15 minutos

Pressão 140 × 90 na consulta de 32 semanas

Caso rápido · ambulatório de GO

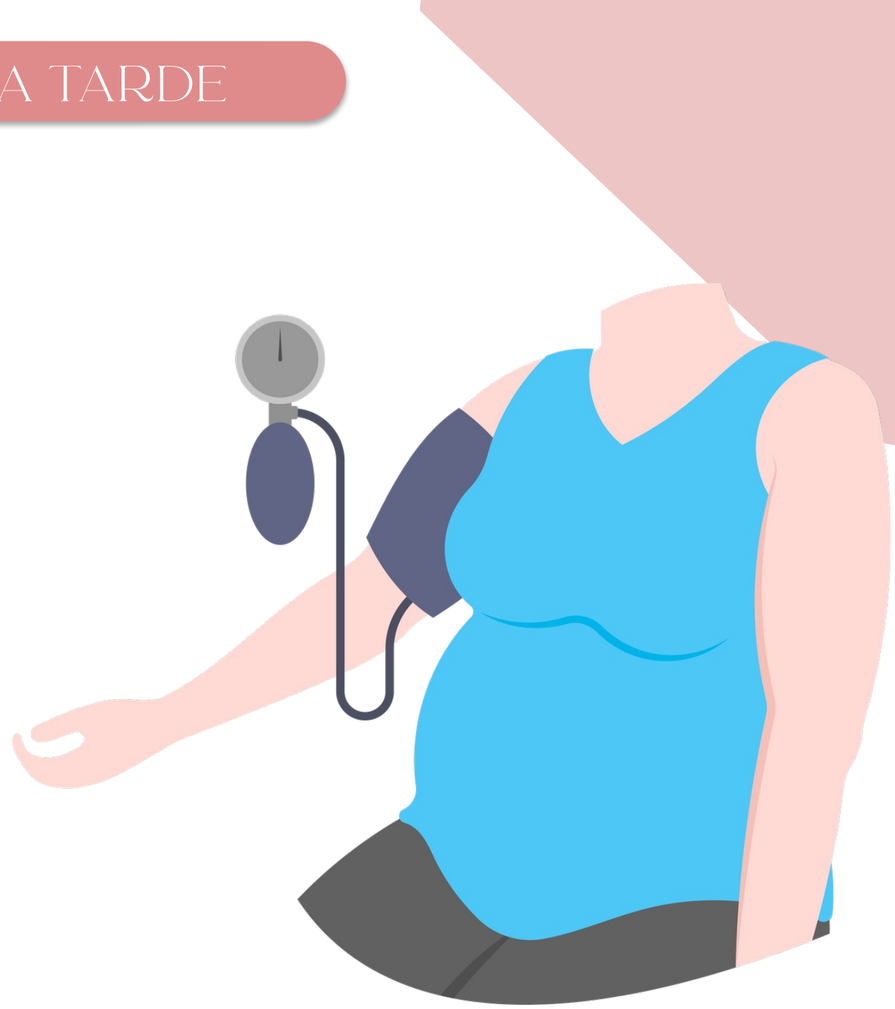
CASO | A ÚLTIMA DA TARDE

Cláudia, 36 anos, G2P1 (cesárea há 6 anos), professora, 32 semanas.

Pré-natal sem intercorrências; PA habitual 110 × 70 mmHg. Chegou atrasada, subiu dois lances de escada e sentou direto na cadeira. PA no braço direito, sentada: 140 × 90 mmHg. Ganho de peso de 2,5 kg em 2 semanas.

Nega cefaleia, escotomas, dor epigástrica ou em hipocôndrio direito. Edema de membros inferiores 2+/4+ e 'as mãos amanhecem inchadas'. Movimentos fetais presentes. AU 31 cm, BCF 140 bpm.

Não usou AAS (sem fator de risco identificado no 1º trimestre). Fita urinária disponível no posto: proteína 1+. A maternidade de referência fica a 40 minutos.



O que você faz nos próximos 60 minutos — e com o que ela sai da sala?

