

DÚVIDAS NA GRAVIDEZ



Editores:

Dr. João Calheiros Alves
Dr. Sérgio Soares

Apoio:

Centro de PMA IVI Lisboa
Laboratórios Effik



Luísa Pargana | *Ginecologista e Obstetra. Consultório Gestus Lisboa e Gestus Portimão.*

DIABETES E GRAVIDEZ

Introdução

A Diabetes é uma doença crónica, muitas vezes silenciosa e que, quando presente, confere um risco acrescido de complicações à grávida. A Diabetes pode ser uma doença preexistente à gravidez, denominando-se nesses casos Diabetes Prévia à Gravidez (DPG) ou pode ser diagnosticada apenas no decurso da gestação, intitulando-se então Diabetes Gestacional (DG). São duas situações clínicas com pontos em comum, mas com graus de risco diferentes, quer para a grávida, quer para o seu filho.

A Consulta Pré-Concecional é uma consulta fundamental na planificação de toda a gravidez e deverá ser sempre agendada antes de suspender o seu método contraceutivo, de modo a que todas as situações clínicas de risco obstétrico, que têm na Diabetes um excelente exemplo, sejam acauteladas, diagnosticadas e tratadas. Deve-se desaconselhar a gravidez em caso de doença cardíaca isquémica, gastroenteroparesia grave, nefropatia grave, ou condições psicológicas, familiares ou socioeconómicas desfavoráveis.

CONSULTA PRÉ-CONCECIONAL

Diagnóstico precoce
Doenças crónicas
Revisão terapêutica

Avaliação do risco
da gravidez

Modificação do
estilo de vida

Normoglicémia

Incidência, definição e tipos de diabetes na gravidez

A Diabetes complica 1 a 14% de todas as gravidezes. A sua incidência tem vindo a aumentar na população mundial e estima-se que seguirá em aumento enquanto se mantiver a elevação da prevalência da obesidade nas mulheres em idade reprodutiva. Outras variáveis associadas a uma maior incidência da doença são os fatores socioeconómicos e demográficos (como o aumento da idade das grávidas) e hábitos comportamentais, como o estilo de vida mais



sedentário. Essa realidade constitui um importante problema de saúde pública que evolui de forma silenciosa, crônica e sistêmica.

A Diabetes é uma doença sistêmica caracterizada por uma hiperglicemia provocada pela secreção inadequada ou ação deficiente da insulina. A hiperglicemia materna e a resultante hiperinsulinemia fetal são centrais para a fisiopatologia das complicações na grávida diabética.

Na gravidez pode apresentar-se sob duas formas: a Diabetes Gestacional (DG), aquela cuja manifestação da intolerância aos hidratos de carbono apenas se manifesta na gravidez ou a Diabetes Prévia (DPG), diabetes preexistente ao estado gravídico.

Apesar de a DG ser definida como um estado de hiperglicemia temporário durante a gravidez, hoje sabemos que esta condição constitui uma Pré- Diabetes. A definição de DG é problemática, uma vez que muitas mulheres com Diabetes tipo 2 não estão diagnosticadas antes de engravidarem e, assim, o diagnóstico ocorre no 1º trimestre da gestação. Como tal, a semelhança entre a Diabetes tipo 2 e a DG leva-nos a considerar a DG como uma Diabetes tipo 2 "precoce", representando a mesma doença, mas com nomes e graus de gravidade diferentes.

Como a resistência aumentada à insulina e a intolerância à glicose estão associadas a um aumento do risco cardiovascular futuro e a mulher grávida está, geralmente, muito motivada para seguir programas de melhoria do bem-estar geral, a gravidez tende a ser um tempo ideal para educar em programas de prevenção.

