

Diabetes gestacional: revisão de literatura

Gestational diabetes: literature review

DOI:10.34117/bjdv7n12-087

Recebimento dos originais: 12/11/2021
Aceitação para publicação: 04/12/2021

Paula Caroline Fernandes Ferreira

Graduanda no curso superior de Medicina UNESC - Centro Universitário do Espírito Santo
Endereço: Avenida Manuel Nunes do Amaral Pereira, 50, 29090690, Vitória - ES
E-mail: paulacarolinefernandes@hotmail.com

Paloma Meireles de Oliveira Sabatini

Ensino superior completo - Biomedicina
Instituição: FASB - Faculdade do Sul da Bahia
Endereço: Rua Antonio Perutti, 363. Honório Fraga - Colatina - ES
E-mail: paloma.meireles01@hotmail.com

Maria Júlia Carvalho de Souza

Graduanda no curso superior
Medicina UNESC-Centro universitário do Espírito Santo
Endereço: Avenida Nossa Senhora da Penha 467
E-mail: mariajucarvalhodesouza@gmail.com

Luisa de Carvalho Emery Ferreira

Graduanda no curso de medicina
Instituição UNESC
Endereço : Av São Paulo n2049 Ed Walter Casagrande - Praia da Costa Vila Velha
E-mail luisaa.carvalho@gmail.com

Yasmim Borges Policário

Graduanda em Medicina no Centro Universitário do Espírito Santo- UNESC
Avenida Nossa Senhora da Penha 467, Honório Fraga Colatina
E-mail: yasmimbp@hotmail.com

Gabriela Rocha Uliana

Graduanda em medicina
Instituição: UNESC
Endereço: Rua Espírito Santo, 89, Alcebíades
E-mail: gabirochauliana@hotmail.com

Letícia Biciate Federici

8º período de medicina

Instituição de ensino: Centro Universitário de Caratinga

Endereço: Avenida Dário da Anunciação Grossi número 1582, apto 2104

E-mail: leticiabiciate@gmail.com

Bruna Celeghini Goulart

Ensino superior incompleto (cursando 5 período)

Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes

Endereço: Rua Ametista, número 370, condomínio Vila do Ouro, Nova Lima - MG

E-mail: bruna.celeghini.g@gmail.com

Layla Nathânia Teixeira

Pós graduada em enfermagem do trabalho, pós graduanda em urgência, emergência e atendimento pré hospitalar e graduanda em medicina no 11º período

Faminas BH

Rua Joaquim Clemente 40, apt 101 bloco 7 - Juliana Belo Horizonte

CEP 31744-518

lalla_nathania@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: O diabetes mellitus gestacional (DMG) se relaciona com várias complicações maternas e fetais. Dentre essas complicações, inclui a pré-eclampsia, necessidade de indução do trabalho de parto e parto cesáreo, a prematuridade, macrossomia e natimorto. Além disso, mulheres com DMG apresentam risco aumentado a longo prazo para desenvolvimento de diabetes mellitus do tipo 2 e, conseqüentemente, maior risco cardiovascular. **Objetivos:** O objetivo desse estudo é revisar sobre o manejo de diabetes gestacional, vista que se trata uma doença de alta prevalência e morbidade materno-fetal. **Métodos:** Os bancos de dados Pubmed, Diretrizes e protocolos hospitalares foram pesquisados eletronicamente utilizando os descritores diabetes gestacional, diabetes e gestação de alto risco nos idiomas inglês e português. **Discussão e Conclusão:** O diagnóstico e o tratamento do diabetes gestacional são importantes para evitar a morbimortalidade materno-fetal. Dessa forma, revisar o manejo dessa doença se faz necessário em todos âmbitos de atenção.

Palavras-chaves :diabetes gestacional,diabetes e gestação de alto risco .

ABSTRACT

Introduction: Gestational diabetes mellitus (GDM) is related to several maternal and fetal complications. These complications include pre-eclampsia, need to induce labor and cesarean delivery, prematurity, macrosomia and stillbirth. In addition, women with GDM are at increased long-term risk for developing type 2 diabetes mellitus and, consequently, greater cardiovascular risk. **Objectives:** The aim of this study is to review the management of gestational diabetes, considering that it is a disease of high prevalence and maternal-fetal morbidity. **Methods:** The Pubmed, Guidelines and hospital protocols databases were searched electronically using the descriptors gestational diabetes, diabetes and high-risk pregnancy in English and Portuguese. **Discussion and Conclusion:** The diagnosis and treatment of gestational diabetes are important to prevent maternal-fetal morbidity and mortality. Thus, reviewing the management of this disease is necessary in all areas of care.

