

I CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ 2021



A MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL E AS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GRAVIDEZ



Sérgio Martins-Costa MD PhD
Prof. Titular de Ginecologia e Obstetrícia - UFRGS
scosta@hcpa.edu.br



Declaração de Conflitos de Interesse

Atualmente não recebo qualquer forma de pagamento ou auxílio financeiro de entidade pública ou privada para pesquisa ou desenvolvimento de métodos diagnósticos ou terapêuticos ou ainda, honorários como consultor da indústria farmacêutica.

- Chefe da Equipe de Gestação de Alto Risco do HCPA



- Vice-Presidente da RBEHG



Brazilian Network for the Study of
Hypertension in Pregnancy

- Sócio da ISSHP



International Society for the Study of
Hypertension in Pregnancy

- Ex-presidente da CNE de Mortalidade Materna da FEBRASGO



- Membro da CNE de  tica e Defesa Profissional da FEBRASGO

- Professor Titular de Ginecologia e Obstetrícia da UFRGS

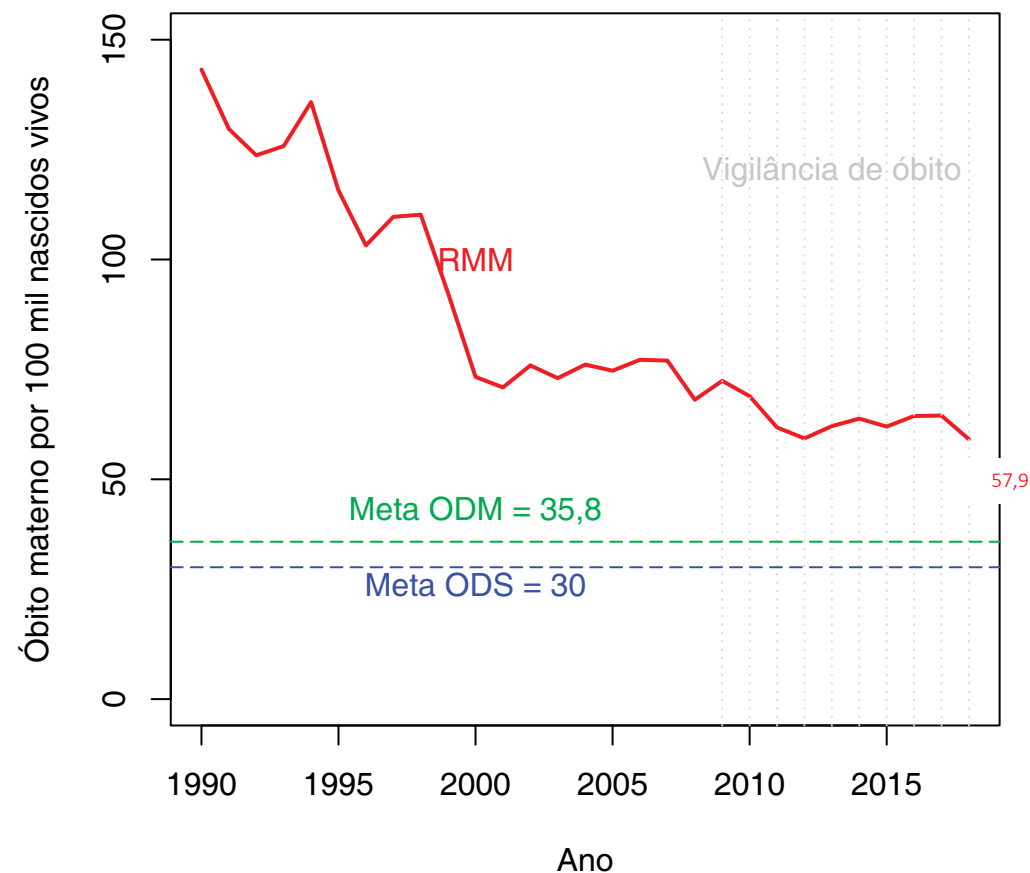




RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL DE 1990 A 2019



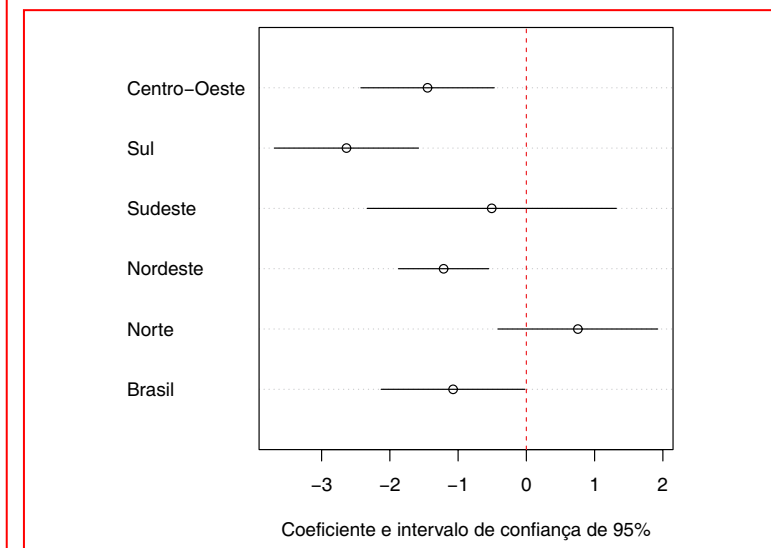
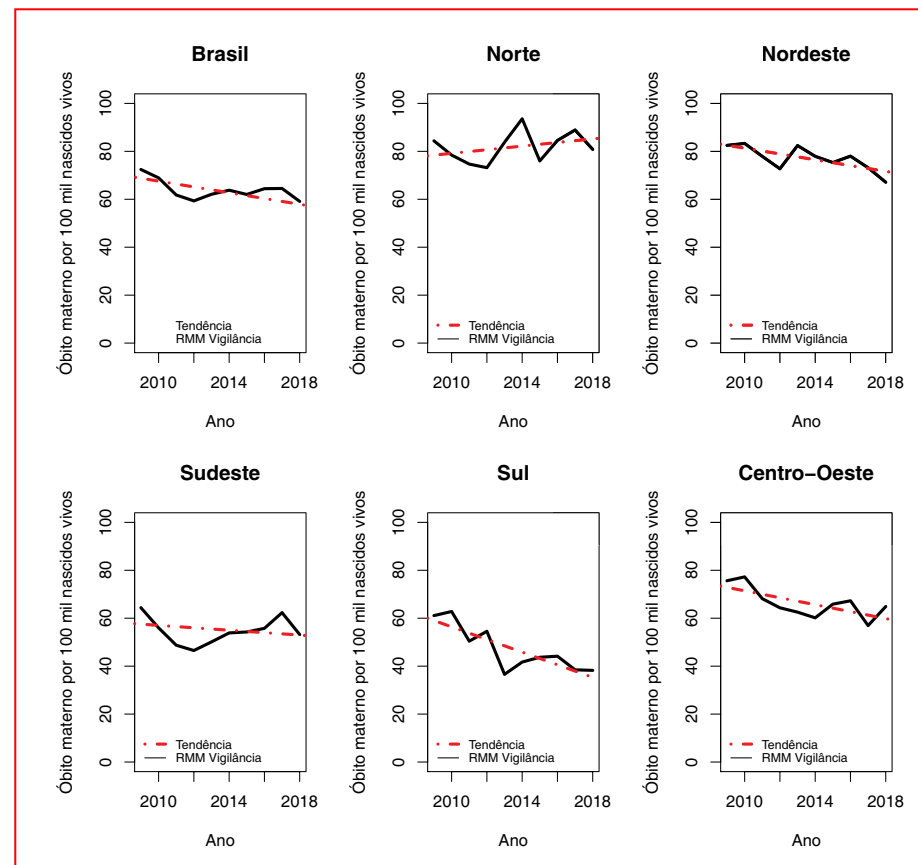
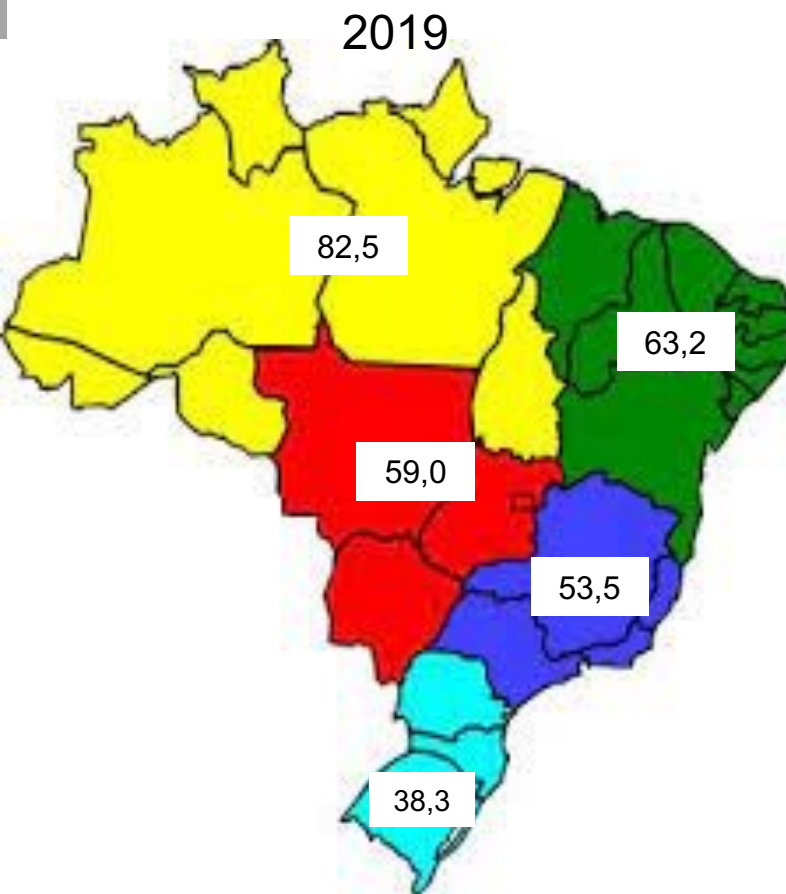
(RMM = Mortes Maternas / 100.000 Nascidos Vivos)