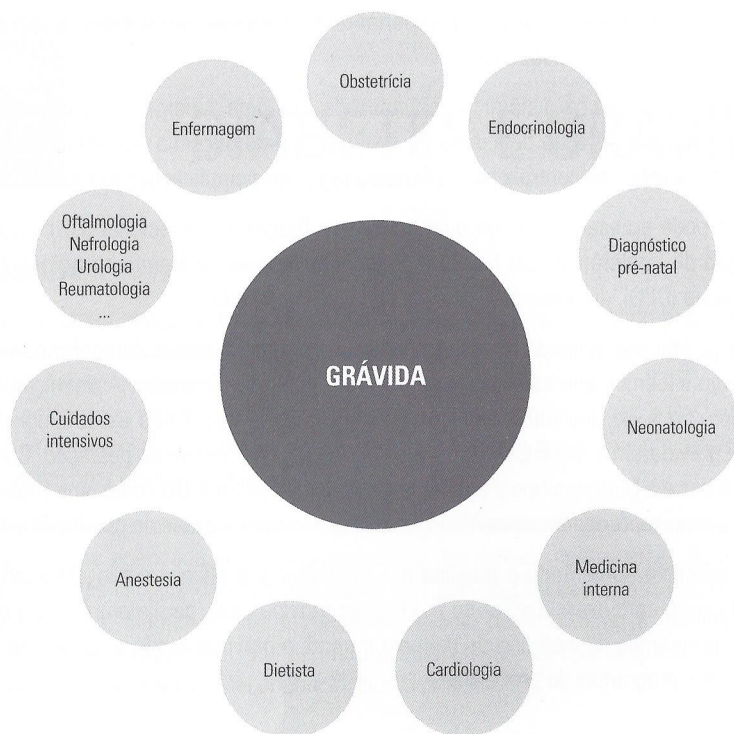
Fatores de risco para diabetes na gravidez e a diabetes como fator de risco para a gravidez

Há dois tipos de fatores de risco, os modificáveis e os não modificáveis.

Os fatores de risco modificáveis são a obesidade, o estilo de vida sedentário e a incorreta alimentação.

Os fatores de risco não modificáveis são a idade materna avançada, os antecedentes familiares de Diabetes (principalmente os da família materna), a história de DG em gravidez anterior, as etnias asiática, hispânica e afroamericana e a baixa estatura materna.

A gravidez com Diabetes tem aumento do risco de complicações para a mãe e para o feto ou mesmo o recém-nascido. Assim, feito o diagnóstico, a grávida deverá receber atenção de uma equipa multidisciplinar que inclui especialistas em Obstetrícia, Endocrinologia, Neonatologia, Anestesiologia, Medicina Interna, Nutrição, Enfermagem e outras especialidades consoante as complicações e as intercorrências existentes ao longo da gravidez.



Diagnóstico da diabetes na gravidez

Como primeiro passo, o estado glicémico deve ser avaliado idealmente em consulta pré-concepcional, de modo a poder-se diagnosticar a normoglicémia ou uma eventual Diabetes prévia tipo 1 ou tipo 2.

O diagnóstico de normoglicémia deve ser um pré-requisito para engravidar. Se, pelo contrário, se diagnostica uma Diabetes pré-concepcional, a doente deverá ser encaminhada para uma consulta em equipa multidisciplinar, para um correto diagnóstico de complicações e planeamento terapêutico ajustado à situação clínica. Só posteriormente, quando em normoglicémia, deverá engravidar e ter assim minimizados todos os riscos associados a esta patologia.

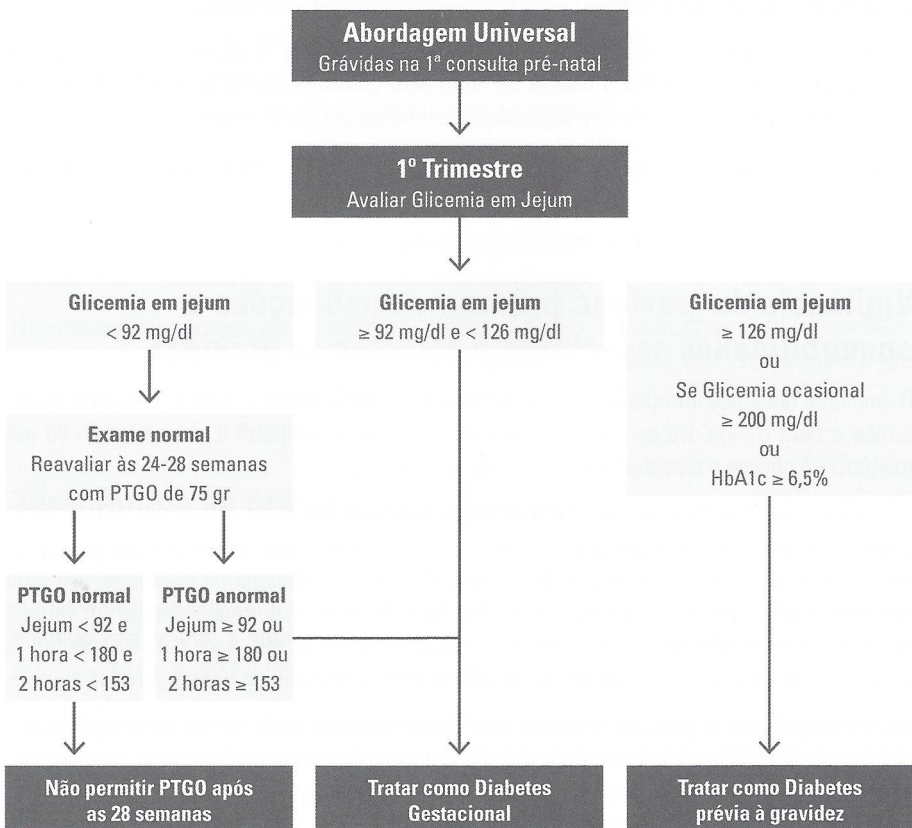
No caso de normoglicémia prévia à gravidez, a gestante deverá repetir a análise em jejum logo no 1º trimestre, o mais breve possível. Se o valor é normal, significa que não tem Diabetes e só deverá repetir o estudo glicémico no 2º trimestre da gestação, entre as 24 e 28 semanas, com a prova de tolerância à glicose oral (PTGO) (medições da glicemia em jejum e 1h e 2h após a ingestão de 75 g de soluto glicosado). Se a prova for normal, descarta-se a DG e a seguinte e última avaliação glicémica será efetuada no 3º trimestre.

