

# IV ENCONTRO ESTADUAL DA REDE MÃE PARANAENSE

## HIPERTENSÃO E DIABETES NA GESTAÇÃO

Antonio Marinho Falcão Neto  
Curitiba, 07 de julho de 2015



## CONCEITO:

- **Diabetes gestacional**
- “Intolerância a carboidratos em seus diversos graus, diagnosticado pela primeira vez durante a gestação”

# CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA

## I. Diabetes tipo 1

Destruição células  $\beta$  / deficiência absoluta Insulina

## II. Diabetes tipo 2

Resistência Insulina + deficiência relativa Insulina

## III. Outros tipos específicos

## IV. Diabetes gestacional

*ADA, 1997*

# FATORES/GRUPOS DE RISCO:

- História Familiar DM
- Óbito Fetal de causa indeterminada
- Polidramnio
- Malformação
- Macrossomia
- DMG anterior

# CRIANÇAS E OBESIDADE

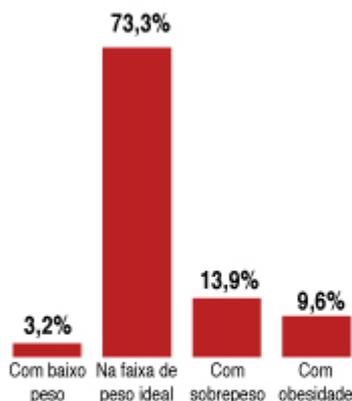
Pesquisa realizada com crianças de 7 a 10 anos matriculadas em 2007 em escolas públicas e particulares de Santa Catarina.

## Sobrepeso e obesidade em Florianópolis



## Perfil catarinense

Alunos de 345 escolas públicas e particulares em Santa Catarina, de 1ª a 5ª série, de 6 a 10 anos

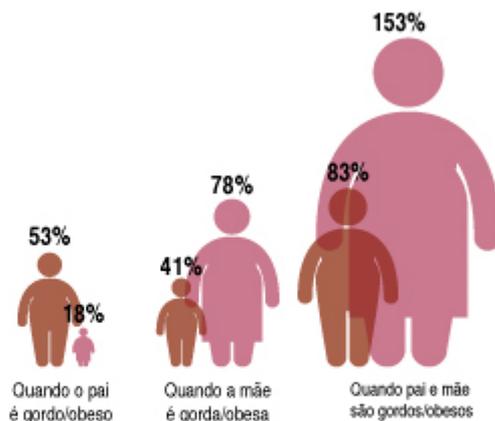


## Por escolas

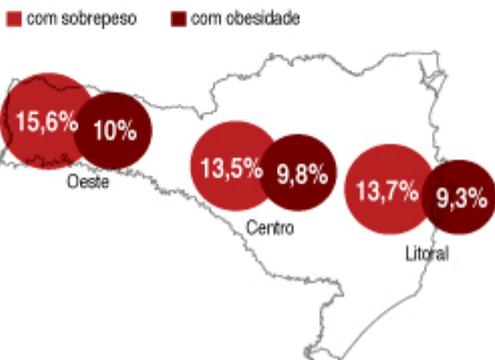


## Probabilidade de sobrepeso em crianças

Meninos Meninas

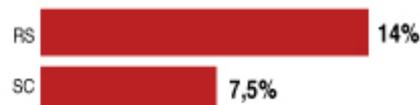


## Por região



## Comparativo RS e SC

4914 crianças de 4 a 6 anos avaliadas em 2007 (2.578 no RS e 2.336 em SC)



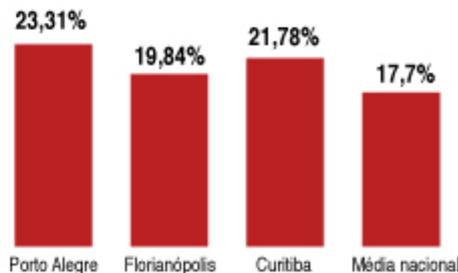
Fonte: Excess weight in preschoolers: prevalence and associated factors

## Como os adolescentes do Sul estão

Dados coletados com adolescentes do 9º ano do ensino fundamental (média de 13 a 16 anos)



