

Diabetes na Gravidez

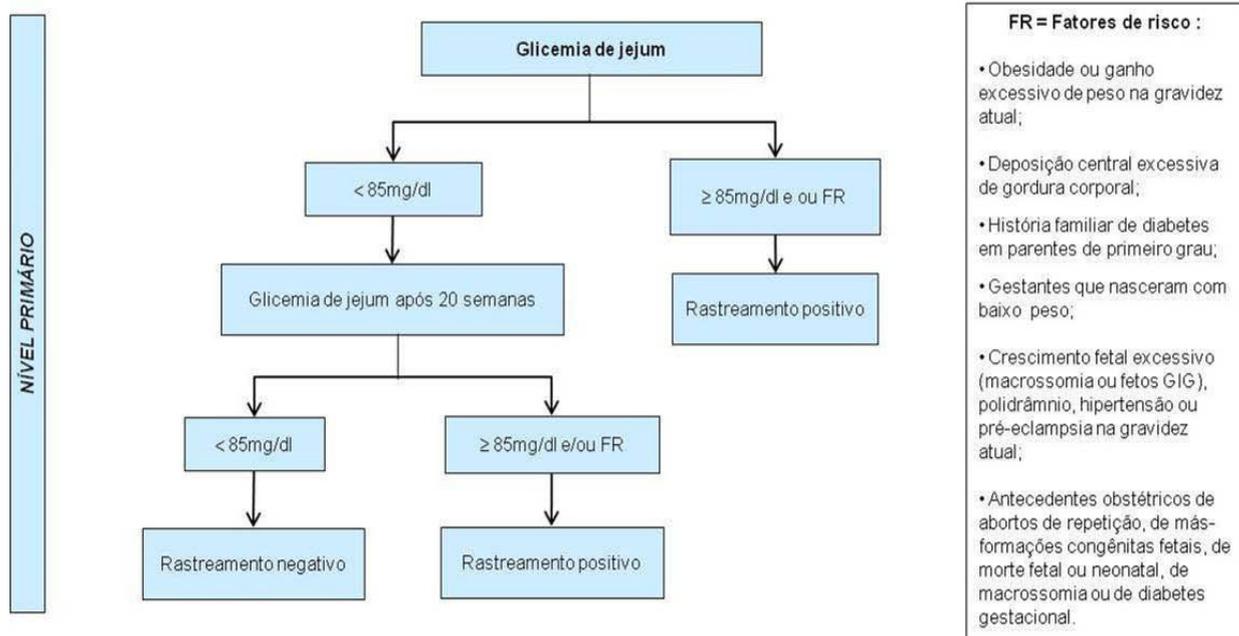
É a intolerância aos carboidratos diagnosticada pela primeira vez durante a gestação e que pode ou não persistir após o parto. São considerados fatores de risco:

- Idade superior a 25 anos;
- Obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual;
- Deposição central excessiva de gordura corporal;
- Baixa estatura;
- Crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
- Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, de macrossomia ou de diabetes gestacional;
- História familiar de diabetes em parente de 1º grau.

Recomenda-se o rastreamento de todas as gestantes com glicemia de jejum na primeira consulta
(Diretrizes SBD 2006):