Por outro lado, se a glicemia em jejum no 1º trimestre apresentar um valor ≥ 92 mg/dl, a DG é diagnosticada e a grávida deve ser encaminhada para a consulta multidisciplinar. Nestes casos, não deverá fazer a prova PTGO no 2º trimestre. O diagnóstico de DG está confirmado também nos casos com glicemia em jejum normal no primeiro trimestre e PTGO do 2º trimestre com algum valor alterado e, nesses casos, a grávida deve igualmente ser encaminhada para a consulta multidisciplinar de Diabetes e Gravidez.

O Consenso Nacional Português de Diabetes e Gravidez, publicado em 2011, apresentou os critérios para o diagnóstico de Diabetes na Gravidez, critérios vigentes até hoje e que se apresentam no quadro seguinte.

CONSENSO DIABETES E GRAVIDEZ JAN 2011

Estratégia diagnóstico e deteção / Anomalias glicemia no decurso da gravidez



CONSENSO DIABETES E GRAVIDEZ JAN 2011**NOVOS CRITÉRIOS**

Diagnóstico de DG (PTGO 75 g) 24/28 s

HORA	GLICEMIA PLASMÁTICA mg/dl (mmol/l)
0	92 (5,1)
1	180 (10,0)
2	153 (8,5)

DG $\geq$ 1 valor alterado

A autovigilância dos níveis da glicemia capilar, isto é, a medição pela própria grávida, avalia-se "picando" o dedo com agulha apropriada, em jejum e 1h após o início das 3 principais refeições.

O registo num caderno apropriado será fundamental para a deteção de desvios da normalidade. O ideal é ter níveis inferiores a 90 mg/dl em jejum e inferiores a 120-130 mg/dl 1h após o pequeno almoço, almoço e jantar.

Atenção às hipoglicémias nas grávidas sob terapia com insulina: o ensino de todos aspetos relacionados a essa terapêutica deverá ser feito pelo Endocrinologista e pela Enfermeira de modo a conseguir os objetivos com segurança e confiança por parte da grávida.

O registo correto de todo o programa é fundamental para a correta comunicação entre a grávida e os profissionais de saúde.

Vigilância da gravidez: prevenir complicações e comorbilidades associadas à diabetes na gravidez

O ambiente diabético intrauterino conduz a consequências nefastas a curto e longo prazo para a mãe e para o filho. Há aumento do risco de morbilidade perinatal e risco elevado de má tolerância à glicose e diabetes tipo 2 nos anos pós gravidez.

Os filhos de mãe diabética têm maior propensão à obesidade, bem como alterações da tolerância à glicose e diabetes na infância e enquanto adultos jovens. Cabe salientar que os estudos demonstram que a hiperglicémia materna tem implicações nefastas na embriogénese logo desde os estágios precoces, pré-implantatórios, daí a importância do conhecimento dos fatores de risco e a prevenção geral e, em particular, nas populações de alto risco para a Diabetes. A consulta pré-concepcional é fundamental para a adequada evolução de toda a gravidez.

