



Predição e Prevenção da Pré-eclâmpsia

I Congresso Brasileiro sobre Hipertensão na Gravidez
2021



Declaração de Conflito de Interesse

Atualmente não recebo nenhuma forma de pagamento ou auxílio financeiro de entidade pública ou privada para pesquisa ou desenvolvimento de métodos diagnósticos ou terapêuticos que possam interferir com esta apresentação.

Declaro ainda que não recebo nenhum honorário de indústria farmacêutica.



Pré-eclâmpsia

Uma síndrome

Vários fenótipos

Estratificação de risco de forma clínica = Realidade Brasileira



Risco considerado	Apresentação clínica e/ou obstétrica
Alto	História de pré-eclâmpsia, principalmente acompanhada de desfechos adversos
	Gestação múltipla
	Hipertensão arterial crônica
	Diabetes tipo 1 ou 2
	Doença renal
	Doenças autoimunes (Ex: Lúpus erimatoso sistêmico, síndrome antifosfolípide)
Moderado	Nuliparidade
	Obesidade (IMC > 30)
	História familiar de pré-eclâmpsia (Mãe e/ou irmãs)
	Baixo nível socioeconômico e/ou etnia afrodescendente
	Idade ≥ 35 anos
	História pessoal de baixo peso ao nascer
	Gravidez prévia com desfecho adverso
	Intervalo > 10 anos desde a última gestação
Baixo	Gravidez prévia de termo e sem intercorrências

Todas as gestantes com:

1 Fator de Risco Alto

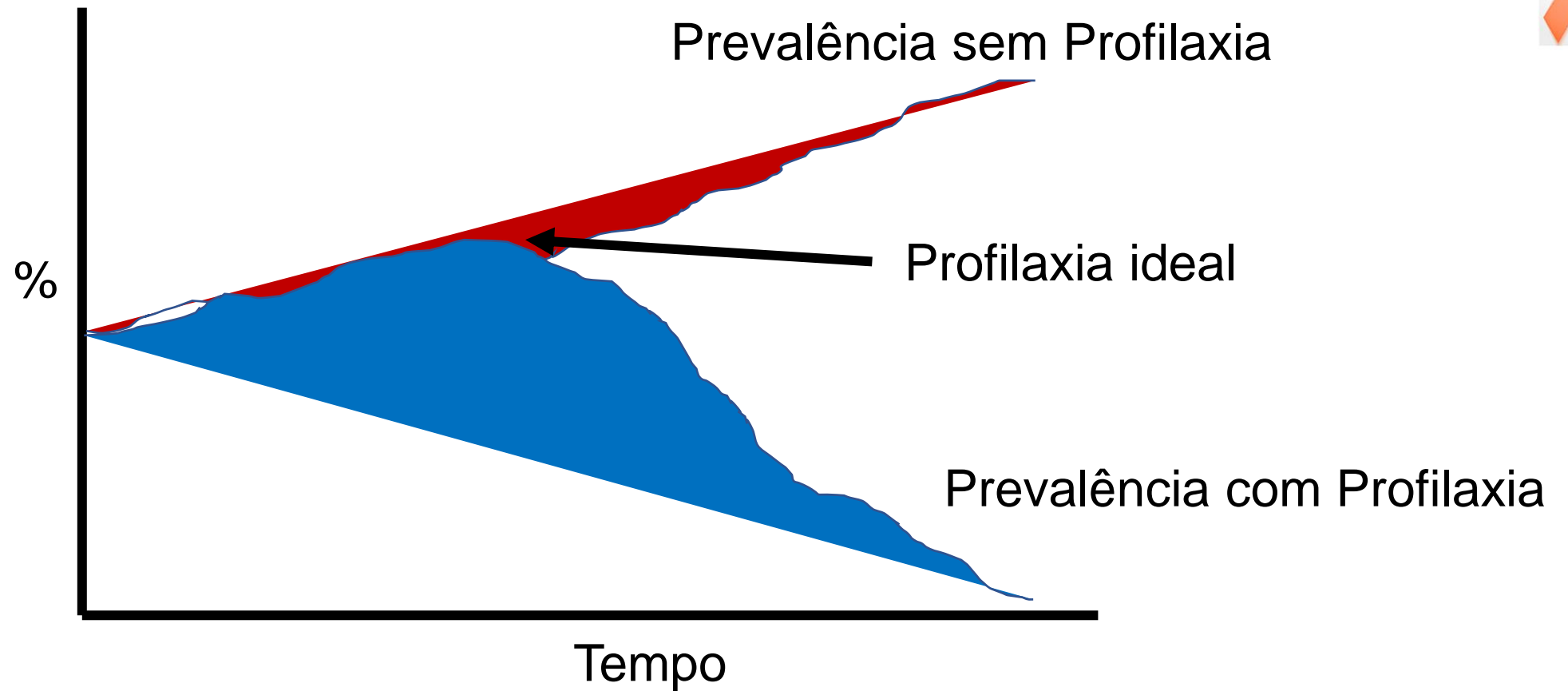
ou

2 Fatores de Risco Moderados

Devem receber profilaxia para pré-eclâmpsia

*ACOG No. 202. Obstet Gynecol. 2019
Protocolo RBEHG 2021*

Como agiria a Profilaxia Ideal?



Profilaxia na Pré-eclâmpsia = 3 Ações principais



- ✓ **Redução do Risco de Ocorrência da Doença**
- ✓ **Redução dos Desfechos Adversos**
- ✓ **Orientar as Mulheres sobre a Doença**

AAS em baixa dose = AAS 100mg



	RR	CI 95%
População de alto risco	0,76	0,62 – 0,95
Prematuridade	0,86	0,76 – 0,98
Restrição de crescimento fetal	0,80	0,65 – 0,99

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

Suplementação de Cálcio = 500 mg de Carbonato de Cálcio, 2 – 3x/dia



	RR	CI 95%
População geral	0,45	0,31 – 0,65
População com baixa ingestão de cálcio	0,36	0,20 – 0,65
População de alto risco	0,22	0,12 – 0,42
Prematuridade	0,45	0,24 – 0,87

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

Utilização Universal de AAS e Cálcio = Realidade Brasileira



Risco considerado	Apresentação clínica e/ou obstétrica
Alto	História de pré-eclâmpsia, principalmente acompanhada de desfechos adversos
	Gestação múltipla
	Hipertensão arterial crônica
	Diabetes tipo 1 ou 2
	Doença renal
	Doenças autoimunes (Ex: Lúpus erimatoso sistêmico, síndrome antifosfolípide)
Moderado	Nuliparidade
	Obesidade (IMC > 30)
	História familiar de pré-eclâmpsia (Mãe e/ou irmãs)
	Baixo nível socioeconômico e/ou etnia afrodescendente
	Idade ≥ 35 anos
	História pessoal de baixo peso ao nascer
	Gravidez prévia com desfecho adverso
	Intervalo > 10 anos desde a última gestação
Baixo	Gravidez prévia de termo e sem intercorrências

“Defendemos que TODAS as gestantes com os fatores de risco clínicos DEVEM receber AAS e Cálcio”