## Se consideram gordos ou muito gordos

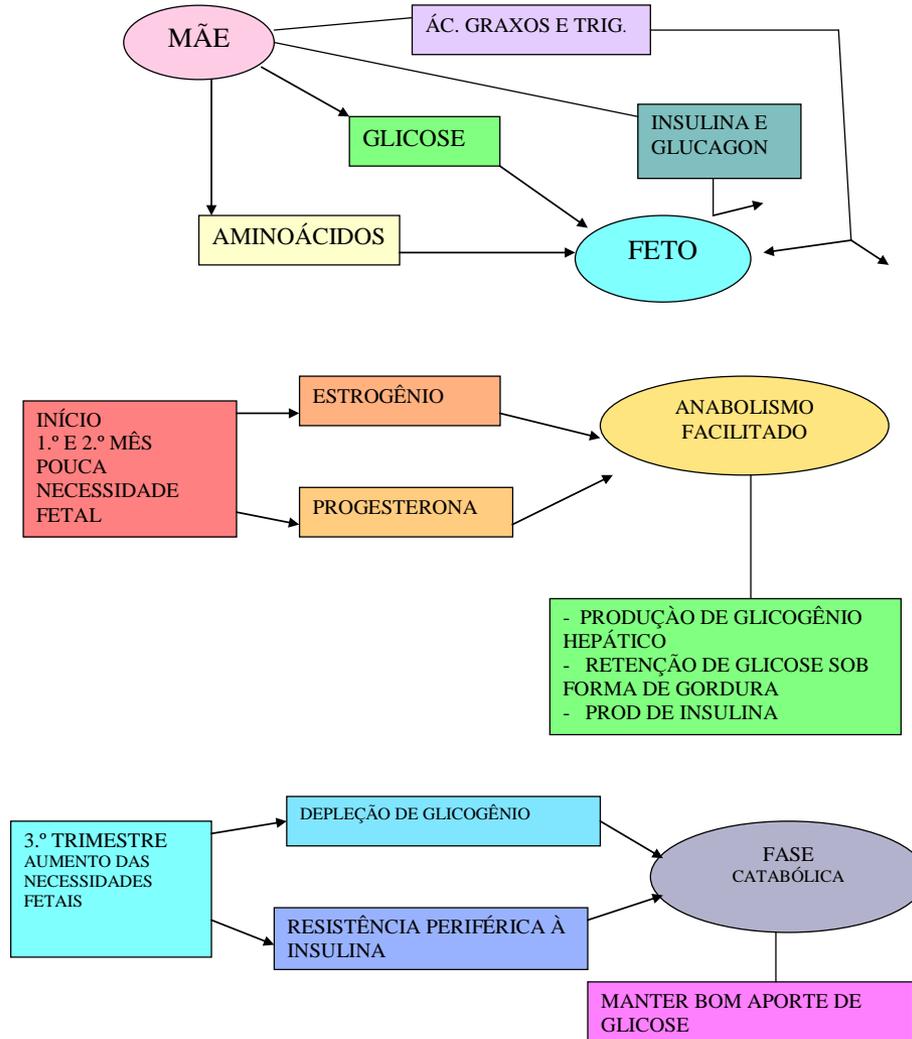


Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar / IBGE 2012

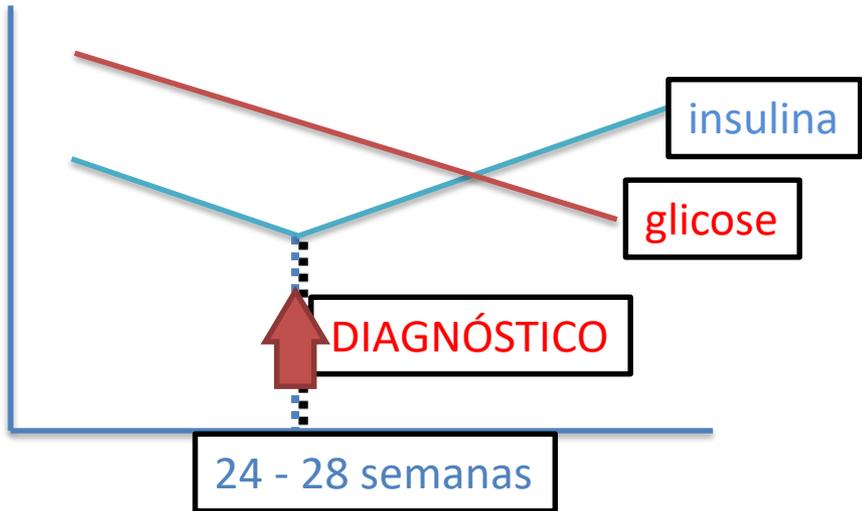
Fontes: Pesquisas realizadas pelo departamento de Nutrição da UFSC