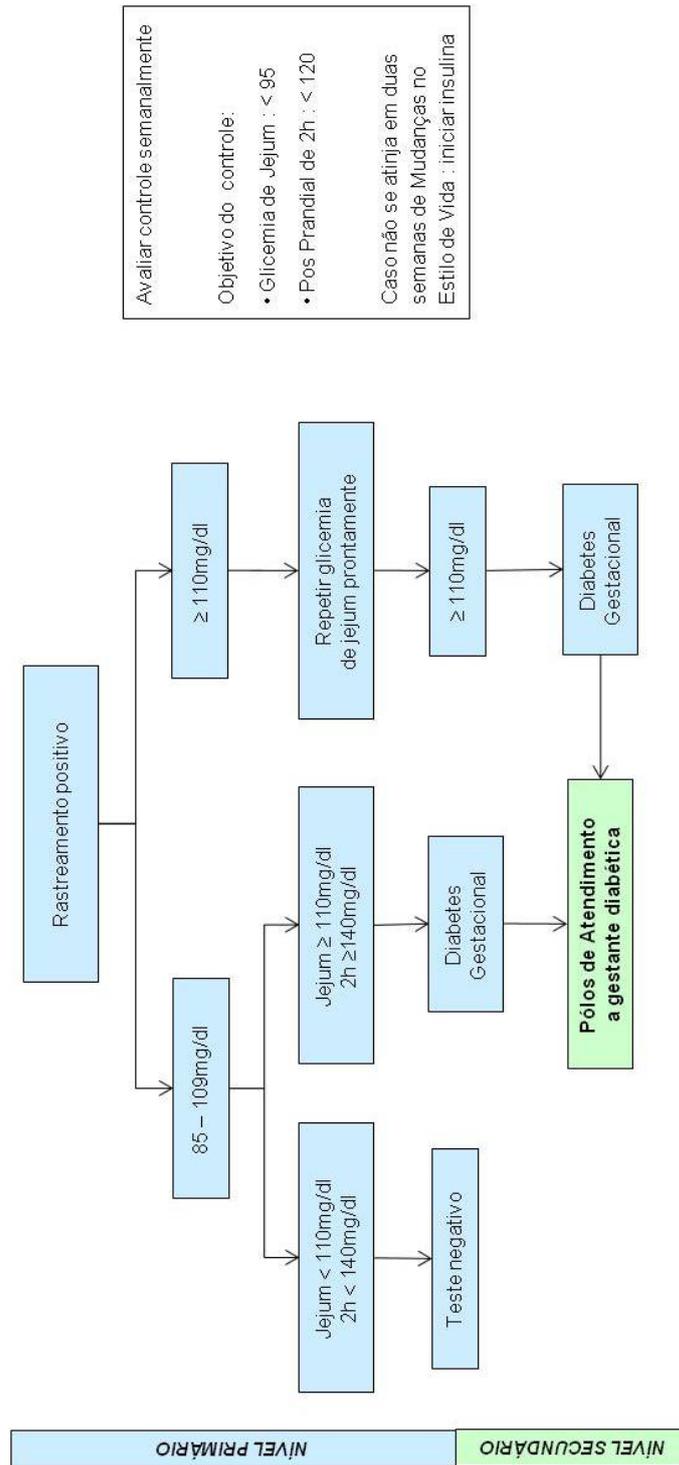
Linha de Cuidado do Diabetes Gestacional

Recomenda-se o rastreamento de todas as gestantes com glicemia de jejum na primeira consulta.



As gestantes com rastreamento positivo (glicemia de jejum > 85 mg/dl ou com fatores de risco) realizam o teste de tolerância com sobrecarga de 75g de glicose entre 24 e 28 semanas de gestação. O diagnóstico de Diabetes Gestacional é considerado em gestantes com glicemia de jejum ≥ 110 mg/dl (confirmado ou frente a um teste oral de intolerância à glicose com valores alterados: glicemia de jejum ≥ 110 e/ou pós prandial de 2h ≥ 140 mg/dl).

Linha de Cuidado do Diabetes Gestacional



A partir do diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional, a gestante deverá ser inscrita nos Pólos de Insulina e poderá receber os medicamentos/insumos (insulinas NPH e Regular, glicosímetros e fitas de glicemia capilar, lancetadores e lancetas além das seringas agulhadas) necessários ao tratamento e controle da doença.

O tratamento inicial do Diabetes Gestacional consiste na orientação alimentar. A prática de atividade física pode fazer parte do tratamento respeitando-se as contra indicações obstétricas. O objetivo do tratamento é manter uma glicemia de jejum < 95 e pós prandial de 2h < 120 mg/dl.

Se, após duas semanas de dieta, os níveis glicêmicos permanecerem elevados (jejum $\geq 105\text{mg/dl}$ e 2 horas pós-prandial $\geq 130\text{mg/dl}$), recomenda-se iniciar tratamento com insulina. Não se recomenda o uso de hipoglicemiantes orais durante a gestação e a amamentação.

O controle glicêmico deve ser feito com uma glicemia de jejum e duas pós-prandiais semanais medidas em laboratório. O Programa de Diabetes sugere que as Unidades disponibilizem tiras de glicemia capilar para até 4 verificações por dia.

O critério de crescimento fetal, através da medida da circunferência abdominal fetal maior ou igual ao percentil 75 na ecografia entre 29 e 33 semanas, também pode ser utilizado para avaliar o tratamento.

A tolerância à glicose deverá ser reavaliada a partir de 6 semanas após o parto, considerando-se que, mesmo que os valores glicêmicos se normalizem, esta gestante sempre terá risco aumentado de vir a apresentar um quadro de diabetes.