

Diabetes Mellitus Gestacional

Aspectos relevantes das recomendações diagnósticas

Diabetes mellitus gestacional (DMG) é definido, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma intolerância a carboidratos de gravidade variável, que se inicia durante a gestação atual e não preenche os critérios diagnósticos de diabetes mellitus franco.

É o problema metabólico mais comum na gestação, com prevalência em 3 a 25%, dependendo do grupo étnico, da população e do critério diagnóstico utilizado.

A incidência de DMG tem aumentado em paralelo com o aumento do diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e da obesidade na população feminina. Na primeira consulta de pré-natal, recomenda-se avaliar as mulheres quanto a presença de DM prévio, não diagnosticado. O DMG caracteriza-se como importante fator de risco independente para desenvolvimento futuro de DM2. Mulheres que tiveram DMG devem fazer rastreamento para diabetes ao longo da vida.

Fatores de risco para DMG

- Idade materna avançada
- Sobrepeso, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual
- Deposição central excessiva de gordura corporal
- História familiar de diabetes em parentes de primeiro grau
- Crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual
- Antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrosomia ou DMG
- Síndrome de ovários policísticos
- Baixa estatura (menos de 1,5 m)

Não existe, até o momento, consenso sobre a indicação de rastreamento e sobre o método diagnóstico do DMG. A maioria das recomendações advém de consensos de especialistas.

A investigação de DMG deve ser feita em todas as gestantes sem diagnóstico prévio de diabetes. Entre 24 e 28 semanas de gestação, deve-se realizar o Teste Oral de Tolerância a Glicose (TTOG) com dieta sem restrição de carboidratos ou com ingestão de 150g de carboidratos nos 3 dias anteriores ao teste, com jejum de 8 horas.

Em 2010, a International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) definiu critérios diagnósticos do DMG baseados nos resultados do estudo *Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes* (HAPO), uma pesquisa observacional que tinha como meta encontrar ponto de corte que ligasse a hiperglicemia materna a eventos perinatais adversos. O critério da IADPSG, porém, não é consenso mundial (tabela 1).

Desde 2011 a American Diabetes Association (ADA), adota o critério da IADPSG. No primeiro trimestre de gestação, a ADA utiliza os critérios para a população geral no TTOG, considerando os casos diagnosticados como diabetes mellitus pre-existente.

Em 2013, a OMS endossou o uso desses pontos de corte para o diagnóstico de DMG, destacando que glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL ou após sobrecarga ≥ 200 mg/dL seriam critérios diagnósticos para diabetes mellitus franco, e não DMG.

Em 2017, a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), em associação com a **Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)**, o **Ministério da Saúde (MS)** e a **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)**, passou a adotar os novos critérios para rastreamento e diagnóstico do DMG.

O TTOG deve ser realizado pela manhã, após jejum noturno de 8 horas, com sobrecarga de 75g de glicose. O diagnóstico de GDM é feito quando qualquer um dos valores de glicemia a seguir for atingido ou excedido:

Tabela 1	OMS	IADPSG; ADA e SBD; SBD, OPAS, FEBRASGO e MS
Jejum	92 a 125 mg/dL	92 mg/dL
1h	180 mg/dL	180 mg/dL
2h	153 a 199 mg/dL	153 mg/dL

Em 2013, o National Institute of Health (NIH) convocou uma conferência sobre os critérios diagnósticos de DMG e o painel, com representantes da obstetrícia/ginecologia, medicina materno-fetal, pediatria, bioestatística e áreas relacionadas, recomendou a abordagem diagnóstica em duas etapas: etapa 1: TTOG 1-h 50g que, se alterado, deve ser seguido pela etapa 2: TTOG 3-h 100g (tabela 2).

Os fatores citados para a escolha do procedimento diagnóstico em duas etapas foram: a falta de ensaios clínicos demonstrando os benefícios da estratégia de uma etapa do IADPSG e as potenciais consequências de identificar um grande grupo de mulheres com DMG, incluindo a medicalização e aumento de custos com a saúde.

O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) adota a abordagem em duas etapas. Recomenda qualquer um dos limiares: 130, 135 ou 140mg/dL para o TTOG 1-h 50g. Uma revisão comparou os cortes de 130mg/dL e 140mg/dL. O maior *cutoff* teve sensibilidade de 70-88% e especificidade 69-89%, enquanto o menor corte foi 88-99% sensível e 66-77% específico.

ACOG recomenda, para TTOG 3-h 100g, um dos dois conjuntos de limiares de diagnóstico (tabela 2), sendo cada um baseado em diferentes conversões matemáticas dos limiares originais, definidos em sangue total e em métodos não enzimáticos para determinação da glicose. Embora possa ser apontado o uso de um valor alterado para o diagnóstico, a ACOG observa que pesquisas são necessárias para avaliar os riscos de eventos adversos e se estas gestantes se beneficiariam de tratamento.

Tabela 2. TTOG – Diagnóstico do DMG em duas etapas (NIH e ACOG)

1ª Etapa: TTOG com 50g de glicose anidra (sem jejum): Se glicemia maior ou igual a 140mg/dL* fazer a etapa seguinte.

2ª Etapa: O TTOG com 100g de glicose deve ser realizado pela manhã, em jejum. O diagnóstico de DMG é feito se glicemia é maior ou igual aos valores de corte em dois pontos da curva.

	Carpenter / Coustan	OU	NDDG
Jejum	95 mg/dL		105 mg/dL
1 h	180 mg/dL		190 mg/dL
2 h	155 mg/dL		165 mg/dL
3 h	140 mg/dL		145 mg/dL

*ACOG: pode ser usado corte 135mg/dL em populações de alto risco e prevalência de DMG. Alguns *experts* sugerem o corte de 130mg/dL.

Assessoria Científica Lab Rede

Referências

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Avaliação e tratamento do diabetes mellitus gestacional. In Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Editora Clannad, 2017.
2. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes – 2019. Diabetes Care 2019;42(Suppl. 1):S13–S28.
3. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational Diabetes. ACOG Practice Bulletin. 2018; 131(2):e-49-e-64

Uma publicação do:

Lab Rede

WWW.LABREDE.COM.BR

LABORATÓRIO PRÓ-EXAME

Rua XV de Novembro, 190, Centro, Taubaté – (12)3621-2331 (12)99778-6844

Horário de atendimento: segunda a sexta-feira de 07:00 às 18:00 e aos sábados de 07:00 às 12:00

www.proexame.com.br

lab@proexame.com.br