Keywords : gestational diabetes, diabetes and high risk pregnancy

1 INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus gestacional (DMG) se relaciona com várias complicações maternas e fetais. Dentre essas complicações, inclui a pré-eclampsia, necessidade de indução do trabalho de parto e parto cesáreo, a prematuridade, macrossomia e natimorto. Além disso, mulheres com DMG apresentam risco aumentado a longo prazo para desenvolvimento de diabetes mellitus do tipo 2 e, conseqüentemente, maior risco cardiovascular.¹

O diagnóstico é realizado através do teste oral de tolerância a glicose entre a vigésima quarta e a vigésima oitava semana de gestação. O tratamento não farmacológico inclui mudanças dietéticas e prática de atividade, ao passo que o tratamento farmacológico conta com a insulina como aliada principal.^{1,2,3,5}

A meta terapêutica nas gestantes é glicemia em jejum até 95mg/dL, glicemia 1 hora pós-prandial até 140mg/dL e a glicemia 2 horas pós-prandial até 120mg/dL.⁷ O diagnóstico e o tratamento do diabetes gestacional são importantes para evitar a morbimortalidade materno-fetal.^{1,2,3,5}

2 OBJETIVO

O objetivo desse estudo é revisar sobre o manejo de diabetes gestacional, vista que se trata uma doença de alta prevalência e morbidade materno-fetal.

3 MÉTODOS

Os bancos de dados Pubmed, Diretrizes e protocolos hospitalares foram pesquisados eletronicamente utilizando os descritores diabetes gestacional, diabetes e gestação de alto risco nos idiomas inglês e português. Foram utilizados apenas publicações de livre acesso, estudos randomizados e publicados nos últimos 5 anos.

4 DESENVOLVIMENTO

Segundo as diretrizes da American Diabetes Associations de 2021, diabetes mellitus gestacional (GDM) é uma doença específica da gravidez, sendo definida como

“diabetes que é diagnóstica pela primeira vez no segundo ou terceiro trimestre da gravidez que claramente não é diabetes evidente”.^{2,3}

A ocorrência de DMG em uma gestação anterior é um dos principais fatores de risco para DMG (Entre 40 e 73% das mulheres experimentaram a recorrência da diabetes gestacional em gestação posteriores). Além disso, dados de estudos epidemiológicos e de cirurgia bariátrica sugerem que a redução do peso corporal previamente a gestação reduz a chance de desenvolver diabetes gestacional. Entretanto, ainda são necessários estudos de maior relevância de evidencia para comprovar o real impacto dessa mudança de vida na etiopatogenese da doença.^{1,2,5}

Existem outros fatores de risco para diabetes na gestação como a obesidade ou sobrepeso, a idade materna superior a 35 anos, o histórico familiar de parentes de primeiro grau com diabetes, glicemia jejum entre 100 a 125mg/dl ou HBA1 entre 5,8 e 6,4 e etnia hispânica ou raça nativa americana, asiática e afro-americana.^{1,2,5}

O diabetes gestacional foi descrito pela primeira vez na Alemanha em 1824 e, em 1926, Lambie defendeu o teste oral de tolerância a glicose (TOTG) para cálculo do equilíbrio cetogênico-anticetogênico.⁴

O diabetes gestacional é diagnosticado pelo teste oral de tolerância à glicose ainda hoje ou também pela glicemia em jejum maior ou igual a 92mg/dl ou pela glicemia em jejum maior ou igual a 92mg/dl. O TOTG (120 minutos e 75g de glicose) pode ser indicado no primeiro trimestre, caso a gestante tenha alto risco de desenvolver a doença, mas é obrigatório entre a 24 e 28 semanas de gestação em todas as mulheres com metabolismo glicêmico sem alteração prévia. Para conclusão do diagnóstico de DMG, precisa ter alteração glicêmica de pelo menos um exame do TOTG (plasma em jejum exceder 92 mg/dl ou se o nível de glicose plasmática após 1h exceder 180 mg ou se após 2h exceder 153 mg/dl).^{7,8}

Ao manejar pacientes com diabetes gestacional, tem-se como meta terapêutica a glicemia em jejum até 95mg/dL, a glicemia 1 hora pós-prandial até 140mg/dL e a glicemia 2 horas pós-prandial até 120mg/dL. Além disso, vale ressaltar que, no primeiro atendimento dessas pacientes, deve ser solicitado urina rotina, gram/urocultura, hemograma completo e avaliação renal. Recomenda-se que essas pacientes sejam também acompanhadas pelo endocrinologista e orientadas quanto à sinais de alerta como dor abdominal, náuseas, vômitos, confusão mental e sinais de cetoacidose.⁷

O tratamento de mulheres com diabetes *mellitus* gestacional (DMG) reduz os eventos adversos perinatais. Dessa forma, a abordagem terapêutica inclui medidas não

farmacológicas e farmacológicas. As medidas não farmacológicas incluem a orientam nutricional adequada e individualizada, além da realização de atividade física. Já as medidas farmacológicas devem ser instauradas após duas semanas de terapia nutricional sem controle glicêmico atingido.^{3,8}