OS PRÓXIMOS 60 MINUTOS

PA ≥ 140 × 90 em gestante > 20 semanas, sem hipertensão prévia

1. REPETIR A PA após 15 min de repouso, sentada, braço na altura do coração, manguito adequado (obesa: manguito grande). Confirmar hipertensão: ≥ 140 × 90 em 2 medidas com ≥ 15 min (se ≥ 160 × 110, confirma em 15 min e já é grave)

2. PERGUNTAR E EXAMINAR: cefaleia frontal/occipital, escotomas, fotopsia, epigastralgia ou dor em HD, náusea/vômito, dispneia, oligúria; reflexos (hiperreflexia, clônus), edema de face/mãos, AU e BCF

3. PROTEINÚRIA: fita ≥ 1+ é triagem — confirmar com relação proteína/creatinina (≥ 0,3 mg/mg) ou proteinúria de 24 h (≥ 300 mg). Fita negativa NÃO afasta pré-eclâmpsia

4. EXAMES HOJE (resultado em horas): hemograma com plaquetas, creatinina, AST/ALT, LDH, bilirrubinas, ácido úrico, relação P/C. Vitalidade: cardiotocografia se disponível; USG com Doppler e ILA em até 48–72 h

5. DECIDIR: qualquer sinal de gravidade ou sintoma = maternidade agora (ambulância, não carro próprio). PA 140–159 × 90–109 sem sintomas e exames normais = alto risco com reavaliação em 48–72 h, com orientação escrita de sinais de alarme

Não existe 'HAS gestacional leve' sem exames: a diferença entre HAS gestacional e pré-eclâmpsia está no laboratório, não na PA

Fontes: MS, Manual de Gestação de Alto Risco (2022); FEBRASGO, Pré-eclâmpsia (2023); Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG) 2023; ACOG Practice Bulletin 222 (2020).

CLASSIFICAR E CONDUZIR

Diagnóstico	Critérios	Conduta
Hipertensão gestacional	PA ≥ 140 × 90 após 20 semanas, sem proteinúria e sem disfunção de órgão-alvo; normaliza até 12 semanas pós-parto	Pré-natal de alto risco semanal; PA, exames e vitalidade a cada 1–2 semanas; anti-hipertensivo se PA ≥ 140 × 90 persistente (meta 110–140 × 85); parto com 37 semanas. Até 25% viram pré-eclâmpsia.
Pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade	Hipertensão + proteinúria (P/C ≥ 0,3; 24 h ≥ 300 mg) OU Hipertensão + plaquetas < 100.000, creatinina > 1,1, transaminases > 2x, edema pulmonar, sintomas neurológicos/visuais	Encaminhar à maternidade/alto risco para avaliação inicial; seguimento 2x/semana com exames e vitalidade; corticoide se < 34 semanas e risco de parto; parto com 37 semanas.
Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade	PA ≥ 160 × 110 (confirmada em 15 min) OU qualquer disfunção: plaquetas < 100.000, creatinina > 1,1, AST/ALT > 70, dor em HD/epigástrio, cefaleia/escotomas persistentes, edema pulmonar HELLP: hemólise (LDH > 600) + AST > 70 + plaquetas < 100.000	INTERNAR. Sulfato de magnésio (Pritchard: 4 g IV + 10 g IM; manutenção 5 g IM 4/4 h — ou Zuspan: 4 g IV + 1–2 g/h). Crise (≥ 160 × 110): nifedipino 10 mg VO, repetir a cada 20–30 min até 30 mg, ou hidralazina 5 mg IV a cada 20 min (máx. 20–30 mg). Corticoide se 24–34 sem. Parto após estabilizar se ≥ 34 sem ou deterioração; antes disso, conduta expectante só em centro terciário.
Manutenção (ambulatório)	Para quem fica fora do hospital, PA ≥ 140 × 90 persistente	Metildopa 250 mg 8/8 h (até 2 g/dia); nifedipino retard 20 mg 12/12 h (até 120 mg/dia); hidralazina oral como 3ª opção. Nunca IECA/BRA, atenolol ou diurético.
Eclâmpsia	Convulsão tônico-clônica em gestante hipertensa (até 48 h pós-parto; pode ocorrer sem proteinúria)	ABC, lateralizar, MgSO4 4 g IV em 5–10 min (repete 2 g se recorrer), controlar PA, estabilizar e resolver a gestação — a convulsão não é indicação de cesárea imediata.

