

FRANCISCO LAZARO PEREIRA SOUSA  
*Centro Universitário Lusíada (UNILUS).*

LUCIANA FERREIRA BORDINOSKI  
*Centro Universitário Lusíada (UNILUS).*

MARIELA DEGAN BARROS BATTISTELLA  
*Centro Universitário Lusíada (UNILUS).*

BÁRBARAH SILVEIRA PENATTI  
*Centro Universitário Lusíada (UNILUS).*

DEIGO GOMES FERREIRA  
*Centro Universitário Lusíada (UNILUS).*

BRUNO RAFAEL ZAHER MUNIZ PONTES  
*Centro Universitário Lusíada (UNILUS).*

VIVIAN MACEDO GOMES MARÇAL  
*Centro Universitário Lusíada (UNILUS).*

MARIA LUISA DI AZ CUNHA DAVID  
*Centro Universitário Lusíada (UNILUS).*

ROGÉRIO GOMES DOS REIS GUIDONI  
*Centro Universitário Lusíada (UNILUS).*

SÉRGIO FLORIANO DE TOLEDO  
*Centro Universitário Lusíada (UNILUS).*

NELSON SASS  
*Centro Universitário Lusíada (UNILUS).*

*Recebido em junho de 2017.  
Aprovado em novembro de 2017.*

## PROPOSTAS DE DEFINIÇÃO DA PRÉ-ECLÂMPIA

### RESUMO

A Pré-eclâmpsia é um dos maiores desafios para a saúde materna e perinatal. Identificar essa complicação precocemente pode orientar condutas que interromperia processos fatais. Porém, restam controvérsias para se homogeneizar o seu diagnóstico. Classicamente, o "National High Blood Pressure Education Program" postulava que o padrão-ouro diagnóstico é a presença de proteinúria significativa. O "The American Congress of Obstetricians and Gynecologists" e posteriormente a "International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy" acrescentam que os sinais e sintomas de Pré-eclâmpsia grave devem ser valorizados, embora a perda urinária proteica não tenha atingido níveis significativos, conferindo um roteiro diagnóstico dinâmico e baseado em fatores clínicos. Este artigo busca apresentar estas perspectivas, enquanto se permanece a pesquisa da definição ideal que podem ser representada pelos biomarcadores que representam entusiasticamente expectativas.

### PROPOSALS FOR THE DEFINITION OF PRE-ECLAMPSIA

### ABSTRACT

Pre-eclampsia is one of the greatest challenges for maternal and perinatal health. For that reason, identifying this complication sooner than later can prevent life-threatening to happen. However, controversy remains to homogenize the diagnosis. Classically, the National High Blood Pressure Education Program postulated that the diagnostic "Gold Standard" is the existence of significant proteinuria. Furthermore, The American Congress of Obstetricians and Gynecologists" now known as An "International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy", added that "signs and symptoms of severe pre-eclampsia should always be considered even though the loss of protein into the urine has not reached significant levels, according to a very dynamic diagnostic route based on clinical factors". This article seeks to present these kinds of perspectives, supporting an ideal research, where it can be represented by the biomarkers with enthusiasm and high expectations.

Foi sempre um desafio para a prática clínica homogeneizar os critérios diagnósticos das síndromes hipertensivas no ciclo gravídico-puerperal. Esta heterogeneidade provavelmente limita a comparação mais adequada de desfechos maternos e fetais oriundos de distúrbios hipertensivos, particularmente da pré-eclâmpsia.

A Sociedade Internacional para o Estudo da Hipertensão na Gravidez (ISSHP) em 2000 (NHBPEP, 2000), reconheceu que esta ausência de consenso influenciou para a existência de controvérsias quanto a adoção de condutas, registros e análise de resultados a curto e a longo prazo para a saúde da mulher.

Neste contexto, o Congresso Americano de Obstetrícia e Ginecologia em 2013 (ACOG, 2013) (Tabela 1) e a Sociedade Internacional para o Estudo da Hipertensão na Gravidez em 2014 (TRANQUILLI et al., 2014) (Tabela 2) sugeriram classificações para estas desordens que representam causa rel evante de morbiletalidade materna e perinatal (DULEY L, 2009).

