

QUADRO 2

| |
|--|
| ≥ 35 A |
| História familiar de diabetes |
| R.N. ≥ 4 Kg. |
| Morte perinatal anterior não explicada |
| Polihidrâmnios |
| Obesidade |
| Infecções urinárias de repetição |
| Glicosúrias persistentes |

A ponderação dos vários factores existentes poderá ajudar a decidir das vantagens práticas de um diagnóstico preciso e de se e quando se devem fazer sobrecargas com glicose.

Os problemas postos pelas alterações da glicoregulação durante a gravidez traduzem, fundamentalmente, a necessidade de vigilância e educação da grávida com vista, a um nível imediato e individual, à *normalização* da gestação; a médio e longo prazo, eles alertam para a questão do problema de Saúde Pública que a diabetes mellitus constitui, através das repercussões dos hábitos de alimentação/exercício/vigilância na família e na comunidade.

DIABETES E GRAVIDEZ — TRATAMENTO

ELIZABETE GERALDES

Serviço de Endocrinologia e Doenças Metabólicas, Hospitais da Universidade de Coimbra. Coimbra

RESUMO

O tratamento da Diabetes durante a gravidez, quer numa mulher diabética, quer numa Diabetes Gestacional é fundamental. Tem como finalidade não haver repercussões desta alteração metabólica tanto na mãe como no filho. A insulino-terapia convencional intensiva, e uma alimentação correcta são de capital importância, a fim de manter um estado de euglicémia, sem episódios de hipoglicémia e de cetose.

SUMMARY

Diabetes and Pregnancy — Treatment

Correct treatment of diabetes during pregnancy is of utmost importance, in the previously diabetic woman as well as in gestational diabetes. It is aimed at avoiding consequences of the metabolic disturbances on the mother and the fetus. Intensive insulin therapy and correct food intake are the cornerstones of treatment, euglycaemia without hypoglycaemic reactions or ketosis being their goal.

O tratamento da Diabetes na grávida — seja numa diabética que engravidou, seja numa grávida que apresente Diabetes Gestacional, — tem como finalidade principal permitir a evolução o mais normal possível da gravidez, de forma que, tanto a mãe como o novo Ser desde a concepção ao parto, não sofram, ou sofram as mínimas consequências desta alteração metabólica. Para se atingir este objectivo é fundamental a cooperação e aderência da doente a três itens fundamentais: **Alimentação; Exercício; Insulinoterapia convencional intensiva** (quer se trate de Diabetes Mellitus tipo I (IDD), quer de Diabetes Tipo II (NIDD).

A optimização terapêutica consegue-se quando:

- hemoglobina glicosilada < 7% no primeiro trimestre
- glicemia em jejum entre 80 — 100 mg/dl
- pós prandial < 120 mg/dl
- não há cetose
- não há episódios de hipoglicemia
- a evolução temporal da gravidez é normal, com parto após as 38 semanas
- o recém nascido é normal.

ALIMENTAÇÃO

O regime alimentar na diabética grávida é basicamente idêntico, quer qualitativa quer quantitativamente, ao de uma diabética não grávida, excepto nas seguintes particularidades:

— Nos casos de obesidade materna, a restrição calórica (dependendo, obviamente da relação peso real/peso ideal) é aqui mais moderada, nunca descendo abaixo de 1 500 calorias no primeiro trimestre, das quais 60% terão de ser necessariamente veiculadas por hidratos de carbono de absorção lenta ricos em complexos. A finalidade desta precaução essencial, visa evitar por todos os meios a cetose, a hipoglicemia e a malnutrição fetal.

— Reforço da última refeição da noite (ceia) para prevenir a cetose e a hipoglicemia nocturnas. (O número de refeições/dia, deve como em qualquer diabético, ser no mínimo de seis).

— Regime alimentar rico em laticíneos e derivados (por necessidades aumentadas de cálcio), e pobre em sal (risco de HTA).

EXERCÍCIO

O exercício físico regular é importante, como em qualquer diabético, (aumenta a sensibilidade dos receptores à insulina, permite manter ou perder o peso corporal, enriquece a qualidade de vida) mas na grávida, deve-se ter em conta a idade gestacional, e as complicações obstétricas.

INSULINOTERAPIA

Se em qualquer diabético insulino dependente (IDD) a insulino-terapia convencional intensiva (IIT) é o ideal, embora muitas vezes não seguida, já na grávida diabética, tal terapêutica, para lá de ideal é mandatória. Propõe-se por isso, quatro administrações de insulina, por via subcutânea, mimetizando a fisiologia pancreática na secreção de insulina, de acordo com o seguinte esquema:

- Insulina Actrapid® HM antes do pequeno almoço;
- Insulina Actrapid® HM antes do almoço;
- Insulina Actrapid® HM antes do jantar;
- Insulina Protaphane® HM antes da ceia (23 horas).*

Estas multiadministrações são hoje fáceis e cómodas, graças ao aparecimento das *canetas* de insulina (Novopen® e Novopen® II)*.

A avaliação do resultado terapêutico é feita pela própria doente (autocontrolo glicémico e pesquisa de cetonúria) permitindo-lhe assim, um ajuste contínuo das doses de insulina e uma vida independente. Para isso, a EDUCAÇÃO da grávida diabética é fundamental, sendo aqui a adesão à terapêutica e autocontrolo correctos, facilitada pelo desejo de proteger o seu filho.