ODM: Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (2015)

ODS: Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (2030)

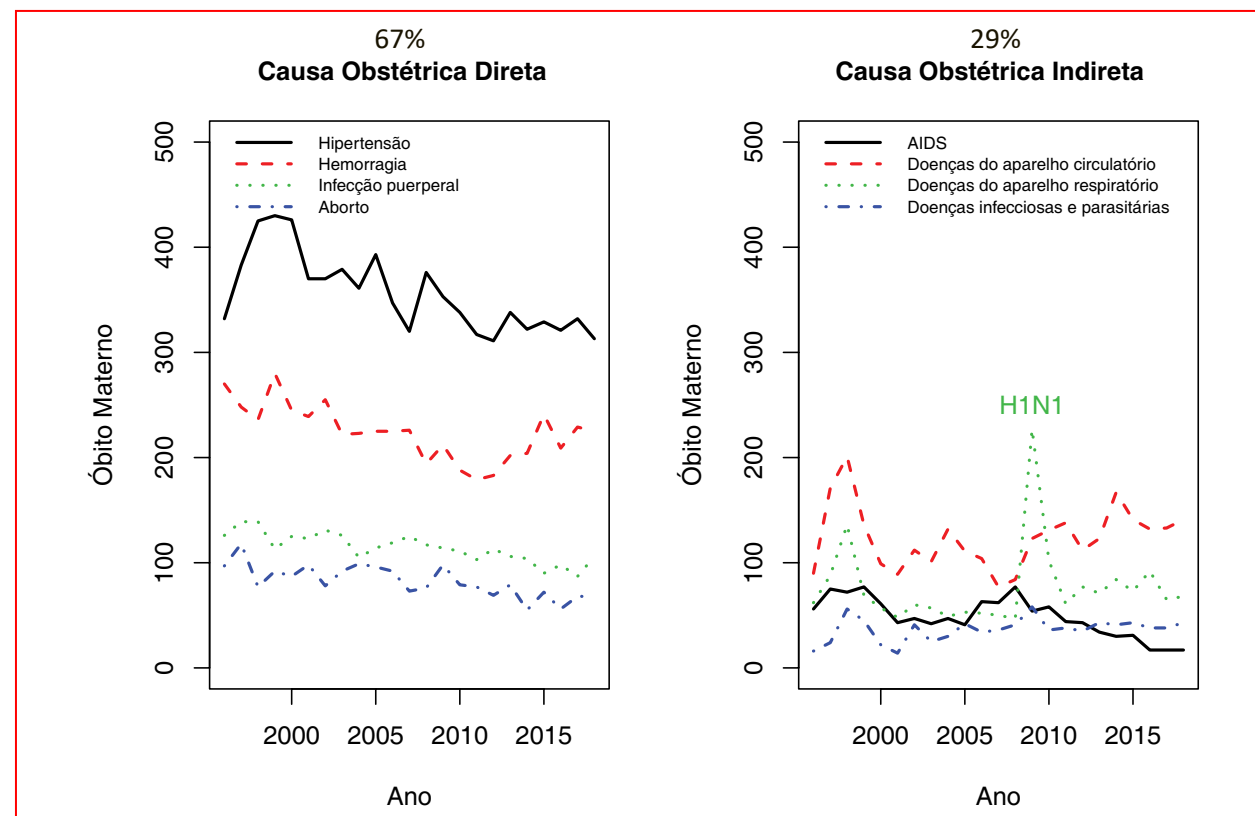
TENDÊNCIAS DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL POR REGIÕES (2009 – 2018)