*ACOG No. 202. Obstet Gynecol. 2019
Protocolo RBEHG 2021*

AAS baixa dose na gravidez = Segurança

Original Research

ajog.org

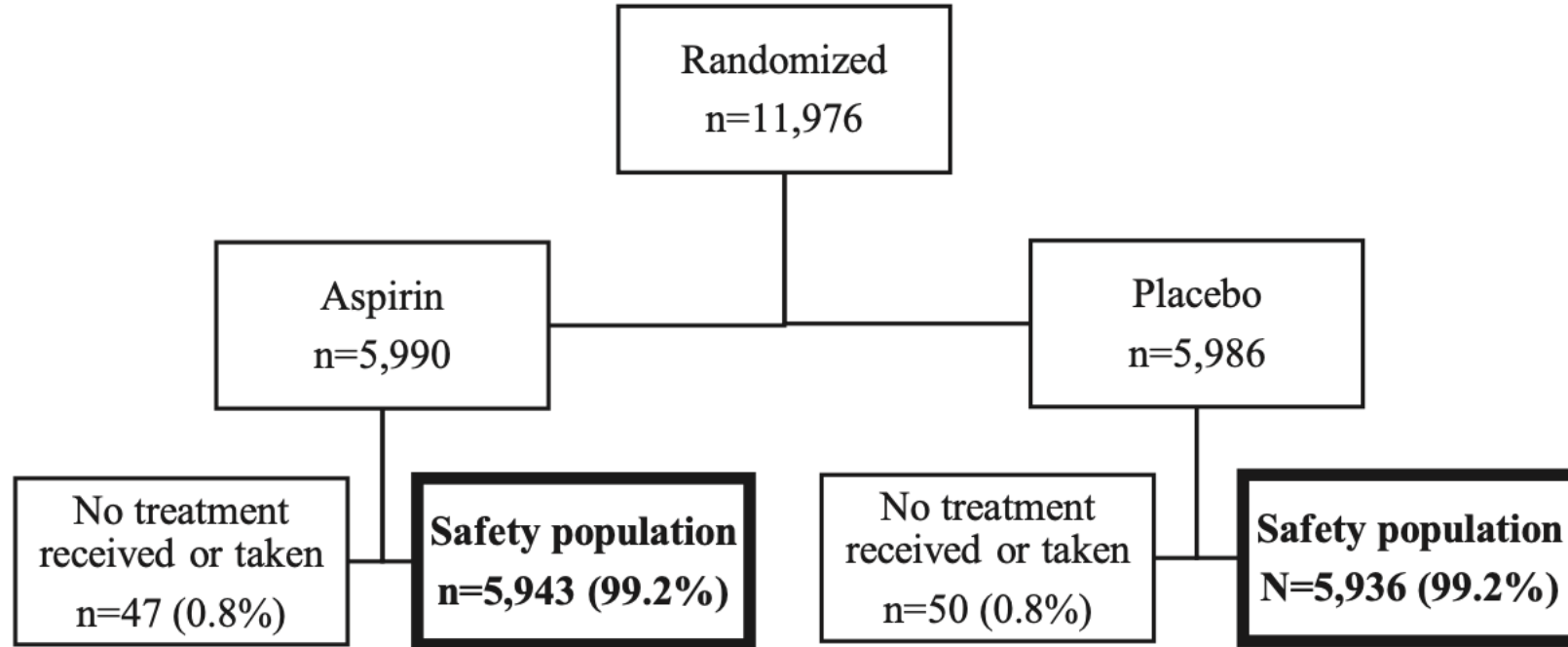
Safety of daily low-dose aspirin use during pregnancy in low-income and middle-income countries



Vanessa L. Short, PhD, MPH; Matthew Hoffman, MD; Mrityunjay Metgud, MD; Avinash Kavi, MD; Shivaprasad S. Goudar, MD; Jean Okitawutshu, MD, MPH; Antoinette Tshetu, MD; Carl L. Bose, MD; Musaku Mwenechanya, MD; Elwyn Chomba, MD; Waldemar A. Carlo, MD; Lester Figueroa, MD, MSc; Ana Garces, MD; Nancy F. Krebs, MD; Saleem Jessani, MBBS, MSc; Sarah Saleem, MD; Robert L. Goldenberg, MD; Prabir Kumar Das, MD; Archana Patel, MD, PhD; Patricia L. Hibberd, MD, PhD; Emmah Achieng, MPH; Paul Nyongesa, MMed; Fabian Esamai, MBChB; Sherri Bucher, PhD; Kayla J. Nowak, BS; Norman Goco, MHS; Tracy L. Nolen, DrPH; Elizabeth M. McClure, PhD; Marion Koso-Thomas, MD; Menachem Miodovnik, MD; Richard J. Derman, MD, MPH

“AAS em baixa dose entre 6 e 36 semanas em nulíparas reduz a incidência de prematuridade nesta população e se mostra como intervenção segura”

Short VL et al. AJOG 2021

FIGURE**Consort for safety analysis**

Aspirin Supplementation for Pregnancy Indicated Risk Reduction In Nulliparas trial.

Short. Aspirin safety during pregnancy in low- and middle-income countries. Am J Obstet Gynecol Glob Rep 2021.