Um ponto de destaque é quanto a permanência da proteiúria como condição impreterível para a definição de pré-eclâmpsia, utilizar esse marcador laboratorial poderia garantir maior especificidade o que contribuiria com pesquisas científicas, enquanto que a não obrigatoriedade de se ater a níveis significativos de proteiúria poderia ampliar a definição para critérios clínicos e eventualmente não retardar esse reconhecimento quando os valores definidores de excreção urinária proteica ainda não foram alcançados.

Considere-se o conceito contemporâneo de que a pré-eclâmpsia pode de fato possuir uma variedade de subtipos, que se expressam clinicamente de modo diverso como resposta final do organismo materno a uma função placentária deteriorada ou invasão trofoblástica anormal (ROBERT JM, BELL MJ, 2013).

A Sociedade Internacional para o Estudo da Hipertensão na Gravidez (ACOG, 2013) aponta diversas questões clínicas que devem ser valorizadas quanto a obtenção da definição ideal para os estados hipertensivos:

- a) O uso crescente de aparelhos automatizados para aferição da pressão arterial não validados para o uso na gravidez ou especificamente na pré-eclâmpsia, em substituição ao esfigmomanômetro de mercúrio.
- b) O reconhecimento de potenciais imprecisões na determinação de proteiúria e das complicações maternas associadas ao surgimento do estado hipertensivo na gestação mesmo quando a proteiúria significativa não é identificada (BROWN, 2012).
- c) As informações oriundas de pesquisa em hipertensão geral que apontam a ocorrência da “hipertensão do jaleco branco”, a qual deveria ser diferenciada da hipertensão crônica real.
- d) A investição em expansão sobre biomarcadores, particularmente fatores antigênicos (STAFF AC et al., 2013), é considerada potencialmente uma área fértil para estabelecimento dos critérios diagnósticos no futuro, restando no momento a definição clínica como conceito mais apropriado.

Assinala-se que a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou diretrizes que podem servir globalmente (OMS, 2011) além de uma série de orientações acadêmicas produzidas pela OMS acessíveis em <http://www.who.int/reproductivehealth/publications>, além de outras publicações (LOWEN AS et al., 2009; NCC-WCH, 2010; VISINTIN C et al., 2010; VON DADELSZEN et al., 2010; ACOG, 2012) que podem favorecer a adoção de cuidados a serem prestados no atendimento das síndromes hipertensivas no período gravídico-puerperal.

Embora com diferenças em alguns aspectos de orientação clínica, há evidências sugestivas de que tais orientações fazem a diferença no sentido de obtermos os melhores resultados gestacionais (VON DADELSEN P et al., 2010)..

Estimula-se que as linhas de orientação disponíveis possam colaborar para a elaboração de protocolos locais nas áreas em que não estão estabelecidos (TRANQUILLI et al., 2014).

A seguir apresentamos os critérios adotados pelo Congresso Americano de Obstetrícia e Ginecologia em 2013 (ACOG, 2013) (Tabela 1) e a Sociedade Internacional para o Estudo da Hipertensão na Gravidez em 2014 (TRANQUILLI et al., 2014) (Tabela 2).

Destaques-se que a não obrigatoriedade de proteínaúria significativa para a definição da pré-eclâmpsia certamente exigirá dos provedores de saúde acurácia diagnóstica, escuta atenta e qualificação além de uma interpretação criteriosa de exames complementares, assim os critérios sugeridos por estas entidades não são uma definição estática, antes o clínico deverá estar atento ao caráter multissistêmico, dinâmico e heterogêneo da pré-eclâmpsia.

Tabela 1. Critérios diagnósticos para pré-eclâmpsia pelo Congresso Americano de Obstetrícia e Ginecologia.

Pressão Arterial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 140</math> mmHg sistólica ou <math>\geq 90</math> mmHg diastólica em duas aferições com pelo menos quatro horas de intervalo, após 20 semanas de gestação em uma mulher com pressão arterial previamente normal</li> <li>• <math>\geq 160</math> mmHg sistólica ou <math>\geq 110</math> mmHg diastólica, a hipertensão pode ser confirmada dentro de um curto intervalo de tempo (minutos) para facilitar a terapia anti-hipertensiva em tempo hábil</li> </ul>
<b>E</b>	
Proteinúria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 300</math> mg por 24 horas de coleta de urina (ou esse valor extrapolado de uma coleta por tempo determinado)</li> </ul> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação proteína/creatinina (mg/dL) <math>\geq 0,3</math></li> <li>• Pesquisa por fita reagente igual a 1+ (utilizado apenas quando outros métodos quantitativos não estiverem disponíveis)</li> </ul>
Ou na ausência de proteinúria, hipertensão com apresentação de qualquer um dos seguintes:	
Trombocitopenia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contagem de plaquetas <math>\leq 100.000/\mu\text{L}</math></li> </ul>
Insuficiência renal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentração de creatinina sérica <math>&gt; 1,1</math> mg/dL ou o dobro da concentração de creatinina sérica na ausência de outra doença renal</li> </ul>
Insuficiência hepática	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentrações elevadas de transaminases hepáticas duas vezes maior que a concentração normal</li> </ul>
Edema pulmonar	
Sintomas cerebrais ou visuais	