CAUSAS DE MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL 1996-2018



Principais causas	%
Hipertensão arterial	21,0
Hemorragia	13,2
Doenças ap circulatório	7,3
Infecção puerperal	6,7
Aborto	4,8





MORTALIDADE POR SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NO BRASIL





AS TRÊS DEMORAS QUE INCREMENTAM A CHANCE DE MORTE MATERNA



1. Demora na decisão de buscar cuidados (falta de conhecimento dos sinais de alarme, ou sintomas de risco)
2. Demora em chegar em um local com disponibilidades de cuidados médicos (transporte, distâncias, etc)
3. Demora em receber cuidados adequados na Unidade de Saúde (retardos no diagnóstico e tratamento, não reconhecimento de situação de *near miss*)



ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR A MORTALIDADE MATERNA



- I. AÇÕES RELACIONADAS AO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH)
- II. AÇÕES RELACIONADAS À INFRAESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE
- III. AÇÕES RELACIONADAS AO ATENDIMENTO MÉDICO**



ENGAJAMENTO E MOBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE



Comparação entre grupos de mulheres praticando aprendizado participativo versus cuidados habituais em locais de poucos recursos (Bangladesh, India, Malawi e Nepal):

↓ 37% na mortalidade materna
↓ 23% na mortalidade neonatal
↓ 9% na mortalidade fetal

- Em uma análise de meta-regressão, a proporção de mulheres nos grupos foi associada linearmente com redução tanto na mortalidade materna como neonatal
- Se $\geq 30\%$ das gestantes participassem dos grupos, as taxas de mortalidade materna e neonatal cairiam 55% e 33% respectivamente de modo custo efetivo