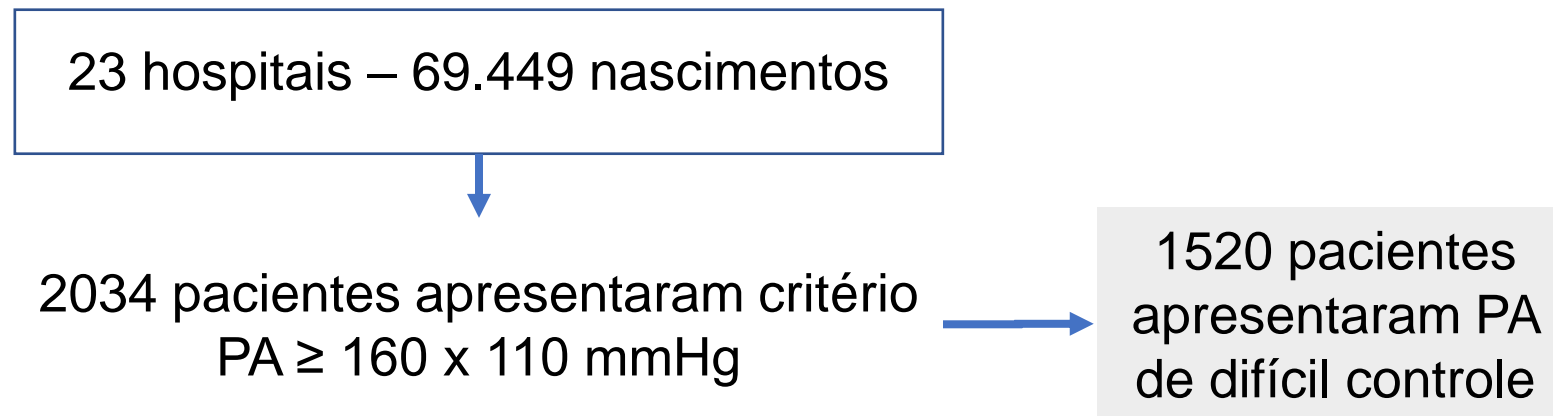
Efeito Colateral	AAS (n=5943)	Placebo (n=5936)	RR (95% CI)	P value
Algum efeito	2947 (49.6)	2910 (49.0)	1.00 (0.98–1.03)	.804
Náusea	1691 (28.5)	1711 (28.8)	0.98 (0.94–1.03)	.505
Vômito	1587 (26.7)	1611 (27.1)	0.99 (0.94–1.04)	.641
Rash	251 (4.2)	207 (3.5)	1.20 (1.01–1.43)	.042
Diarreia	452 (7.6)	425 (7.2)	1.06 (0.94–1.20)	.342
Gastrite	853 (14.4)	899 (15.1)	0.94 (0.87–1.02)	.149
Sangramento vaginal	214 (3.6)	243 (4.1)	0.88 (0.73–1.05)	.150
Reação alérgica	22 (0.4)	23 (0.4)	0.96 (0.53–1.71)	.882