O autocontrolo glicémico é feito quatro vezes ao dia, antes da administração de Insulina; a pesquisa de cetonúria faz-se preferencialmente ao deitar e em jejum. Todos os valores das glicémias são registados diariamente durante a gravidez, em *caderno do diabético*.

A vigilância clínica faz-se, em principio, de quatro em quatro semanas ou com menores intervalos, de acordo com o caso concreto ou com a aproximação do parto. O exame de rotina engloba, além da observação clínica, os seguintes exames:

- hemoglobina glicosilada (HbA¹C): tem maior valor no primeiro trimestre da gravidez, traduzindo o controlo metabólico na altura da concepção e embriogénese;
- vigilância do peso;
- medição da tensão arterial (risco de HTA);
- urina tipos I e II (risco de infecção urinária);
- fundoscopia de três em três meses (retinopatia diabética);
- ecografia inicial e seriada: idade gestacional, rastreio de malformações congénitas, macrossomia, atraso de crescimento uterino, etc.;
- cardiocardiografia;
- determinação da α — fetoproteína (rastreio das malformações de tubo neural): se aumentada fazer amniocentese e ecografia no 2.º semestre de gestação;
- Testes de maturidade fetal: fosfatidilinositol (PI) à 30.ª semana; fosfatidilglicerol (PG) à 36.ª semana. Se PG presente e relação lecitina (L)/esfingomiéline (S) igual a dois, a maturidade fetal é boa e o feto é viável.

PARTO

Sempre que possível, o parto deve processar-se por via baixa, induzido se necessário; se tal não for possível, recorre-se à cesariana. No dia do parto só se usa insulina de acção rápida (insulina Actrapid HM), em pequenas doses, administrada de 4 em 4 ou de 6 em 6 horas de acordo com os valores das glicemias capilares, ao mesmo tempo que se perfunde soro glicosado a 5% de manutenção.

* Utilizamos nomes comerciais de insulina e *canetas*, por uma questão prática, dado serem as únicas existentes ao momento no mercado português.

PUERPÉRIO

No puerpério reajustam-se as doses e o número de administrações de insulina de acordo com as glicémias. Há toda a vantagem na amamentação do recém-nascido, não resultando daí, nenhum inconveniente para o controlo da diabetes, mantendo as diabéticas tipo II (NIDD) durante a amamentação, se necessário, terapêutica com insulina.

CONSULTA DE REVISÃO PUERPÉRIAL

Esta consulta realiza-se um mês depois do parto e compreende, para além da avaliação clínica e metabólica, a programação do método anti-concepcional a utilizar, de acordo com as preferências da doente. No que respeita à Diabetes Mellitus, apenas se desaconselha o uso de estroprogestativos, se houver complicações de angiopatia diabética.

DIABETES GESTACIONAL

O tratamento da Diabetes Gestacional é essencialmente o Regime Alimentar e o Exercício, obtendo-se em alguns casos um bom controlo metabólico. Este avalia-se pela autoglicémia pós prandial (2-3 horas após as refeições) e em jejum. Na maioria dos casos, contudo, a Diabetes Gestacional, exige insulino-terapia, que se faz de acordo com o esquema atrás referido.

A avaliação pós parto, permitirá reconhecer ou a normalização da glicémia ou a manutenção da hiperglicémia; no primeiro caso, fará ao fim de 1 mês a Prova de Tolerância oral à glicose com 75 gr. de glicose, (PTGO), e, de acordo com os resultados, se reclassificará. No segundo caso, será tratada como uma Diabetes Mellitus, que embora se tenha manifestado na gravidez, é idêntica à Diabetes manifestada em quaisquer outras circunstâncias (quase sempre Diabetes Mellitus tipo II — NIDD).

Um das últimas palavras para salientar a importância destas doentes serem seguidas em Centros Especializados, dado terem uma gravidez de risco, e tendo em conta a morbilidade e mortalidade fetais ainda existentes.

BIBLIOGRAFIA

- KÜHL C, MOLSTED-PEDERSON L — Pregnancy and Diabetes: Gestacional Diabetes. The Diabetes Annual/3. Elsevier Science Publisher 1957.
- FREINKEL, N; METZGER, B. — Emerging Challenges in Diabetes and Pregancy: Diabetic Embriopathy and Gestacional Diabetic Publisher 1988.
- BAIRD, J. — Pregnancy and Diabetes. World Book of Diabetes in practice, Elsevier Science Publisher 1988.
- MILLS, JL; KNOPP, RH; SIMPSON, JL. ETAL (1985) — Lack of relaton of Diabetic mother to Glicemic control during organogéneses. N. Engl. J. Med. 318, 671.
- KEY, TC; GUIFFRIDA, R; MOORE, TR (1987) — Predictive value of early pregnancy glycohemoglobin in the insulin — treated diabetic patient. Am. J. Obstet. Gynecol. 156, 1096.
- Second International Workshop — Conference on Gestacional Diabetes Mellitus — Diabetes, vol. 34, Suppl. 2. June 1985.
- Clinical Diabetes Mellitus — Davidson.

Pedido de Separatas:

Elizabete Galdes

Serviço de Endocrinologia

Hospital da Universidade de Coimbra

3000 Coimbra