# Fisiopatologia:

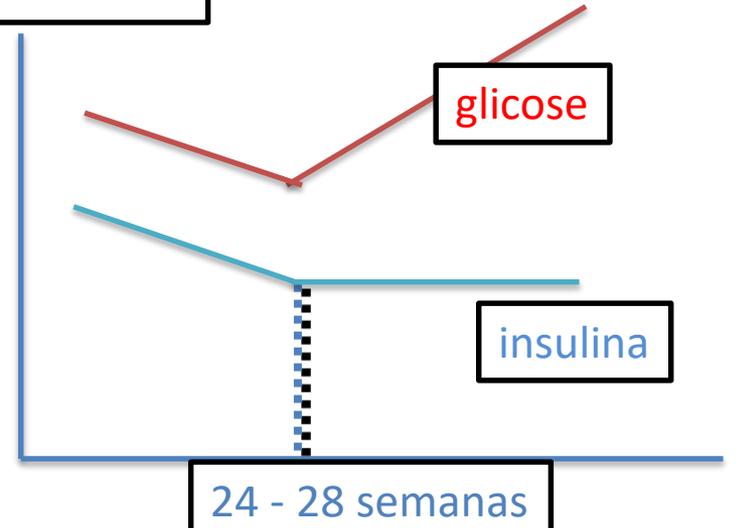
## ALTERAÇÕES METABÓLICAS NA GESTAÇÃO



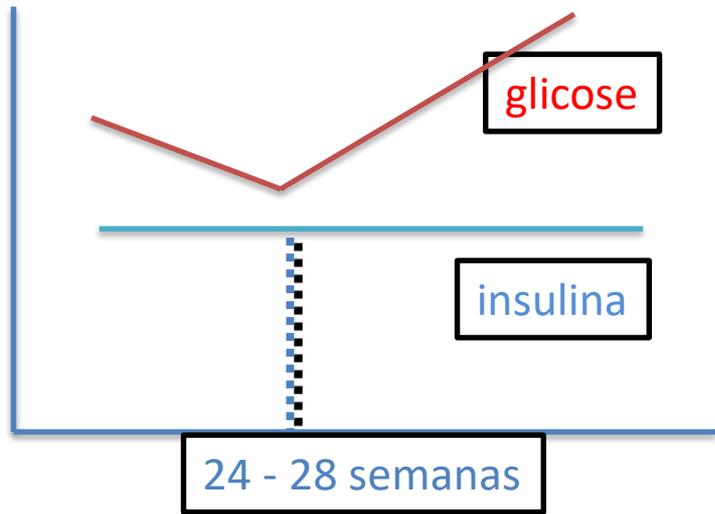
# FISIOPATOLOGIA



GESTAÇÃO NORMAL



DIABETE GESTACIONAL



DIABETE CLÍNICO

# FISIOPATOLOGIA

MÃE  
**Hiperglicemia**

FETO  
Glicose  
Insulina

MACROSSOMIA

RN

DISTÓCIA

TOCOTRAUMATISMO

Ligadura cordão

Hipo G

Hipo Mg<sup>++</sup>

Hipo Ca<sup>++</sup>

**Pulmão**

SDR

# FISIOPATOLOGIA

MÃE

Hiperglicemia

HBA<sub>1</sub>C

> afinidade O<sub>2</sub>