A recomendação atual, pela eficácia e segurança comprovadas, é que a insulina seja usada como primeira linha para tratamento farmacológico do DMG. Essa recomendação de nível A se deve ao tamanho da molécula de insulina em relação a barreira placentária.^{3,8}

A posologia da insulina deve ser baseada no perfil glicêmico da paciente, podendo ser uma estratégia de múltiplas injeções (com insulina de ação prolongada ou ação intermediária combinada com insulina de ação prandial) ou uma estratégia mais simplificada (com uso da pós prandial apenas na refeição onde os valores glicêmicos estão alterados). As doses iniciais podem ser entre 0,1 unidade/kg/dia e 0,2 unidades/kg/dia.³

Quanto as medicações orais para controle glicêmico, a Metformina e a Glibenclamida tem sido estudadas como opção terapêutica em pacientes com DMG. Ambas medicações ultrapassam barreira placentária e a recomendação atual é o uso de Metformina em gestantes sem controle glicêmico adequado com medidas não farmacológicas e que a insulino terapia seja inviável.³

A insulina pode ser associada a metformina em gestantes que necessitem de doses de insulina <2 ui/kg/dia sem controle glicêmico ou com ganho de peso materno ou fetal. O uso de metformina é contraindicado em fetos com percentil < 50 , gestantes com doença renal crônica ou presença de crescimento intrauterino restrito.³

Idade materna superior a 35 anos, obesidade e sobrepeso e o diagnóstico de diabetes gestacional no primeiro trimestre da gestação estão associados à hiperglicemia no período pós-parto. Além disso, diabetes gestacional também está relacionado com macrosomia (aumentando risco de trauma, como lesão do plexo braquial), crescimento intrauterino reduzido (em mulheres com doença vascular renal), policetemia, hiperbilirrubinemia, cardiomiopatia, hipoglicemia ou outras anormalidades metabólicas e complicações respiratórias.^{6,7}

5 CONCLUSÃO

Diabetes gestacional é uma doença de alta prevalência dentre as gestantes e de alta morbidade materna e fetal. Dessa forma, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento

adequado se fazem necessários para minimizar danos e promover melhores condições de saúde no pré, no peri e no pós parto.

REFERÊNCIAS

1. Phelan, Suzanne et al. “Protocolo para um ensaio clínico randomizado de intervenção no estilo de vida pré-gravidez para reduzir a recorrência do diabetes gestacional: Prevenção do Diabetes Gestacional / Prevención de la Diabetes Gestacional.” *Trials* vol. 22,1 256. 7 de abril de 2021, doi: 10.1186 / s13063-021-05204-w. Acesso em outubro de 2021
2. Lewandowska M. Gestational Diabetes Mellitus (GDM) Risk for Declared Family History of Diabetes, in Combination with BMI Categories. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13):6936. Published 2021 Jun 28. doi:10.3390/ijerph18136936. Acesso em outubro de 2021
3. Lenita Zajdenverg, Patrícia Medici Dualib, Cristina Figueiredo Façanha, Aírton Golbert, Carlos Antonio Negrato. Tratamento farmacológico do DM2 e DMG na gestação. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretriz 2021. DOI: 10.29327/540652.1-11
4. Bogdanet, Delia et al. “The Oral Glucose Tolerance Test-Is It Time for a Change?-A Literature Review with an Emphasis on Pregnancy.” *Journal of clinical medicine* vol. 9,11 3451. 27 Oct. 2020, doi:10.3390/jcm9113451. Acesso em outubro 2021
5. Amiri, Fatemeh Nasiri et al. “Risk Factors for Gestational Diabetes Mellitus: A Case-Control Study.” *American journal of lifestyle medicine* vol. 15,2 184-190. 9 Aug. 2018, doi:10.1177/1559827618791980. Acesso em outubro 2021
6. Rehder, Patricia Moretti et. al. Gestational Diabetes Mellitus and Obesity are Related to Persistent Hyperglycemia in the Postpartum Period. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 43 (02). Feb 2021, doi.org/10.1055/s-0040-1721356. Acesso em outubro 2021
7. Francisco Lírio Ramos Filho, Jacqueline Queiroz Silva, Luiz Guilherme Neves Caldeira, Rogéria Andrade Werneck, Sinval Ferreira de Oliveira. Protocolo Clínico Diabetes e Gravidez - Santa Casa de Belo Horizonte. 2016
8. Kautzky-Willer A, Harreiter J, Winhofer-Stöckl Y, et al. Gestationdiabetes (GDM) (atualização 2019) [Gestational diabetes mellitus (atualização 2019)]. *Wien Klin Wochenschr.* 2019. 131 (Suplemento 1): 91–102. doi: 10.1007 / s00508-018-1419-8. Alemão. PMID: 30980150. - [DOI](#) - [PubMed](#)