ESTRATÉGIAS NO PRÉ-NATAL PARA PREVENÇÃO DE PE E DE HAS GRAVE



1. Identificar gestantes de risco
2. Tentar prevenir a ocorrência de PE
3. Tratar a hipertensão arterial



FATORES DE RISCO PARA PRÉ-ECLÂMPSIA

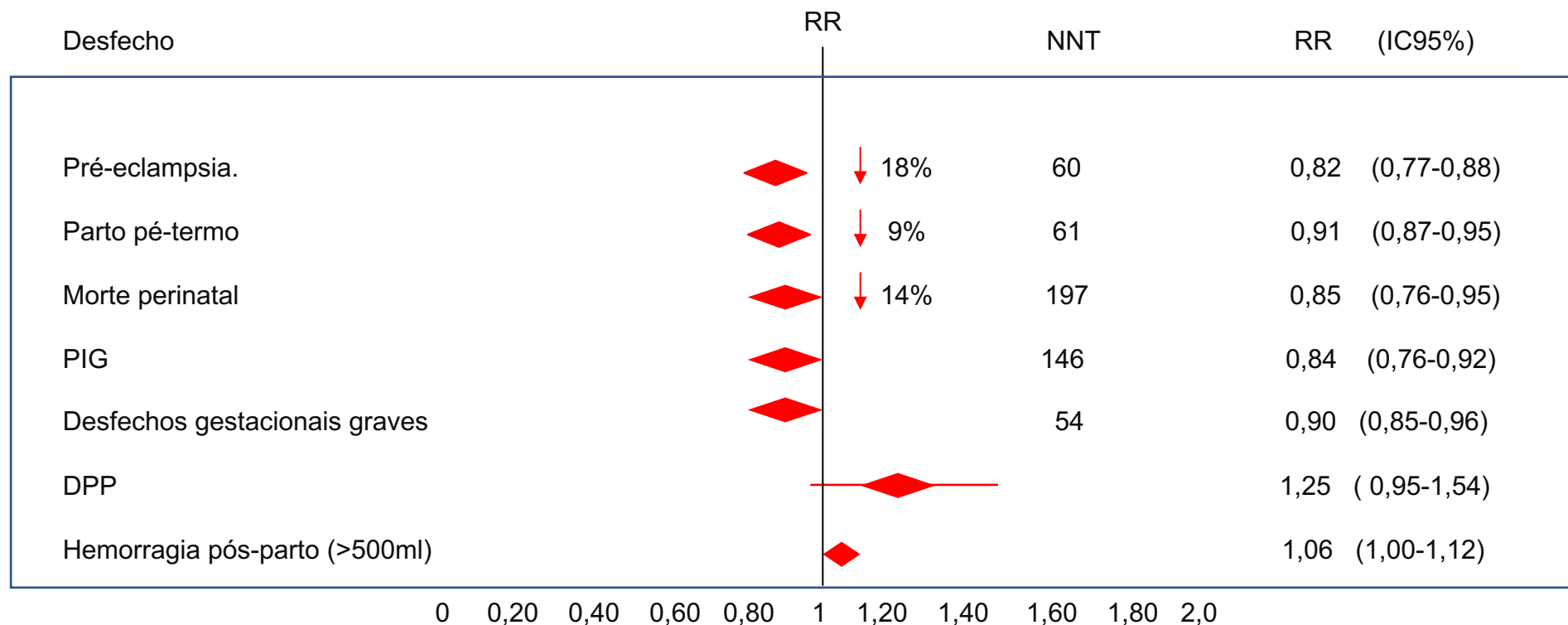


RISCO MODERADO	ALTO RISCO
• História familiar de PE • Nuliparidade • Obesidade • Raça negra ou hispânica • Baixo status socioeconômico • Idade > 35 anos • PIG ou CIUR anterior	• História previa de PE (pessoal) • Gestação múltipla • HAS crônica • Diabetes (1 ou 2) • Doença renal ou autoimune 



ASPIRINA EM BAIXA DOSE PARA PREVENÇÃO DE PE E SUAS COMPLICAÇÕES

(77 trials com 40.016 gestações)