FETO

Hiper G

MALFORMAÇÃO

POLIDRÂMPIO

HIPÓXIA

RN

MALFORMAÇÃO

Movimento Fetal

PREMATURIDADE

HIPÓXIA

# Rastreamento:

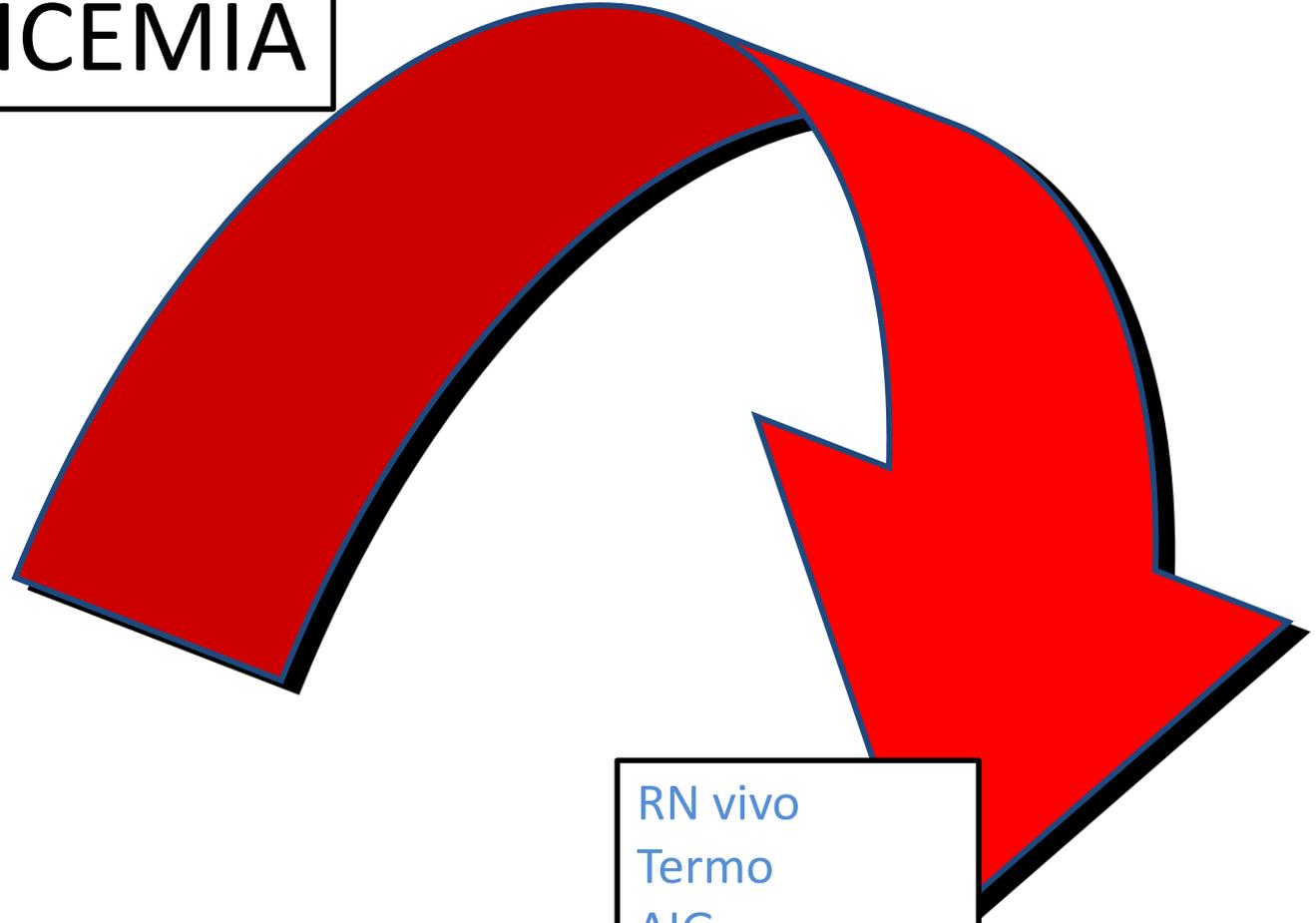
- Glicemia de jejum na primeira consulta (antes de 24 semanas)  $> 126$  mg/dl –DIABETES ANTERIOR (*Overt diabetes*)
- Hb glicada (Hba1c) $> 6,5\%$
- Se glicemia de jejum entre 92 e 125 mg/dl considera-se como fator preditor independente – DMG
- Se glicemia jejum  $< 92$  mg/dl – novo teste TTOG75 entre 24- 28 semanas

