

Diabetes gestacional

Gestational Diabetes

Gabriela da Silva Marques Ribas
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
gabriela08bm@hotmail.com

Letícia Camilo Aguiar Silva
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
leticia.cas@outlook.com

Victoria Pehrson Barbosa da Silva
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
victoriapehrson@hotmail.com

João Paulo Ferreira Rotondo
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
joaopaulo_rotondo@hotmail.com

RESUMO

Diabetes Gestacional (DG) define-se como um subtipo de intolerância aos hidratos de carbono diagnosticado ou detectado pela primeira vez no decurso da gravidez, diferenciando-se da Diabetes na Gravidez por apresentar valores glicêmicos intermédios entre os níveis que considera normais na gravidez e valores que excedem os limites diagnósticos para a população não grávida. A importância de realizar corretamente o pré-natal e o rastreamento para o DMG está em poder evitar complicações neonatais, tais como: aumento do número de partos cesáreos, policitemia, icterícia, hipoglicemia e aumento do risco de malformação congênita. O presente artigo trata-se de um relato de um caso clínico de uma paciente atendida na Unidade Básica de Saúde, em Volta Redonda, Rio de Janeiro. O caso se refere a paciente de 24 anos, sexo feminino, negra, casada, comerciante, natural e residente da cidade de Volta Redonda, G1POA0, com 26 semanas e 2 dias de gestação, com queixa principal de sensação de cansaço, sede excessiva e vontade constante de urinar nos últimos 2 meses. Foram realizados os exames complementares: glicemia em jejum e o teste de tolerância oral 75g (TTO). Com isso, foi feito o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e a paciente foi encaminhada ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR).

Palavras-chave: Diabetes Gestacional; gravidez; consulta de pré-natal.

ABSTRACT

Gestational Diabetes (DG) is defined as a subtype of carbohydrate intolerance first diagnosed or detected in the course of pregnancy, differing from Diabetes in Pregnancy by presenting intermediate glycemic values between the levels it considers normal in pregnancy and values that exceed the diagnostic limits for the non-pregnant population. The importance of correctly performing prenatal care and screening for GDM is to be able to avoid neonatal complications, such as: increased number of cesarean deliveries, polycythemia, jaundice, hypoglycemia and increased risk of congenital malformation. This article is a report of a clinical case of a patient treated at the Basic Health Unit in Volta Redonda, Rio de Janeiro. The case refers to a 24-year-old patient, female, black, married, merchant, born and resident of the city of Volta Redonda, G1POA0, with 26 weeks and 2 days of gestation, with the main complaint of feeling of tiredness, excessive thirst and constant desire to urinate in the last 2 months. Complementary tests were performed: fasting glucose and the 75g oral tolerance test (TTO). With this, the diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus (GDM) was made and the patient was referred to High-Risk Prenatal (HRPN).

Keywords: Gestational Diabetes; pregnancy; prenatal consultation.

1 CONTEXTO

Diabetes Gestacional (DG) define-se como um subtipo de intolerância aos hidratos de carbono diagnosticado ou detectada pela primeira vez no decurso da gravidez, diferenciando-se da Diabetes na Gravidez por apresentar valores glicêmicos intermédios entre os níveis que considera normais na gravidez e valores que excedem os limites diagnósticos para a população não grávida (WHO, 2013). É uma condição patológica caracterizada por uma disfunção pancreática, branda ou grave, em que este pode sofrer desde um simples funcionamento inadequado até a perda total de sua capacidade de produção de insulina (ZAU-PA; ZANONI, 2000). Neste contexto, a avaliação do estado nutricional materno é essencial para identificar mulheres com risco gestacional. O monitoramento nutricional na gestação, com seu impacto positivo na saúde materno-fetal e no pós-parto, tem sido apontado como elemento fundamental na prevenção. (REIS, 2011). Os critérios de diagnósticos recomendados baseados nos resultados do estudo Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) e de acordo com os critérios da Associação Internacional dos Grupos de Estudos de Diabetes e Gravidez (IADPSG) que demonstrou a existência de uma relação linear entre os valores da glicemia materna e as morbidades materna, fetal e neonatal. A primeira consulta do pré-natal todas as grávidas deverão ser submetidas a uma glicemia plasmática em jejum, se este valor for superior ou igual a 92 mg/dl, mas inferior a 126 mg/dl faz o diagnóstico de Diabetes Gestacional. Grávidas com valores de glicemia plasmática em jejum igual ou superior a 126 mg/dl ou com o valor de glicemia plasmática ocasional superior a 200 mg/dl, se confirmado com um valor em jejum superior ou igual a 126 mg/dl, devem ser considerados como tendo o diagnóstico de Diabetes Mellitus na Gravidez. Caso o valor da glicemia seja inferior a 92 mg/dl, a grávida deve ser reavaliada entre 24 a 28 semanas de gestação com uma PTOG com 75g de glicose. Segundo o Fourth Internacional Workshop Conference on Gestational Diabetes Mellitus, recomendam o rastreamento seletivo para mulheres com idade igual ou superior a trinta anos e para as mais jovens com fatores de risco. Ainda recomendam rastreamento universal para mulheres de grupos étnicos com taxas de Diabetes Mellitus. Outros fatores de risco estão ligados a uma idade avançada, história familiar e maior peso corporal. A importância de realizar corretamente o pré-natal e o rastreamento para o DMG está em poder evitar complicações neonatais, tais como: aumento do número de partos cesáreos, policitemia, icterícia, hipoglicemia e aumento do risco de malformação congênita. A macrossomia é considerado a principal preocupação devido os níveis elevados de glicose que o feto recebe da mãe, e a hipoglicemia pósnatal, em que a produção de insulina produzida pelo feto encontra-se aumentada para poder compensar a quantidade que lhe era imposta (SCHIMITT; RIBEIRO; PAES, 2009). Com o relato do caso nesse artigo, pretende-se que seja demonstrada uma situação de um diagnóstico de Diabetes Gestacional, com a finalidade de auxiliar outros profissionais da saúde a identificarem as complicações e possíveis clínicas dentro dessa condição. O objetivo desse artigo foi realizar um relato de caso clínico de uma paciente com diabetes gestacional, atendida na Unidade Básica de Saúde, no município de Volta Redonda.