Fontes: MS, Gestação de Alto Risco (2022); FEBRASGO 2023; ACOG PB 222 (2020); Magpie Trial, Lancet 2002; CHIPS (Magee LA et al., NEJM 2015) — meta pressórica.

RESOLUÇÃO | ELA NÃO VAI PARA CASA SEM EXAME

Hipertensão nova com 32 semanas, fita 1+ e edema de mãos: suspeita de pré-eclâmpsia até o laboratório dizer o contrário.

Minutos 0–20: repouso sentada; pergunte cefaleia, visão, epigástrio, dispneia; examine reflexos. Repita a PA no mesmo braço, manguito adequado. 138 × 88 na repetição não libera: edema e fita contam.

Minutos 20–40: 2ª medida 142 × 92: hipertensão confirmada. Hoje: hemograma, creatinina, AST/ALT, LDH, bilirrubinas, ácido úrico, relação P/C; cardiotocografia se houver. Ligue para a maternidade: avaliação hoje, resultado em horas — com 32 semanas não se espera 1 semana.

Minutos 40–60: sintoma, PA ≥ 160 × 110 ou plaquetas/creatinina/enzimas alteradas = internação, sulfato de magnésio (Pritchard para transporte), nifedipino 10 mg VO se crise, betametasona 12 mg IM 2 doses. Exames normais e P/C < 0,3 = hipertensão gestacional: metildopa 250 mg 8/8 h ou nifedipino retard, retorno em 48–72 h no alto risco, alarme por escrito.

O que ela não pode: sair com 'volta em 15 dias', dirigir sozinha com sintomas, receber diurético ou IECA. AAS agora não adianta; fica para a próxima gestação.



Repetir PA após 15 min

P/C ≥ 0,3 = pré-eclâmpsia

≥ 160 × 110: MgSO4 + nifedipino

Sintoma = maternidade agora

Fontes: MS 2022; FEBRASGO 2023; ACOG PB 222; Magpie Trial 2002.

PEGADINHA DE PROVA

Gestante de 33 semanas, sem hipertensão prévia, apresenta PA 164 × 112 mmHg confirmada após 15 minutos, cefaleia occipital e relação proteína/creatinina de 0,6. Plaquetas 180.000, creatinina 0,8, AST 30. A conduta imediata mais adequada é:

A Metildopa 500 mg VO e retorno ambulatorial em 48 horas.

B Internação, sulfato de magnésio e nifedipino 10 mg VO; corticoide para maturação pulmonar.

C Cesárea imediata, pois trata-se de pré-eclâmpsia grave.

D Furosemida 40 mg IV para controle do edema e da pressão.

E Repouso domiciliar e proteinúria de 24 horas para confirmar o diagnóstico.

PEGADINHA DE PROVA

Gestante de 33 semanas, sem hipertensão prévia, apresenta PA 164 × 112 mmHg confirmada após 15 minutos, cefaleia occipital e relação proteína/creatinina de 0,6. Plaquetas 180.000, creatinina 0,8, AST 30. A conduta imediata mais adequada é:

A Metildopa 500 mg VO e retorno ambulatorial em 48 horas.

B Internação, sulfato de magnésio e nifedipino 10 mg VO; corticoide para maturação pulmonar.

C Cesárea imediata, pois trata-se de pré-eclâmpsia grave.

D Furosemida 40 mg IV para controle do edema e da pressão.

E Repouso domiciliar e proteinúria de 24 horas para confirmar o diagnóstico.

PARA LEVAR

1

140 × 90 depois de 20 semanas: repita após 15 min de repouso, pergunte sintomas, peça P/C e exames hoje. Fita 1+ é triagem, não diagnóstico.

2

HAS gestacional vs pré-eclâmpsia: a diferença está no laboratório. Qualquer sinal de gravidade ou sintoma = maternidade agora, de ambulância.

3

≥ 160 × 110 ou sinais de gravidade: internar, sulfato de magnésio (Pritchard para transporte) e nifedipino ou hidralazina. Nunca diurético ou IECA.