# HAPO Study (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome)

- Este estudo incluiu 16 centros hospitalares com aproximadamente 25.000 gestantes recrutadas de julho de 2000 a abril de 2006. As mulheres foram submetidas ao TTGO de 75 g de glicose entre a 24ª e a 32ª semanas de gestação, com análises no tempo zero (jejum), uma e duas horas após a sobrecarga de glicose.
- APENAS UM DOS VALORES ANORMAIS É SUFICIENTE PARA DIAGNÓSTICO DE DG
- Neste consenso, ficou definido que o teste de tolerância oral com sobrecarga de 75 g de glicose é o teste de escolha para o diagnóstico do DG; que o teste deverá ser aplicado a todas as gestantes entre a 24ª e a 28ª de gestação e que deverá ser incluída análise das glicemias de jejum (oito horas) e uma e duas horas após a sobrecarga de 75 g de glicose
- ANORMAIS:
  - Jejum  $\geq$  92 mg/dl
  - 01 hora  $\geq$  180 mg/dl
  - 02 horas  $\geq$  153 mg/dl

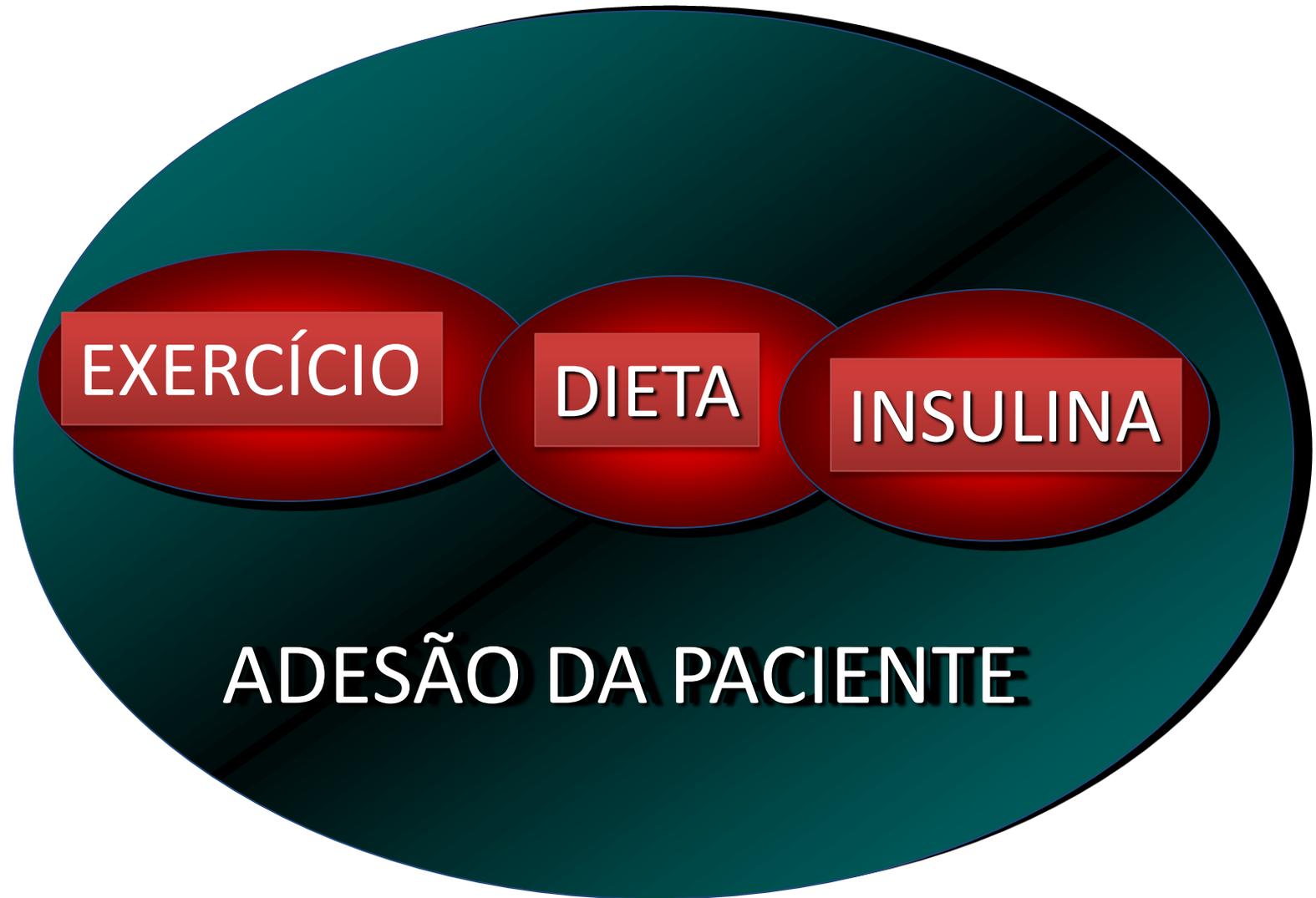
CONDUTA CLÍNICA

EUGLICEMIA



RN vivo  
Termo  
AIG  
Livre de MF

# CONDUTA CLÍNICA



EXERCÍCIO

DIETA

INSULINA

ADESÃO DA PACIENTE

# Adesão?



CONDUTA CLÍNICA

DIETA

AVALIAÇÃO

CURVA GANHO PESO

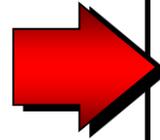
CURVA ALTURA UTERINA

PERFIL GLICÊMICO

Jejum < 90 e Pós-Prandiais < 120

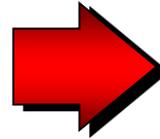
# INTRODUÇÃO INSULINA

Diabéticas  