2 APRESENTAÇÃO DE CASO

Paciente de 24 anos, sexo feminino, negra, casada, comerciante, natural e residente da cidade de Volta Redonda, chegou à Unidade Básica de Saúde para sua consulta de pré-natal, G1POAO, com 26 semanas e 2 dias de gestação, relatou como queixa principal sensação de cansaço, sede excessiva e vontade constante de urinar nos últimos 2 meses. Era etilista, com consumo de 2 doses por semana, até o início da gestação. Negou tabagismo, consumo de drogas ilícitas ou uso de medicações durante a gestação. Na história patológica pregressa, negou hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, e outras comorbidades. Sem história prévia de Diabetes Mellitus, mas com história familiar positiva para a doença (mãe). Não possui histórico de alergias, intervenções cirúrgicas ou transfusões sanguíneas prévias. Portadora de sobre-

peso, com índice de massa corporal de 27,9 kg/m² antes do início da gestação. Sobre os antecedentes ginecológicos relata possuir ciclos menstruais regulares até o momento da gravidez atual. Não utiliza métodos anticoncepcionais farmacológicos, alega uso de preservativo em todas as relações sexuais com parceiros anteriores, no entanto, com o marido não faz uso e, antes da gravidez, utilizava o método da tabelinha para controlar as datas do período fértil. Nega histórico de DSTs ou cirurgias ginecológicas e narra ter realizado último exame preventivo há 1 ano. No exame físico, a paciente apresenta um bom estado geral, nutrida, hidratada, alerta, lúcida e orientada no tempo e espaço, sem alteração na fala e linguagem, e na marcha, boa postura, fâcies atípicas. Normocrômica, anictérica, acianótica, afebril (T= 36,5°), eupneica (FR = 16 ipm), normocárdica (FC = 85 bpm), normotensa (PA = 120 × 70 mmHG). Ao exame obstétrico/ginecológico, BCF: 141 bpm; medida uterina 34 cm; dinâmica uterina com a ausência de contrações. Colo uterino apresentava-se longo; apresentação fetal cefálica, bolsa íntegra. 8 Referiu realizar esforço moderado no trabalho como comerciante e ficar a maior parte das 8 horas de trabalho em pé, além de percepção de inchaço nas pernas durante o serviço. Tem média de 6 horas de sono por noite. Alegou diurese preservada, com aumento da frequência e volume urinário. Relata evacuações diárias, de consistência normal. Possui uma alimentação com alta taxa de gordura e carboidratos, moderada ingestão de proteínas, verduras e legumes e carência de frutas. Não pratica atividades físicas regulares.

3 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

A paciente recebeu recomendação para realizar os exames complementares que foram glicemia em jejum e o teste de tolerância oral 75g (TTO). Com o recebimento dos exames, foi visto os seguintes resultados: glicemia em Jejum = 120mg/dL; TTO em jejum = 93 mg/dL, na 1ª hora = 180 mg/dL e na 2ª hora = 155 mg/dL. Em exame anterior, realizado em sua primeira consulta de pré-natal, às 13 semanas de gestação, sua glicemia de jejum teve como resultado 85 mg/dl. Com isso, foi feito o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e a paciente foi encaminhada ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR).