Após o diagnóstico de gravidez, a consulta de Obstetrícia deverá ser prontamente agendada e cobrir todos os cuidados a prestar à grávida. O esquema de consultas deverá ser adequado ao estado de controlo metabólico e/ou à existência de complicações obstétricas. A vigilância fetal na DG diagnosticada no 1º trimestre é semelhante à da DPG.

Nenhuma técnica de avaliação do bem estar fetal será efetiva sem um controle glicêmico adequado.

A. Complicações obstétricas/maternas/do parto

Há um aumento do risco de hipoglicemia, infecções, cetoacidose, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, hidrâmnios, hemorragia pós-parto, parto vaginal traumático, cesariana e agravamento da doença vascular diabética se preexistente (complicações relacionadas à DPG).

B. Complicações fetais/neonatais e infância: o filho de mãe diabética

São mais frequentes as anomalias congênitas, com um aumento do risco em 5 a 10 % na DPG ou na Diabetes diagnosticada no 1º trimestre. A maioria das anomalias congênitas são diagnosticadas *in utero* e são a maior causa de mortalidade perinatal nos filhos de mulheres com DPG.

Observa-se uma maior incidência de macrosomia fetal (o aumento do peso fetal está intimamente relacionado com o controle glicêmico da grávida); morte fetal *in utero*; traumatismo no parto; Síndrome de Dificuldade Respiratória (doença da membrana hialina/taquipneia transitória do recém-nascido, por maior prevalência de prematuridade e atraso na maturação pulmonar/produção de surfatante, mesmo após as 37 semanas); asfixia; alterações metabólicas como hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesiemia e hiperbilirrubinemia; policitemia e cardiomiopatia (por acumulação de tecido adiposo e glicogênio no miocárdio, passível de diagnóstico por ecocardiografia fetal; os RN são na maioria assintomáticos, mas podem apresentar um quadro de insuficiência cardíaca grave. Os sintomas revertem espontaneamente e a hipertrofia desaparece entre os 2 e os 12 meses de vida).

Na infância, há maior risco de obesidade e diabetes. As situações mais graves estão associadas, na maioria das vezes, à DPG ou à DG diagnosticada no 1º trimestre, que eventualmente está associada aos mesmos riscos da DPG.

Terapêutica na grávida com Diabetes

A. Nutrição

A importância da nutrição no tratamento da Diabetes na gravidez está bem estabelecida. O objetivo será manter a normoglicemia, reduzindo o crescimento fetal acelerado e todas as complicações maternas e fetais associadas à hiperglicemia.

Perante o diagnóstico de Diabetes a grávida deverá ser orientada para a consulta de Nutrição, visando um programa individualizado de acordo com o seu estadió nutricional e o normal desenvolvimento do feto, providenciando energia suficiente, prevenindo a cetose e objetivando a educação alimentar que deverá manter em todo o período da gravidez e também no pós-natal.

B. Exercício físico

O exercício físico melhora a resistência periférica à insulina e a tolerância à glicose, melhorando os níveis de glicose pós prandial. O plano de exercício deverá ser individualizado, de acordo com o tipo de Diabetes, o biótipo materno, as complicações maternas, obstétricas e/ou fetais existentes.

C. Terapêutica farmacológica

Quando a dieta e o exercício por si só não são suficientes para manter os níveis de normoglicemia, será necessário instituir uma terapêutica farmacológica, sejam os hipoglicemiantes orais do tipo antidiabéticos orais, como a metformina, a administração de insulina ou ambos.

Antidiabéticos orais como a metformina atravessam livremente a placenta, mas não foram demonstrados efeitos teratogênicos no feto.

Nas mulheres nas quais os objetivos terapêuticos não são atingidos com a dose máxima de metformina recomendada, deve-se iniciar a administração de insulina.

O Endocrinologista e o Obstetra, em conjunto, estabelecerão o programa terapêutico farmacológico individualizado melhor indicado para a grávida alcançar a normoglicemia e prevenir as complicações. O controlo glicémico estrito irá melhorar o prognóstico da grávida com Diabetes, sendo o melhor marcador de que tudo está a decorrer dentro da normalidade.