gestacionais



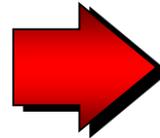
Apesar da dieta  
Jejum  $\geq 90$  mg/dl  
Pós-prandiais  $\geq 120$  mg/dl

Diabéticas tipo 2



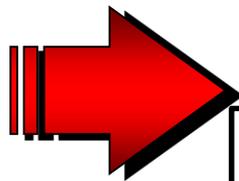
hipoglicemiante oral

Diabéticas tipo 1



Ajuste pelo PG

CONTROLE



PG Ambulatorial

15 dias até 32 semanas  
7 dias até o parto

# CONDUTA CLÍNICA

ajustes periódicos

PERFIL GLICÊMICO

EM USO DE:

MUDANÇA PARA:

ADEQUADO

Dieta

D + I

manter

manter

INADEQUADO

Dieta

D + I

D + I

Insulina

QQR VALOR > 200  
OU < 50

Dieta

D + I

D + I → Internar

Alterar Insulina

Internar

# CONDUTA OBSTÉTRICA

## Consultas PN

15 / 15 dias até 32 semanas  
7 / 7 dias até o parto

→ URINA ROTINA E UROCULTURA

→ CURVA DE GANHO DE PESO

→ CURVA DE ALTURA UTERINA

→ FUNÇÃO RENAL

→ uréia  
→ creatinina  
→ proteinúria 24 horas

→ FUNÇÃO HEPÁTICA

→ TGO  
→ TGP  
→ Bilirrubinas

→ HEMOGRAMA

→ LIPIDOGRAMA

→ HDL

→ Colesterol Total

→ Triglicérides

# CONDUTA OBSTÉTRICA

## ULTRASONOGRAFIA

Idade gestacional

< 18 semanas

Morfológico - MF

20 - 25 semanas

Morfométrico - Feto, Placenta, ILA

4 - 6 semanas

# AVALIAÇÃO BEM ESTAR FETAL

Contagem movimentos fetais

Ficha padrão - 3 períodos / dia

Cardiotocografia repouso / ES

diária / semanal

Dopplervelocimetria

4 semanas / CTG alterada

**PARTO**

**TERMO**

**MATURIDADE PULMONAR**

