

Diabetes Gestacional – Vigilância e tratamento e parto

Autores: Ana Catarina Massa, Ana Isabel Machado, Natércia Candeias, Augusta Borges, Lisa Vicente

Introdução:

A vigilância da gravidez com diabetes gestacional deve decorrer num hospital de apoio perinatal diferenciado por uma equipa multidisciplinar.

Vigilância anteparto:

Após o diagnóstico de DG:

- referenciar à Consulta de Nutrição para elaboração de um plano alimentar individualizado;
- incentivar prática de exercício físico regular (caminhada 30 min/dia, pós-prandial);
- propor a autovigilância glicémica: 4 determinações diárias (jejum e 1 hora após o início das 3 principais refeições)

objetivos glicémicos: jejum ≤ 95 mg/dL (≤ 5.3 mmol/L)

pós-prandial ≤ 140 mg/dL (≤ 7.8 mmol/L)

A vigilância anteparto deve ser individualizada tendo em consideração fatores como:

- idade gestacional do diagnóstico (1º trimestre, 2º trimestre);
- contolo metabólico;
- tipo de terapêutica instituída (nutricional, farmacológica);
- existência de alterações do crescimento fetal ou da quantidade de líquido amniótico (LA).

Vigilância preconizada na **DG diagnosticada no 1º trimestre:**

1º Trimestre	- consulta de obstetrícia mensal: - análises 1ºT + HbA1c: - rastreio combinado 1º T (11-13s+6d).
2º Trimestre	- consulta de obstetrícia mensal: - ecografia morfológica entre as 20-22s (ênfase para a área cardíaca): - ecocardiografia fetal entre 20-24s (se difícil controlo metabólico ou uso de terapêutica farmacológica < 20s); - análises 2ºT; - ecografia fetal às 28s (avaliar crescimento fetal e LA) ⁽¹⁾ .
3º Trimestre	- consulta de obstetrícia a cada 2-4 semanas até às 36-37s e depois semanalmente; - análises 3ºT: - ponderar avaliação ecográfica a cada 4-6 semanas; - ecografia fetal entre as 37-38s para estimativa ponderal fetal; - a cardiotocografia (CTG) deverá ser realizada no termo em grávidas com bom controlo metabólico e sem terapêutica farmacológica. Nos restantes casos a decisão deve ser individualizada;

⁽¹⁾Alterações do crescimento fetal e/ou da quantidade de LA em ecografia das 28 semanas devem implicar ajuste terapêutico.

Vigilância preconizada na **DG diagnosticada no 2º trimestre:**

3º Trimestre	- consulta de obstetrícia a cada 2-4 semanas até às 36-37s e depois semanalmente; - análises 3ºT + HbA1c; - ecografia fetal às 32s e às 37-38s para estimativa ponderal fetal; - a cardiocotografia (CTG) deverá ser realizada no termo em grávidas com bom controlo metabólico e sem terapêutica farmacológica. Nos restantes casos a decisão deve ser individualizada;
--------------	---

Na avaliação do crescimento fetal deverá considerar-se para além da estimativa ponderal fetal a existência de discrepância entre o perímetro cefálico e abdominal - fator de risco para morbilidade perinatal e trauma no parto.

Tratamento:

- Tratamento nutricional

- instituir a todas as grávidas;
- se após 1-2 semanas os objetivos glicémicos não forem globalmente atingidos deverá ser iniciada terapêutica farmacológica - referenciar à Consulta de Endocrinologia.

- Tratamento farmacológico - antidiabéticos orais:

- *Metformina*: biguanida; categoria B
atravessa a placenta, sem efeitos teratogénicos demonstrados
segura e eficaz; associa-se a menor aumento ponderal mas mais parto pretermo
dose: inicial 500mg/dia, máximo 3000mg (1-3x/dia, durante ou após as refeições).
- *Glibenclamida*: sulfonilureia; categoria B
passagem transplacentar controversa, sem efeitos teratogénicos demonstrados
dose: inicial 1.25mg, máximo 20mg (1-3x/dia, antes das refeições).

- Tratamento farmacológico - insulina

- Início de ação mais rápido; não atravessa a placenta
- As insulinas humanas e análogos podem ser usados na grávida. Neste momento ainda há poucos dados sobre o uso de glulisina na gravidez;
- Plano individualizado (dose diária inicial 0.7 - 1.0 UI/Kg).

Após instituição de terapêutica farmacológica deverão ser realizadas 4 ou mais determinações glicémicas consoante o esquema terapêutico.

O controlo metabólico pode ser aferido através do perfil glicémico, crescimento fetal em ecografia, índice de LA e, em algumas situações, o doseamento de HbA1c.

Complicações:

Maternas	- complicações hipertensivas da gravidez (HG, PE); - parto por cesariana; - diabetes mellitus tipo 2 no futuro.
Fetais	- alteração do crescimento fetal (macrossomia > restrição); - polihidrâmnios; - distócia de ombros; - trauma no parto; - morte fetal

Neonatais	- complicações metabólicas (hipoglicémia, hiperbilirrubinémia, hipocalcémia, hipomagnesémia, policitémia); - cardiomiopatia.
Criança / adolescente	- síndrome metabólica; - diabetes mellitus tipo 2 no futuro.

HG - hipertensão gestacional, PE - pré-eclâmpsia, IG - idade gestacional

Parto:

- Idade gestacional do parto

Avaliar: controlo metabólico materno, alterações do crescimento fetal e fatores de risco (idade materna ≥ 40 anos, obesidade e antecedentes de complicações obstétricas):

- se bom controlo metabólico, crescimento fetal e LA normal: parto até às 40s+6d;
- nas restantes grávidas: decisão individualizada- parto até às 39s+6d

- Via de parto

A via vaginal é considerada preferencial.

Ponderar	de	acordo	com:
- paridade		- TP espontâneo ou induzido	
- obesidade		- controlo metabólico na gravidez	
- antecedentes de macrosomia		- alterações do crescimento fetal.	
- antecedentes de partos traumáticos			

Considerar via alta na presença de:

- discrepância entre perímetro abdominal e cefálico (≥ 50 mm)
- perímetro abdominal $> P95$
- estimativa ponderal fetal > 4500 g no parto
- antecedentes de parto traumático.

Se início espontâneo de trabalho de parto, considerar parto vaginal se boa progressão no 2º estadio.

- Bibliografia:

Consenso " Diabetes Gestacional: Atualização 2017" Revista Portuguesa de Diabetes 2017; 12 (1): 24-38

ACOG (Julho 2017). "Gestational Diabetes Mellitus", Practice Bulletin nº180.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (2009). "Global Guideline on Pregnancy and Diabetes". IDF Clinical Guidelines Task Force. Brussels.

CLAUDIA CAISSUTTI, VINCENZO BERGHELLA (2017). "Scientific Evidence for Different Options for GDM Screening and Management: Controversies and Review of Literature". BioMed Research International, vol. 2017, article ID 2746472, 12 pages.

LYNN R MACK, PAUL G TOMICH (2017). "Gestational Diabetes - Diagnosis, Classification and Clinical Care". Obstetrics & Gynecology Clinics of North America; 44:207-217.

RITA BERGEL, ERAN HADAR, YOEL TOLEDANO, MOSHE HOD (2016). "Pharmacological Management of Gestational Diabetes Mellitus". Current Diabetes Report; 16(11):118.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA (2013). "Recomendações Nacionais da SPD para o Tratamento da Hiperglicemia na Diabetes Tipo 2 - Versão resumida". Revista Portuguesa de Diabetes; 8 (1):30-41.