Sulfato de Magnésio = Profilaxia contra desfechos adversos

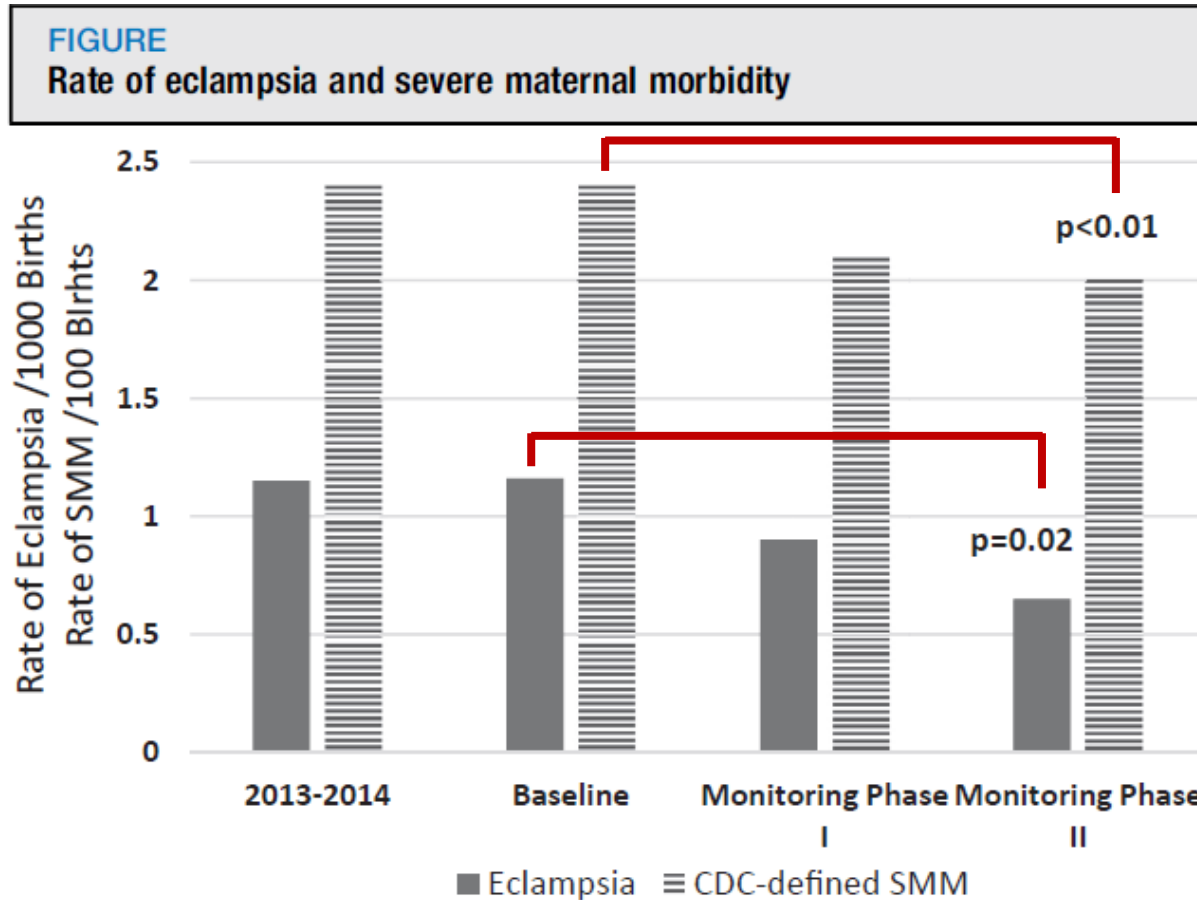
OBSTETRICS

Early standardized treatment of critical blood pressure elevations is associated with a reduction in eclampsia and severe maternal morbidity

Laurence E. Shields, MD; Suzanne Wiesner, RN, MBA; Catherine Klein, RN, CNM; Barbara Pelletreau, RN, MPH; Herman L. Hedriana, MD



Sulfato de Magnésio = Profilaxia contra desfechos adversos



Rate of eclampsia per 1000 births and rate of Centers for Disease Control and Prevention (CDC)-defined severe maternal morbidity (SMM) per 100 births.

Shields et al. Standardized treatment of critical blood pressure. Am J Obstet Gynecol 2017.

A incidência de ECLÂMPSIA foi reduzida em 42,6%

Houve redução importante na Morbidade Materna

Considerações finais = Prevenção em ampla perspectiva

- ✓ Identificar os fatores de risco
- ✓ Iniciar a prevenção precocemente
 - Em torno de 12 semanas ou até antes disso
 - Considerando a gestação como um “janela de oportunidades”...introduza a profilaxia mesmo após 12 semanas, se esta foi a sua oportunidade
- ✓ Orientar a gestante quanto à pré-eclâmpsia – A gestante precisa tornar-se sua aliada
 - Acreditamos em benefícios indiretos com essa abordagem da pré-eclâmpsia
- ✓ Nenhuma forma de rastreamento deve se sobrepor à identificação dos fatores clínicos
- ✓ É preciso encorajar o uso de Sulfato de Magnésio

DEPARTAMENTO DE OBSTETRÍCIA



UNICAMP



Sociedade Brasileira de Nefrologia



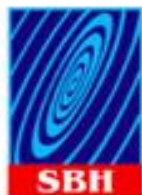
febrasgo

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria

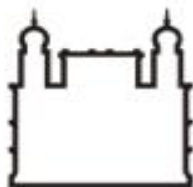


APM

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA



SBH



Ministério da Saúde



SOGESP

ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO



unesp



SOGMAT-SUL



HOSPITAL SANTA MARCELINA ENTIDADE FILANTRÓPICA



HOSPITAL MOINHOS DE VENTO Faculdade de Ciências da Saúde



IFF

INSTITUTO NACIONAL FERNANDES FIGUEIRA DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE



Sogirgs

Associação de Obstetria e Ginecologia do Rio Grande do Sul



IEP



Associação Médica Brasileira



CRM-PB CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA PARAIBA



SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENZIONISTA



UFPE



FCMS UNILUS



ASSOCIAÇÃO MATO GROSSENSE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



SOCIEDADE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DA PARAIBA



ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DE SERGIPE



SOGOPE



ASSOCIAÇÃO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



SGOB

Associação de Ginecologia e Obstetria do Distrito Federal



Faculdade de Medicina Universidade de Brasília



ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DE RORAIMA



Claretiano CENTRO UNIVERSITÁRIO



Universidade Federal de Uberlândia



UNIVERSIDADE DE SÃO CARLOS DO SUL



Associação de Ginecologia e Obstetria do Rio Grande do Sul



UMC UNIVERSIDADE



Associação de Ginecologia e Obstetria do Rio Grande do Norte



Faculdade de Medicina Universidade Federal do Rio Grande do Sul 120 anos