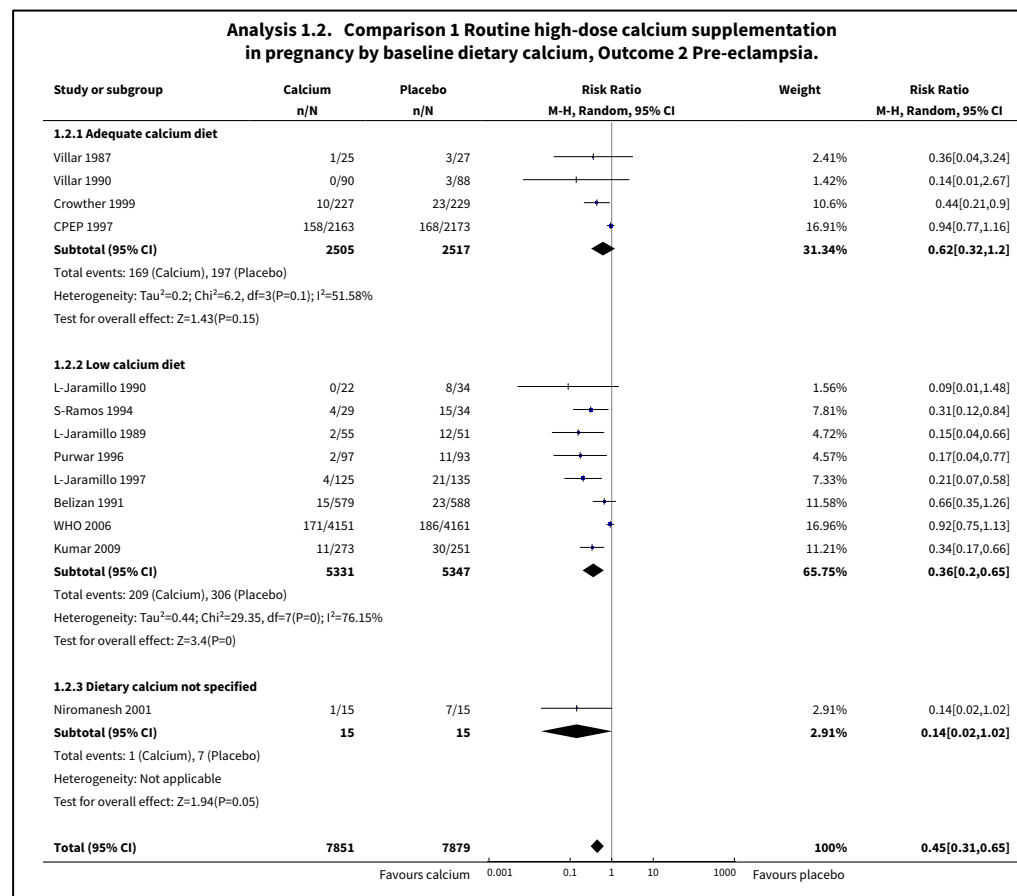


Redução de risco de pré-eclâmpsia pode chegar a 24% no grupo de alto risco



SUPLEMENTAÇÃO DE CÁLCIO PARA PREVENÇÃO DE PRÉ-ECLÂMPSIA

27 ECR com 15.730 gestantes: Cálcio em dose alta (> 1,0 g/dia) versus placebo



Redução de risco de pré-eclâmpsia pode chegar a 78% no grupo de alto risco

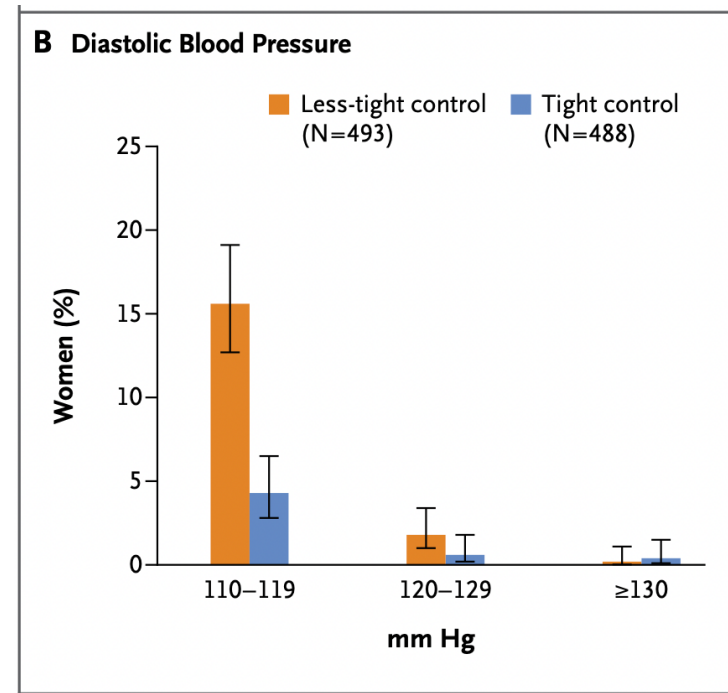
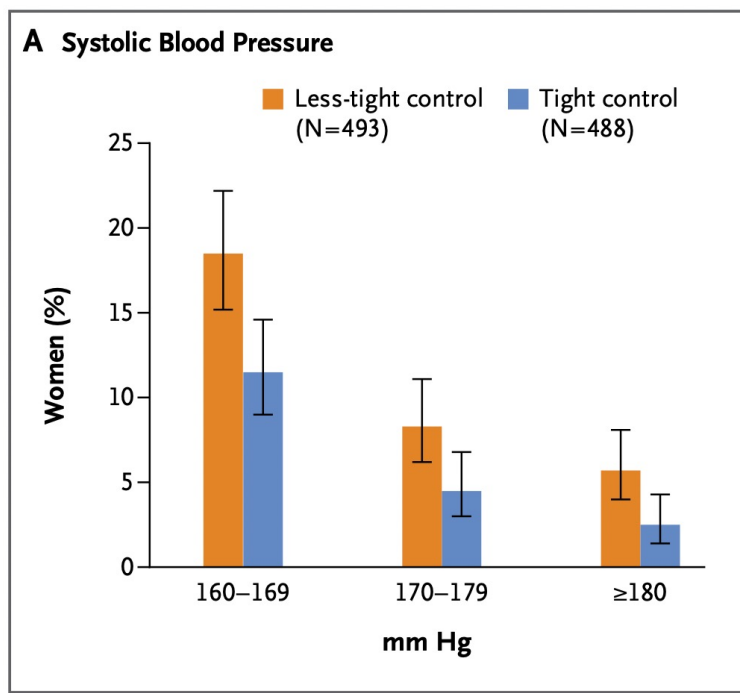


TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO NA GESTAÇÃO

CONTROLE RIGOROSO DA PA X CONTROLE MENOS RIGOROSO DA HAS NA GESTAÇÃO

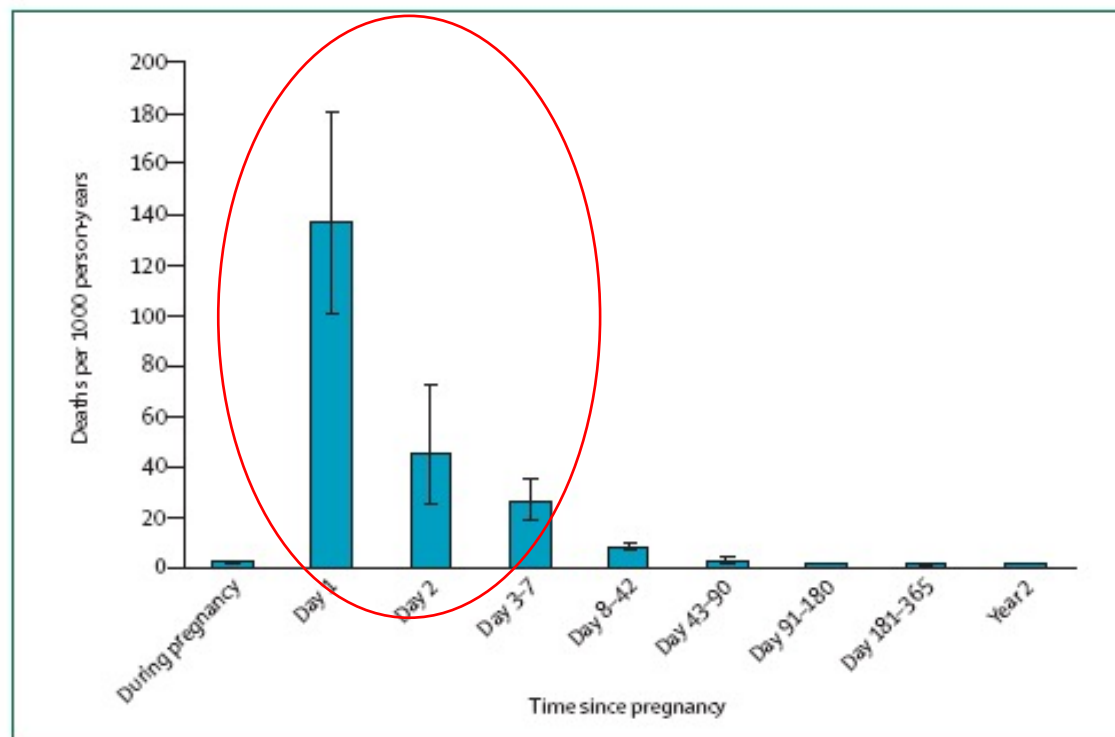


N = 987 gestantes com HAS, 493 com controle menos rigoroso ($< 160/110$ mmHg) e 488 com controle rigoroso ($\leq 140/90$ mmHg) da PA



HAS grave ($> 160/110$ mmHg) ocorreu menos no grupo de controle rigoroso da PA (27,5% x 40,6% - $P<0,001$)

AÇÕES RELACIONADAS AO ATENDIMENTO HOSPITALAR



Momento da ocorrência do óbito em relação ao dia do término da gestação



AÇÕES RELACIONADAS AO ATENDIMENTO HOSPITALAR



“O manejo da maioria das complicações maternas com risco de morte necessita de cuidados intensivos.... necessita de profissionais de saúde que entendam a importância de uma ação imediata - as tão chamadas “6 horas de ouro e de prata” - e os princípios básicos de cuidados intensivos, manejo de fluídos, tratamento antibiótico e suporte circulatório”





Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multicentre, open-label randomised controlled trial

A indução do parto em torno da 37^a semana nas pacientes com PE ou HG tem menos desfechos maternos ruins, menos custo, sem piorar desfechos perinatais.

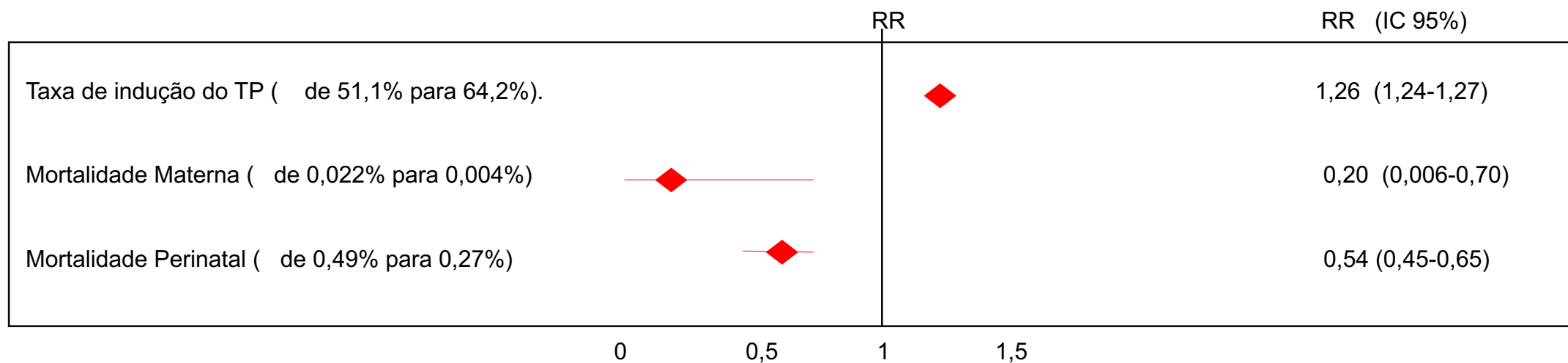
COMPARAÇÃO ANTES DE DEPOIS DO HYPITAT-1 NA HOLANDA



(RMM: 9/100.000 NV)