4 DISCUSSÃO

As recomendações atuais, segundo a ADA (American Diabetes Association), são de que o rastreamento de diabetes na gestação, deve ser realizado a partir da primeira consulta de pré-natal. Se a idade gestacional for de até 20 semanas, deve-se realizar glicemia plasmática de jejum. Como resultado, se glicemia de jejum for ≥ 126 mg/dl, confirma-se o diagnóstico de Diabetes Mellitus diagnosticado durante a gestação. Uma glicemia de jejum entre 92 e 125 mg/dl, confirma-se o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional. E caso a glicemia de jejum seja < 92 mg/dl, deve-se realizar Teste de Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) entre 24 e 28 semanas. O Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) compreende a dosagem da glicemia em jejum e a glicemia 1 hora e 2 horas após a ingestão de 75 g de glicose pela via oral. Para confirmação do diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional é necessário ao menos um valor de jejum ≥ 92 mg/dl ou uma glicemia na 1ª hora ≥ 180 mg/dl ou na 2ª hora ≥ 153 mg/dl. 9 No caso relatado, a primeira consulta de pré-natal foi realizada com 13 semanas de gestação, sendo então solicitado o teste de glicemia plasmática em jejum, já que a paciente se apresentava com menos de 20 semanas de gestação. O resultado deste foi de 85 mg/dl, sendo então recomendada a realização do TOTG, o qual foi realizado com 26 semanas de gestação. Os resultados de glicemia de jejum = 93 mg/dL, na 1ª hora = 180 mg/dL e na 2ª hora = 155 mg/dL confirmaram o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional. Além disso, pode-se perceber que a paciente possuía fatores de risco para a doença, entre eles o sobrepeso e a história familiar de Diabetes Mellitus

em parente de primeiro grau, no caso, sua mãe. Também, ela apresentava quadro clínico sugestivo de Diabetes Mellitus Gestacional, com queixa de aumento da frequência urinária (poliúria) e aumento da sede (polidipsia), sintomas característicos da doença. Como mostrado no caso acima, existem muitas pacientes que iniciam suas consultas de pré-natal tardiamente, o que acarreta em uma pesquisa tardia da origem dos sintomas, em possíveis complicações ao feto e dificulta o controle glicêmico. Ademais, é imprescindível que haja o reconhecimento do quadro clínico mesmo que o rastreo também tenha sido feito de maneira precoce, tendo em vista que uma alimentação não adequada pode acarretar o desenvolvimento de Diabetes Gestacional durante toda a gravidez. Portanto, é totalmente necessário que sempre seja feito um pré-natal com a quantidade preconizada de consultas e exames complementares para que a gestante e o feto sejam sempre acompanhados em sua totalidade.

5 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1. Paciente de 26 anos, primigesta, sem comorbidades prévias, em acompanhamento pré-natal de rotina, realiza TOTG com 75 g de glicose na 25ª semana de gestação com os seguintes resultados: jejum = 102 mg/dl; 1 hora = 192 mg/dl; 2 horas = 147 mg/dl. De acordo com o estudo HAPO, a conduta inicial para essa paciente é:

- a) Iniciar insulinoterapia.
- b) Seguir com o pré-natal de rotina.
- c) Indicar dieta e exercícios físicos.**
- d) Realizar curva glicêmica com 100 g de glicose.

2. Mulher, 42a, G3P2C2A0 e idade gestacional 35 semanas, comparece ao pronto-socorro com queixa de redução de movimentos fetais. Refere múltiplos episódios de hipoglicemia, embora mantenha padrão alimentar e a mesma dose de insulina. Antecedentes pessoais: diabetes e hipertensão gestacionais em uso de insulina NPH 30 unidades ao dia e metildopa 750 mg/dia. Exame físico: PA = 110 x 80 mmHg. Fita urinária: proteína: negativa. Essa intercorrência pode ser explicada por:

- a) Desenvolvimento fisiológico da gestação.
- b) Pré-eclâmpsia sobreposta.
- c) Insuficiência placentária.**
- d) Malformação fetal.

3. Pode usar antidiabéticos orais?

Não. Apesar de já estarem disponíveis alguns estudos com metformina e gliburida (glibenclamida), ainda não há consenso sobre seu uso e não há segurança quanto ao uso dos outros hipoglicemiantes orais. O Ministério da Saúde considera o uso apenas da metformina como monoterapia quando há inviabilidade de adesão ou acesso à insulina ou como adjuvante em pacientes com hiperglicemia grave necessitam de altas doses de insulina (> 100 UI).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FEBRASGO. Rudge MVC, Amaral MJ, editores. **Diabete e hipertensão na gravidez: manual de orientação**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2004. v.3.

International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. *Diabetes Care*. March 2010; Vol 33 (3).

Joslin Diabetes Center and Joslin Clinic. **Guideline for detection and management of diabetes in pregnancy**. Communication Department 2003;617-732-2695.

Metzger BE, Coustan DR. Summary and recommendations of the Fourth International Workshop- Conference on Gestational Diabetes Mellitus. The Organizing Committee. *Diabetes Care* 1998; 21 Suppl 2:B161-

Reis LBS, Silva APR, Calderon IMP. **Acompanhamento nutricional no Diabetes Mellitus Gestacional**. *Com. Ciências Saúde*. 2011; 22 Sup 1:S93-S100.

Schmitt ML, Ribeiro SL, Paes MAS, Ribeiro RM. **Prevalência de diabetes gestacional no município de São Joaquim – SC**. *RBAC* 2009;41(1): 43-45

The HAPO Study Cooperative Research Group. **Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome**. *N Engl J Med* 2008; 358: 1991-2002.

ZAUPA, C.; ZANONI, J. N. **Diabetes mellitus: aspectos gerais e neuropatia diabética**. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, v. 4, n.1, p. 19-25. 2000.