB nº 123, 28 de 9 de 2021 do Estado de São Paulo, para o atendimento das mulheres nas urgências hipertensivas é importante organizar os insumos/medicamentos em uma caixa, de modo a agilizar o atendimento.

Indicações do uso: iminência de eclâmpsia (escotomas ou epigastralgia ou cefaleia intensa); eclâmpsia manifesta; crise hipertensiva (PAS > 160 mmhg e/ou PAD > 110 mmhg); síndrome HELLP; pré-eclâmpsia com sinais de deterioração clínica e/ou laboratorial.

A seguir um modelo da caixa/kit sugerido na deliberação CIB nº 123:

CHECK LIST CAIXA/KIT URGÊNCIA HIPERTENSIVA

ITEM	QUANTIDADE
Checklist	1
Cateter sobre agulha para punção periférica tipo Abocath® tamanho 20G.	2
Cateter sobre agulha para punção periférica tipo Abocath® tamanho 18G	2
Cateter sobre agulha para punção periférica tipo Abocath® tamanho 16G	2
Torneirinha 3 vias	2
Extensor polifix multivias	1
Seringa descartável de 20 mL sem agulha	3
Seringa descartável de 10 mL sem agulha	5
Seringa descartável de 5 mL sem agulha	3
Agulha descartável 40x12	5
Agulha descartável 25x8	5
Tubo roxo	1
Tubo amarelo	2
Pote coletor estéril	1
Soro fisiológico 0,9% 10 mL	5
Água destilada 10 mL	5
Soro fisiológico 0,9% 500 mL	1
Equipo macrogotas para soro	1
Equipo para bomba de infusão	1
Kit hidralazina: Cloridrato de hidralazina 20 mg/mL Seringa 20 mL/Agulha de aspiração Soro fisiológico 10 mL (2 amp)	1 ampola 1/1 2
Sulfato de magnésio 50% = 4 ampolas.	4 ampolas
Kit gluconato de cálcio: Gluconato de cálcio 10 mL Seringa 10 mL/Agulha de aspiração	1 1/1
Kit sondagem vesical de demora: Sonda Foley nº14 Bolsa coletora de diurese Gaze estéril/seringa 10 mL/Água destilada 10 mL Clorexidine aquosa Luva estéril Kit cateterismo	1 1 1/1/1 1 1 CME
Luva de procedimento	8 pares
Máscara com reservatório e umidificador	1 kit

EXTRAÍDO DE: DELIBERAÇÃO CIB Nº 123, 28-09-2021 DA COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE. AUTORIZADA REPRODUÇÃO POR: CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE RIBEIRÃO PRETO-MATER. PROCEDIMENTO OPERACIONAL DA ENFERMAGEM GERAL (PO-TE ENF: 011): TÉCNICA DE CHECAGEM DOS KITS DE URGÊNCIA OBSTÉTRICA. RIBEIRÃO PRETO: SISTEMA QUALIS DE GESTÃO DA QUALIDADE/MÓDULO GESTÃO DE DOCUMENTOS; 2021.

11 REFERÊNCIAS

- AUGUST, P. Management of hypertension in pregnant and postpartum women. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/management-of-hypertension-in-pregnant-andpostpartumwomen?source=see_link§ionName=TREATMENT%20OF%20HYPERTENSION%20IN%20PREECLAMPSIA_anchor=H3#H3. Acesso em: 04/06/2021.
- EDITORIAL. The classification, diagnosis and management of hypertensive disorders of pregnancy: A revised statement from the ISSHP. *Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health* 4 (2014) 97-104.
- El-Sayed, Y.Y., Borders, A. E. Emergent Therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period. *American College of Obstetricians and Gynecologists - Practice Guideline*. Vol. 129, Nº4, Abril, 2017.
- FIGUEIREDO, E. T; AGUIAR FILHO, G.B. DE, PAIVA, J.P.; FEITOSA, F. E.L. Protocolo Clínico de Síndromes Hipertensivas na Gestação. MEAC/EBSERH/UFC. Disponível em <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/PRO.OBS.024+-+R6+S%C3%8DNDROME+HIPERTENSIVAS+NA+GESTA%C3%87%C3%83O.pdf/383e5ca6-8daa-4efd-b716-9aefa9aa1abf>> Acesso em 04/06/2021.
- HYPERTENSION IN PREGNANCY. *American College of Obstetricians and Gynecologists - Practice Guideline*, 2013.
- MAGEE, L.A, et al. The hypertensive disorders of pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 29 (2015) 643-657.
- MOL, B.W.J.; ROBERTS, C.T.; THANGARATINAM, L.A.M.; GROOT, C.J.M.; HOFMEYR, G.J. Pre-eclampsia. *Lancet*, v.387: 999-1011, Marc, 2016.
- SGOB. Manual da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília; <http://www.sgob.org.br/wp-content/uploads/2017/10/ManualSGOBdigital11102017.pdf> Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2017.
- STAFF, A.C, et al. Hypertensive disorders of pregnancy and eclampsia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 201 (2016) 171-178. 9. LEFEVRE, M.L.

