

Fatores de risco para DMG:

- idade maior que 35 anos
- sobrepeso, obesidade ou ganho de peso excessivo na gestação atual
- deposição excessiva de gordura central
- baixa estatura (<1,5m)
- história familiar de DM em parentes de primeiro grau
- SOP
- Crescimento fetal excessivo, Poldramnio, hipertensão ou PE em gestação atual
- Antecedentes obstétricos de abortamento de repetição, malformações, macrosomia (>4,5kg), ou DMG

Alterações metabólico-endócrinas gestacionais fisiológicas no segundo trimestre de gestação:

- aumento do nível dos hormônios placentários (lactogênio placentário)
- aumento do nível de resistência periférica à insulina
- catabolismo acentuado
- anabolismo facilitado
- glicosúria

Fisiopatologia: sobrecarga das células beta-pancreáticas que não conseguem produzir insulina suficiente frente a circunstância de aumento da resistência periférica à insulina

Manifestações clínicas

Pacientes assintomáticas

Pacientes sintomáticas

Rastreamento: pontos de referência ADA (2013)

GJ1 (1ª consulta pré-natal)

GJ >= 26 ou HbA1C >= 6,5% ou Glicemia ao acaso >= 200

< 92

92 - 125

>= 126

TOTG 75g entre 24-28 semanas

GJ2 (imediatamente após resultado alterado)

< 92/180/153

>= 92/180/153

> 92

>= 126

Epidemiologia:
- incidência: 2,5 a 7,5% das gestações

DMG

DM pré-gestacional

Contra-indicação relativa à gravidez:

- Retinopatia proliferativa grave
- Gastroparesia
- Coronariopatia
- Hipertensão arterial grave, de difícil controle
- Creatinina sérica >2,0mg%

Conduas: aconselhamento pré-concepcional:

- planejar as gestações
- manter HbA1C < 6%
- meta glicemia pré-prandial: 80-110
- meta glicemia pos-prandial: <155
- ácido fólico antes de engravidar
- fundoscopia
- avaliação de função renal
- manutenção da PA

Sabidamente DM pré-gestacional

Neonatal:

- risco de DM na vida futura
- hipoglicemia neonatal
- hipocalcemia
- policitemia
- hiperbilirrubinemia
- síndrome de angústia respiratória

Fetais:

- anomalias congênitas
- macrosomia e distocias / toco-traumatismos
- CIUR
- prematuridade
- sofrimento fetal

Gestacionais (para DM pré-gestacional):

- abortamento
- mortes fetais tardias
- alterações do volume do líquido amniótico

Maternas: - 50% das mulheres com DMG tem chance de desenvolver DM em 10-20 anos

Complicações

Manifestações clínicas:

- Assintomática: maioria
- Sintomática: polis

Influências de risco:

- aumento da incidência de ITU
- aumento da incidência de candidíase
- aumento da incidência de pré-eclâmpsia

Acompanhamento:

- Consultas: quinzenais até 30-34 semanas e semanais após 34 semanas
- EAS e UC trimestral
- USG: datativo 11-13 / morfológico 22-24 / avaliativo semanal após 36 semanas
- Mobilograma diário a partir da 28ª semana
- CTG: semanal a partir de 34 semanas
- Perfil biofísico fetal: se CTG não reativa
- Dopplerfluxometria de artérias uterinas: a partir de 26 semanas
- Doppler arterial fetal: especialmente em gestantes vasculopatas

Tratamento inicial: não medicamentoso

- Dieta
- Exercícios

Monitorização da Glicemia capilar seriada diária:

- Jejum;
- Antes do almoço;
- 2hs após almoço;
- Antes do jantar;
- 2hs após jantar

Metas:

- Jejum: <= 95
- 1hr após refeição: <= 140
- 2hr após refeição: <= 120
- circunferência abdominal fetal ultrasonográfica >= percentil 75

Metas atingidas após 7 a 14 dias

Manter tratamento não medicamentoso:

- alimentação balanceada
- exercícios físicos moderados

Metas não atingidas após 7 a 14 dias

Tratamento medicamentoso:

- insulinização
- acompanhamento compartilhado com endocrinologia

Sinais de descompensação?

- Cetonúria > ++ com hiperglicemia (glicemia > 200 mg%);
- Glicemias persistentemente elevadas;
- HAS grave não controlada ou Pré-eclâmpsia grave;
- Infecções graves com acometimento do estado geral ou glicemia;
- Indicação de corticoide para maturidade pulmonar fetal;
- Uso de β-miméticos (salbutamol ou análogos);
- Indicações obstétricas;
- Hipoglicemias persistentes e graves;
- Coma hipoglicêmico /cetoacidose

Sim

Indicação de internação

Indicação de internação

Conduas:

- Glicemias capilares 5 a 6 vezes ao dia, com reajuste de dose de insulina e correção de hiper ou hipoglicemia;
- Solicitar urina: rotina / Gram / cultura;
- Solicitar hemograma completo;
- Hemoculturas para infecções graves;
- Função renal: uréia / creatinina / clearance de creatinina;
- Proteinúria de 24 horas, se não disponível ou em caso de suspeita de pré-eclâmpsia.

Indicação de internação

Conduas:

- CTG
- Perfil biofísico fetal
- Dopplerfluxometria de artérias uterinas
- Doppler arterial fetal

Não, seguimento

Parto

Gestantes com ótimo controle metabólico e sem mal passado obstétrico

Gestantes com mal controle metabólico e com mal passado obstétrico

Em tratamento não medicamentoso

Em tratamento medicamentoso

Resolução eletiva em 40 semanas

Resolução eletiva em 39 semanas

Resolução eletiva com 37 semanas

Via de parto

Considerações:

- alterações de vitalidade
- estimativa USG peso >4000
- retinopatia proliferativa

Sim

Cesariana

Parto vaginal

Não

Assistência:

- dieta por 8 horas
- infusão contínua de SGI
- medir glicemia capilar 2/2hr
- correção com insulina regular
- suspender metformina 48hr antes do parto

Assistência:

- evitar jejum prolongados
- iniciar infusão de SGI 5%
- glicemia capilar de 2/2 horas
- correção com insulina regular

Controle glicêmico Pós parto

Se utilizava antes da gestação:

- retornar a dosagem anterior

Se iniciou Insulinização na gestação:

- suspender insulina
- TOTG entre 6 a 12 semanas

Encaminhar para endocrinologia