Adaptado de: ACOG, 2013.

Tabela 2. Definição de pré-eclâmpsia revisada pela Sociedade Internacional para o Estudo da Hipertensão na Gravidez.

---

Desenvolvimento de hipertensão após 20 semanas de gestação e a coexistência de uma ou mais das seguintes condições:

---

1. Proteinúria
  2. Outras disfunções do organismo materno:
    - Insuficiência renal (creatinina  $\geq 90$   $\mu\text{mol/L}$ )
    - Comprometimento do fígado (transaminases elevadas e/ou dor no quadrante superior direito ou epigástrica)
    - Complicações neurológicas (exemplos incluem eclâmpsia, estado mental alterado, cegueira, acidente vascular cerebral, ou mais comumente hiperreflexia quando acompanhado por espasmos clônicos, cefaléia intensa quando acompanhadas por hiperreflexia, escotomas visuais persistentes)
    - Complicações hematológicas (trombocitopenia, coagulação intravascular disseminada, hemólise)
  3. Disfunção uteroplacentária
    - Restrição do crescimento fetal
- 

Adaptado de: Tranquilli AL et al, 2014.

## REFERÊNCIAS

- ACOG- American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 125: Chronic hypertension in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2012; 119(2 Pt 1): 396-407.
- ACOG- American College of Obstetricians and Gynecologists; Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013; 122(5): 1122-31.
- Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol.* 2009; 33(3): 130-7
- Lowe SA, Brown MA, Dekker GA, Gatt S, McIntock CK, McMahon LP, et al. Guidelines for the management of hypertensive disorders of pregnancy 2008. *Austr N Z J Obstet Gynaecol* 2009; 49(3): 242-6.
- Brown MA. Pre-eclampsia: proteinuria in pre-eclampsia - does it matter any more? *Nat Rev Nephrol* 2012; 8(10): 563-5.
- Magee LA, Helwa M, Moutquin JM, von Dadelszen P. Hypertension guideline C, strategic training initiative in research in the reproductive health sciences. diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *J Obstet Gynaecol Canada* 2008; 30(3 Suppl.): S1-48.
- NCC-WCH- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Hypertension in Pregnancy: The Management of Hypertensive Disorders During Pregnancy. London: RCOG Press; 2010.
- NHBPEP- National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP). Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 183(1): S1-S22.
- OMS- Organização Mundial de Saúde. Recomendações da OMS para a Prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia. Genebra, Suíça, 2011. 38p. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44703/1/9789248548338\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44703/1/9789248548338_por.pdf).



Roberts JM, Bell MJ. If we know so much about preeclampsia, why haven't we cured the disease? *J Reprod Immunol* 2013; 99: 1-9.

Staff AC, Benton SJ, von Döbeln P, Roberts JM, Taylor RN, Powers RW, et al. Redefining preeclampsia using placental-derived biomarkers. *Hypertension* 2013; 61(5): 932-42.

Tranquilli AL, Dekker G, Magee L, Roberts J, Sibai BM, Steyn W, Zeeman GG, Brown MA. The classification, diagnosis and management of the hypertensive disorders of pregnancy: A revised statement from the ISSHP. *Pregnancy Hypertension*. 2014; 4(2): 97-104.

Visintin C, Muggleston MA, Almerie MQ, Nherera LM, James D, Wal kinshaw S, et al. Management of hypertensive disorders during pregnancy: summary of NICE guidance. *BMJ* 2010; 341: c2207.

Von Döbeln P, Sawchuck D, McMaster R, Douglas MJ, Lee SK, Saunders S, et al. The active implementation of pregnancy hypertension guidelines in British Columbia. *Obstet Gynecol* 2010; 116(3): 659-66.