(Parto em torno da 36ª semana ao invés de conduta expectante)

- Antes do Trial (2001-2005)
- Durante o Trial (2005-2008)
- Após o Trial (2008-2009)





7 PASSOS PARA O MANEJO DA CONVULSÃO ECLÂMPTICA

PASSO 1: Prevenir a hipóxia garantindo as funções respiratória e cardiovascular maternas



PASSO 2: Prevenir lesão materna e aspiração



PASSO 3: Não tentar sedar a primeira convulsão



$\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$

PASSO 4: Prevenir a recorrência das convulsões



7 PASSOS PARA O MANEJO DA CONVULSÃO ECLÂMPTICA



Hidralazina / Nifedipina

PASSO 5: Controlar a crise hipertensiva para prevenir dano vascular cerebral



PASSO 6: Manejar complicações: CIVD, edema pulmonar



PASSO 7: Começar a induzir o parto (até 24 horas)



USO DE ANTI-HIPERTENSIVO PARA A CRISE HIPERTENSIVA NA GESTAÇÃO

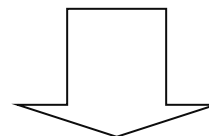


Evidência nível I

- Labetalol, Hidralazina e Nifedipina são igualmente efetivos e seguros.
- O uso depende da preferência do médico assistente.

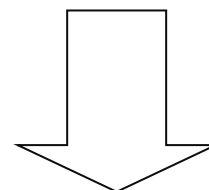


HIPERTENSÃO AGUDA
PA $\geq$ 160/110 mmHg



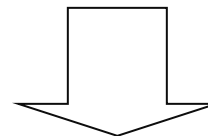
Não melhora

NIFEDIPINA 5 a 10 mg VO
repetir 10mg a cada 30 min. até 30mg



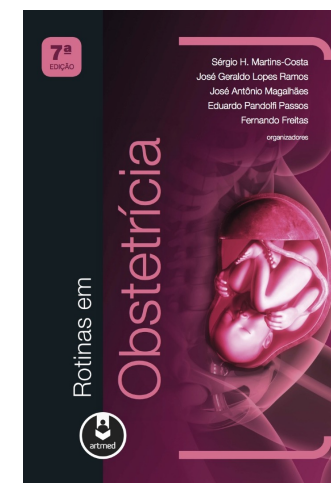
Não melhora

HIDRALAZINA 5mg IV
repetir 10 mg a cada 20 min. até 40mg



Não melhora

NITROPRUSSIATO DE SÓDIO 0,25mg/Kg/min.
Cuidados especiais





AVALIAÇÃO OBRIGATÓRIA ANTES DA RESOLUÇÃO DA GESTAÇÃO NA PRÉ-ECLAMPSIA GRAVE/HELLP/ECLÂMPSIA:

- Nifedipina ou Hidralazina: se PA > 150/100 mmHg
- Sulfato de Magnésio: Sempre! (até 24 h pós-parto)
- Plaquetopenia? ($< 50.000/\text{mm}^3$)
- CIVD? (TP, KTTP, Fibrinogênio)
- IRA? (creatinina)
- Hematoma hepático? (SGOT, Ecografia abdominal)
- Trombopprofilaxia?



ESTRATÉGIAS GERAIS PARA DIMINUIR MORTALIDADE MATERNA POR HAS



1. Identificar os problemas localmente
2. Disseminar o conhecimento sobre o problema também na população
3. Criar uma rede de apoio e capacitar cada local
4. Fornecer condições para assistência



ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS PARA DIMINUIR MORTALIDADE MATERNA POR HAS



1. Identificar gestantes de risco, prescrever AAS e Cálcio, e encaminhar para pré-natal especializado
2. Manter controle adequado da hipertensão arterial
3. Diagnosticar sem demora PE e encaminhar para hospitalização
4. Rastrear Síndrome HELLP nas pacientes com PE
5. Saber utilizar os protocolos para $MgSO_4$ /Nifedipina/Hidralazina
6. Identificar sinais de agravamento da PE em gestações pré-termo (Piers)
7. Ter hospital com CTI e intensivistas treinados para gestantes com *near miss*
8. Estabilizar a paciente com eclâmpsia antes de interromper a gestação
9. Promover a resolução da gestação com PE até no máximo a 37ª semana
10. Utilizar técnica de cesárea hemostática em paciente com HELLP
11. Planejar o parto/cesariana em local adequado com equipe experiente



A Morte Materna é uma das maiores tragédias sociais, não apenas porque é a morte de uma mulher jovem e a destruição de uma família inteira, mas também porque é uma vergonha, por ser uma tragédia quase sempre evitável!