Low- Dose Aspirin Use for Prevention of Morbidity and Mortality From Preeclampsia: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.*, v.161, n. 11, p. 819 – 827, 2014.

- PARO, Helena Borges Martins da Silva. Síndromes hipertensivas na gravidez: Protocolo Assistencial do Hospital de Clínicas de Uberlândia / Helena Borges Martins da Silva Paro, Renata Rodrigues Catani. Uberlândia: EDUFU, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

12 HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	25/04/2025	Versão inicial.

13 RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Adnaiane Santos Pimentel - UMUL/GAS Francisca das Chagas Soares Pereira - UMUL Gláucia Pinto Parente - STMIM/GAS Raphael Silva Nogueira Costa - UMUL	Data: 25/04/2025
Análise Fladjany Emanuely Faustino da Silva - UMUL/STMIM/DCDT/GAS James Alain Silva de Brito - DM/GAS Kátia Cristina Araújo Nascimento - UFRN	Data: 25/04/2025
Validação Wilton Nogueira de Abreu - STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento - STGQ/SUP	Data: 28/08/2025
Aprovação James Alain Silva de Brito - DMED/GAS	Data: 28/08/2025

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão

Processo nº 23527.006563/2025-34

Interessado: @interessados_virgula_espaco@

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento: Protocolo de Síndromes Hipertensivas na Gestação e Puerpério. PRT.DMED. 012 - versão 1 (52927121)

<p>Elaboração</p> <p>Adnaiane Santos Pimentel - UMUL/GAS Francisca das Chagas Soares Pereira - UMUL/STMIM Gláucia Pinto Parente – STMIM/GAS Raphael Silva Nogueira Costa - UMUL</p>	<p>Data: 25/04/2025</p>
<p>Análise</p> <p>Fladjany Emanuely Faustino da Silva - UMUL/STMIM/DCDT/GAS James Alain Silva de Brito - DMED/GAS Kátia Cristina Araújo Nascimento - GEP</p>	<p>Data: 25/04/2025</p>
<p>Validação</p> <p>Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento – STGQ/SUP</p>	<p>Data: 02/09/2025</p>
<p>Aprovação</p> <p>James Alain Silva de Brito - DMED/GAS</p>	<p>Data: 02/09/2025</p>

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br

Santa Cruz - RN, datado e assinado eletronicamente.



Documento assinado eletronicamente por **Francisca das Chagas Soares Pereira, Enfermeiro(a)**, em 03/09/2025, às 10:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **KATIA CRISTINA DE ARAUJO NASCIMENTO, Médico(a)**, em 03/09/2025, às 10:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fladjany Emanuely Faustino da Silva, Enfermeiro(a)**, em 03/09/2025, às 11:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adnaiane Santos Pimentel, Enfermeiro(a)**, em 03/09/2025, às 16:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **James Alain Silva de Brito, Chefe de Divisão**, em 12/09/2025, às 08:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Silva Nogueira Costa, Enfermeiro(a)**, em 25/09/2025, às 11:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gláucia Pinto Parente, Médico(a)**, em 14/10/2025, às 16:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Wilton Nogueira de Abreu, Técnico(a) em Enfermagem**, em 17/11/2025, às 13:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **52927232** e o código CRC **3D7C0FBD**.
