

NOVAS DIRETRIZES NO ACOMPANHAMENTO DA MULHER DIABÉTICA ANTES E DURANTE A GESTAÇÃO

O diabetes pré-gestacional é uma das doenças clínicas mais desafiadoras na gravidez, pela necessidade de monitorização fetal frequente, ajuste de medicamentos, e risco aumentado de complicações maternas e fetais.

O ACOG lançou em dezembro um guideline com as principais recomendações para o manejo dessas pacientes desde o período pré-concepcional até o puerpério.

Neste artigo, abordaremos as questões que devem ser avaliadas preferencialmente antes de a paciente engravidar, além dos cuidados durante a gestação (pré-natais)

Aconselhamento antes de engravidar

Embora seja pouco buscado pelas pacientes, o aconselhamento pré-concepcional foi considerado benéfico e custo-efetivo, devendo ser encorajado. O foco dessa abordagem é reforçar a importância do bom controle glicêmico, rastrear complicações da doença de base já existentes e orientar as pacientes quanto às principais complicações maternas e fetais que derivam da doença descompensada.

A avaliação inicial deve incluir, além de anamnese e exame físico, o acompanhamento dos níveis glicêmicos e a pesquisa de vasculopatias.

Devem ser solicitados dosagem da concentração da hemoglobina glicada, função renal, proteinúria de 24h, lipidograma, eletrocardiograma e avaliação oftalmológica para pesquisa de retinopatia.

A avaliação da função tireoideana é particularmente importante nas pacientes com DM1. Caso haja complicações da doença de base, estas devem ser tratadas preferencialmente antes da gravidez.

A paciente deve estar ciente que o risco de complicações na gravidez é diretamente proporcional ao aumento da hemoglobina glicada.

Mulheres diabéticas com controle glicêmico adequado e Hemoglobina glicada em torno de 5-6% têm incidência de malformações fetais próximas à da população de risco habitual. Concentrações mais altas, em torno de 10%, estão associadas a taxas de malformações entre 20-25%, que incluem cardiopatias complexas, malformações de

sistema nervoso central (espinha bífida, anencefalia) e esqueléticas, como a agenesia sacral.

O mau controle glicêmico também está associado ao aumento da frequência de abortamento espontâneo, macrosomia fetal e óbito intra-útero.

Em relação à morbidade materna, pode haver exacerbação importante da retinopatia ou nefropatia pré-existentes.

As complicações obstétricas mais comuns são aumento da taxa de cesariana primária, polidramnia e parto pré-termo. A pré-eclampsia é mais frequente em pacientes hipertensas com mau controle glicêmico; pode ser observada em 15-20% das gestantes com DM1 sem nefropatia e até 50% se houver nefropatia.

É importante orientar que, com o aumento progressivo da resistência insulínica conforme o avanço da gestação, o controle glicêmico será mais cauteloso e que provavelmente serão necessários múltiplos ajustes de medicamentos. A segurança dos antidiabéticos orais na gestação ainda não está bem estabelecida, devendo a insulina ser a droga de escolha durante a gravidez.

Idealmente, portanto, a paciente deve estar com o diabetes compensado antes de engravidar, mantendo a hemoglobina glicada menor que 6%, e as complicações identificadas devem ser tratadas preferencialmente antes da gestação, pelo risco de exacerbação. Caso a gestação não esteja nos planos ainda, é importante garantir acesso ao método contraceptivo adequado. Se for de desejo da paciente gestar em um intervalo de tempo mais curto, deve-se iniciar ácido fólico como habitual (ao menos 400 mcg/dia).

Durante a gestação

O diabetes pré-gestacional está associado a uma série de complicações materno-fetais, cuja gravidade é diretamente proporcional ao descontrole glicêmico.

Por esse motivo, a assistência pré-natal a mães diabéticas tem suas particularidades, que serão revistas neste artigo baseado nas atualizações do ACOG de dezembro de 2018.

Avaliação no primeiro trimestre

Caso a gestante não possua avaliação laboratorial recente, além da rotina pré-natal, devem ser solicitados dosagem da concentração de hemoglobina glicada, TSH, urina de 24h e eletrocardiograma.

É desejável que ela seja submetida a avaliação por oftalmologista e nutricionista, podendo também incluir endocrinologista, cardiologista e nefrologista caso necessário.

A ultrassonografia de primeiro trimestre é importante tanto para demonstrar a viabilidade fetal quanto para estimar mais precisamente a idade gestacional.

Os níveis glicêmicos devem ser revistos a cada uma ou duas semanas para avaliar a necessidade ou de ajuste da terapia medicamentosa. Em gestantes com ótimo controle glicêmico, esse intervalo pode ser aumentado.

No segundo trimestre

Já está bem estabelecido que mulheres com diabetes mal controlado e hipertensão têm risco aumentado de desenvolver pré-eclâmpsia. Por esse motivo, é recomendado iniciar AAS em baixa dose entre 12-28 semanas de gestação (preferencialmente antes da 16ª semana), devendo ser mantido até o parto.

A avaliação fetal deve ser realizada pelo USG morfológico de rotina (entre 20-24 semanas).

Em função do risco aumentado de cardiopatia complexa, deve-se considerar a solicitação de ecocardiografia fetal quando a morfologia cardíaca não puder ser bem avaliada ou em pacientes com HbA1c elevada.

A partir de 24-28 semanas, os níveis glicêmicos tendem a se alterar devido ao aumento da resistência insulínica e devem ser revistos semanalmente ou em intervalos individualizados até o nascimento.

Terceiro trimestre e interrupção da gestação

É importante a realização de USG obstétrico para avaliação do crescimento fetal, em função do risco de macrosomia, por volta da 34ª semana. A avaliação do bem estar fetal por meio de cardiotocografia anteparto, avaliação do índice de líquido

amniótico ou perfil biofísico fetal completo deve ser realizada a partir de 32 semanas, uma a duas vezes na semana, até o nascimento.

A incidência de distócia de ombros é maior em mães diabéticas, mesmo com peso fetal estimado adequado para a idade gestacional. O nascimento por cesariana eletiva deve ser considerado para fetos de mães diabéticas com peso estimado de 4500 g ao USG de terceiro trimestre.

Em pacientes com bom controle glicêmico, sem evidência de vasculopatia, a interrupção da gestação deve ser programada entre 39 semanas e 39 semanas + seis dias. A via de parto é obstétrica.

Já nas diabéticas mal controladas ou com complicações vasculares, a interrupção deve ser considerada entre 36 e 38 semanas e seis dias, podendo ser antecipada ainda mais em casos muito graves.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pregestational diabetes mellitus. ACOG Practice Bulletin No. 201. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2018; 132:e228–48.