DIAGNÓSTICO DA DIABETES GESTACIONAL

Referenciar  Equipa multidisciplinar

Controlo glicémico apertado = Melhor prognóstico

- Educação para a diabetes
- Autovigilância glicémica
- Dieta polifracionada
- Exercício físico
- Insulinoterapia / ADO

Nenhuma técnica de avaliação do bem estar fetal será eficaz sem um bom controlo glicémico

HÁ RELAÇÃO LINEAR

- Valores da glicémia materna
- Morbilidade - Materna
 - Fetal
 - Neonatal



O parto na grávida com diabetes

A idade gestacional ideal para a programação do parto depende principalmente da eventual necessidade de terapêutica farmacológica para controle metabólico eficaz e da existência de outras complicações materno-fetais. Em termos gerais, na DG com bom controle glicêmico apenas com dieta e exercício, o parto poderá ocorrer entre as 40 e 41 semanas. Se a DG exige intervenção farmacológica, deverá induzir-se o parto às 39 semanas. E, se existirem complicações maternas ou fetais associadas, cada caso deve-se avaliar de forma individualizada.

No caso de se tratar de DPG, na definição da idade gestacional para o parto deve-se ter em conta o equilíbrio entre os riscos inerentes à prematuridade e o risco de morte fetal tardia. Esta tem vindo a diminuir drasticamente nas últimas décadas, fruto do diagnóstico precoce da Diabetes e da prevenção e diagnóstico das complicações associadas, bem como da inovação terapêutica. Quanto melhor o controle glicêmico, menor o risco de complicações, aborto ou perda fetal. As alterações endócrinas associadas à Diabetes atrasam a maturidade pulmonar fetal, aumentando o risco de Síndrome de Dificuldade Respiratória em nascidos com idade gestacional inferior a 39 semanas. Assim, na DPG o parto deve ser programado para as 39 semanas e somente deve ser antecipado se existirem complicações obstétricas ou agravamento de doença materna.

Os fármacos utilizados para a maturação cervical são seguros e eficazes nas grávidas com diabetes. No caso de DPG ou DG mal controlada deverá proceder-se ao internamento da grávida previamente à data do parto. Durante o trabalho de parto a grávida será submetida a um protocolo de vigilância e terapêutica intraparto devidamente institucionalizado.

A via de parto na grávida diabética

A grávida com Diabetes poderá ter um parto por via vaginal se não houver contraindicações para essa via. Se a estimativa de peso fetal for superior a 4.000 g, ou em mulheres com antecedentes de parto traumático (distócia de ombros, recém-nascidos com paralisia do plexo braquial e/ou lesões maternas) ou outras indicações para cesariana eletiva, esta será a via de escolha. A realização das cesarianas eletivas no início da manhã facilita o controle metabólico em doentes em jejum.

Analgesia

Não existe contraindicação à realização de analgesia epidural ou anestesia geral em grávidas com Diabetes.

Implicações pós-parto

Risco materno de diabetes no futuro

A DG confere um risco 7 vezes maior de Diabetes no futuro, independentemente de outros fatores de risco, como o excesso de peso, a adiposidade visceral, etc. Um terço das mulheres com Diabetes foram afetadas pela DG no seu passado.

A chamada reclassificação da DG no pós-parto deverá ocorrer daí a 6 e as 8 semanas. Deverá ser realizada uma prova de tolerância oral à glicose (ingestão de 75 g), conforme mostrado no quadro abaixo.

RECLASSIFICAÇÃO DG 6-8 SEMANAS PÓS-PARTO

PTOG 75 g (Adulto)			
	Normoglicemia	Outras anomalias	Diabetes <i>mellitus</i>
Diabetes em jejum	< 110 mg/dl	≥ 110 e < 126 mg/dl	≥ 126 mg/dl
Glicemia 2h após	< 140 mg/dl	≥ 140 e < 200 mg/dl	≥ 200 mg/dl

As mulheres são reclassificadas como normoglicêmicas, como tendo Anomalia do Jejum, da Sobrecarga ou Diabetes, conforme preenchem os critérios acima.

Perante o diagnóstico de Anomalia ou Diabetes, deverão ser orientadas para a Consulta de Endocrinologia.

As mulheres que já iniciaram a gravidez com Diabetes ou as com DPG deverão manter o seu seguimento de Endocrinologia, de modo a avaliar o estado atual da Diabetes e possíveis complicações ou o agravamento da mesma após o término da gravidez.

Apoio:

