



Artigo original

## Diabetes Gestacional nos anos 2000 e 2010: Retrato de uma sociedade?

Ana Bernardino Simões\*, Raquel Robalo, Guida Gomes, Francisca Aleixo, Njila Amaral e Silvia Guerra

Serviço de Medicina Materno-Fetal, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

### INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

*Historial do artigo:*

Recebido a 13 de julho de 2012

Aceite a 14 de setembro de 2012

On-line a 19 de julho de 2013

*Palavras-chave:*

Diabetes gestacional

Gravidez

Naturalidade

### R E S U M O

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi comparar as características de mulheres com diagnóstico de diabetes gestacional, em 2 anos, separados por uma década.

**Tipo de estudo:** Estudo retrospectivo.

**Local:** Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

**População:** Grávidas vigiadas na nossa instituição com diagnóstico de diabetes gestacional nos anos de 2000 (103 mulheres) e 2010 (299 mulheres).

**Métodos:** Foram comparados 2 grupos de grávidas: as grávidas vigiadas no ano 2000 e as vigiadas em 2010.

**Resultados:** No ano 2010 verificou-se um aumento estatisticamente significativo das mulheres com naturalidade estrangeira e do nível de escolaridade. O recurso a insulino-terapia para controlo metabólico diminuiu no mesmo grupo, tal como a taxa de cesarianas, tendo-se verificado um aumento da percentagem de mulheres reclassificadas no pós-parto.

**Conclusões:** A maior percentagem de estrangeiras e o aumento da escolaridade média reflete as alterações sociodemográficas que a população residente sofreu. A maior ênfase dada nos últimos anos ao cuidado nutricional permitiu diminuir a insulino-terapia. Estas diferenças poderão refletir um maior controlo das grávidas com diabetes gestacional.

© 2012 Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

### Gestational Diabetes in the years 2000 and 2010: A portrait of a society?

#### A B S T R A C T

*Keywords:*

Gestational diabetes

Pregnancy

Ethnicity

**Objective:** To compare sociodemographic characteristics of women with gestational diabetes, in two distinct years, separated by a decade.

**Type of study:** Retrospective Study

**Location:** Maternidade Dr. Alfredo da Costa

**Population:** Pregnant women with gestational diabetes, followed up in our hospital in the years 2000 (103 women) and 2010 (299 women).

**Methodology:** Cohort study of pregnant women with gestational diabetes, followed in our institution in the years of 2000 and 2010. We established two groups: women from 2000 and 2010.

**Results:** In the last decade, there was an increase in the percentage of women of foreign origin and an increase in the scholarship. There was a decrease in the need of insulin and in the percentage of cesareans in 2010. A higher percentage of women in 2010 performed the reclassification test after delivery.

**Conclusions:** The higher percentage of foreign origin women and of higher scholarship reflects sociodemographic changes that have been experienced in the resident population. An increased attention on the glycemic control over the last years allowed a better metabolic control and a reduction of the insulin use in pregnant women with gestational diabetes.

© 2012 Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

### Introdução

É reconhecido o profundo efeito da gravidez no metabolismo da glicose da mulher. Desde o início da gestação verifica-se o aumento

\* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: [anafilpasimoes@gmail.com](mailto:anafilpasimoes@gmail.com) (A.B. Simões).

dos níveis séricos de insulina e o aumento da resistência à insulina, associado a aumento dos níveis de estrogénios plasmáticos, progesterona e cortisol e da produção placentar de várias hormonas diabetogénicas, nomeadamente a hormona lactogénia placentar<sup>1</sup>. Estas alterações são adequadas às necessidades do feto que se desenvolve, mas também favorecem o aparecimento de diabetes gestacional (DG).

A DG é um fator de risco reconhecido para complicações na gravidez e no parto, bem como para o desenvolvimento de diabetes mellitus materna e da prole<sup>1-8</sup>. Corresponde a qualquer grau de anomalia do metabolismo da glicose diagnosticado ou detetado, pela primeira vez, durante a gravidez<sup>2,3</sup>. A definição é aplicável, independentemente de a insulina ser ou não utilizada no tratamento<sup>2</sup>.

O controlo dos níveis de glicose no sangue reduz significativamente o risco para o recém-nascido<sup>2</sup>. Por outro lado, o aumento do nível de glicose materna pode resultar em complicações maternas a curto-prazo como pré-eclâmpsia e para o recém-nascido, nomeadamente macrossomia, morte fetal, traumatismo no momento do parto, hipoglicemia e icterícia<sup>1-5</sup>.

Apesar de a DG ser uma condição transitória, as implicações a longo prazo são importantes, uma vez que uma mulher com diagnóstico de DG tem 60-70% de risco de desenvolvimento de DG em gravidezes subsequentes e 25-75% de desenvolver diabetes mellitus no futuro<sup>3,8</sup>. ADG está também associada a um risco aumentado, nos descendentes, de obesidade e de perturbações do metabolismo da glicose durante a infância e a vida adulta<sup>3,5-7</sup>.

A prevalência da DG em Portugal continental foi de 4,4% na população parturiente que utilizou o Sistema Nacional de Saúde durante o ano de 2010, um acréscimo significativo comparativamente aos anos anteriores (3,9% em 2009 e 3,3% em 2008 e 2007)<sup>2</sup>.

Até janeiro de 2011, o diagnóstico de DG era realizado em dois passos: prova de rastreio e prova diagnóstica<sup>9</sup>. A prova de rastreio consistia na prova de O'Sullivan com sobrecarga oral de 50g de glicose e colheita de sangue uma hora após a sobrecarga, realizada *no primeiro trimestre se existissem fatores de risco*, entre a 24.<sup>a</sup>-28.<sup>a</sup> semanas *na sua ausência e repetida* entre a 32.<sup>a</sup>-34.<sup>a</sup> semanas, caso a *anterior* fosse negativa. Uma prova positiva, ou seja, valores superiores ao valor de referência (glicemia  $\geq 140$  mg/dL após uma hora) implicaria a realização da prova diagnóstica, a Prova de Tolerância à Glicose Oral (PTGO) com sobrecarga oral de 100g de glicose. Os valores de referência para a PTGO foram lançados em 1979 por Carpenter e Coustan<sup>10</sup>. Em 1982, Carpenter e Coustan propuseram baixar os valores de inclusão para 95, 180, 155 e 140 mg/dL para valores de glicemia em jejum e uma, 2 e 3 horas após 100g de glicose, respetivamente. Na 4.<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre Diabetes Mellitus Gestacional (1997)<sup>11</sup>, foram adotados os critérios de Carpenter e Coustan para diagnóstico de DG, subscritos posteriormente na 5.<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre Diabetes Mellitus Gestacional em 2007<sup>12</sup>.

Após os resultados do estudo Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes<sup>13</sup> (HAPO) publicados em 2008, são propostos novos critérios de diagnóstico de diabetes na gravidez pela International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG). Os novos critérios de diagnóstico de DG são introduzidos em Portugal, em Janeiro de 2011<sup>3,14</sup>, passando a ser possível o diagnóstico de DG ou diabetes prévia logo no primeiro trimestre com o valor de glicemia em jejum, mesmo em mulheres sem fatores de risco para intolerância à glicose. Caso o valor da glicemia em jejum, no primeiro trimestre, seja inferior a 92 mg/dL, realiza-se entre a 24.<sup>a</sup>-28.<sup>a</sup> semanas uma PTGO com 75g de glicose (diluídas em 300 mL de água), com colheita de sangue em jejum, uma hora e 2 horas após a ingestão da glicose. Estes não foram os critérios utilizados no presente estudo por não se encontrarem ainda em vigor no momento da sua elaboração.

A nível mundial, a prevalência da DG tem vindo a aumentar<sup>15-18</sup>. Em Portugal, assistiu-se nos últimos anos a alterações sociais e demográficas importantes da população residente. O objetivo deste trabalho foi avaliar, em 2 grupos de grávidas com DG, separados por 10 anos, de que modo estas alterações se refletiram não só nas características das mulheres com diagnóstico de DG, como nos respetivos desfechos neonatais.

## Métodos

Foi realizado um estudo retrospectivo, de coorte, de todas as gestações simples com diagnóstico de DG, acompanhadas na *Maternidade Dr. Alfredo da Costa*, nos anos de 2000 e de 2010. Foram consideradas todas as mulheres com diagnóstico de DG, independentemente do desfecho obstétrico.

O diagnóstico de DG foi efetuado, de acordo com as normas em vigor à data da vigilância destas grávidas, PTGO com 100g de glicose administrada por via oral a todas as grávidas com prova de O'Sullivan positiva. O diagnóstico foi feito na presença de 2 valores superiores aos valores de referência, aos 0, 60, 120 e 180 minutos de PTGO. Todas as grávidas foram vigiadas na Consulta de Diabetes e Gravidez, consulta multidisciplinar realizada por obstetra, endocrinologista, enfermeiro e nutricionista.

Foram comparados 2 grupos, o de grávidas com diagnóstico de DG em 2000 (n=103) e em 2010 (n=299). Na caracterização dos grupos foram analisadas as seguintes variáveis: idade materna, naturalidade, habilitações literárias, paridade, antecedentes pessoais de DG e macrossomia fetal, antecedentes familiares de diabetes mellitus e índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional. Quanto ao desfecho da gravidez, foram avaliados: ganho ponderal na gravidez (segundo recomendações do Institute of Medicine, 2009<sup>19</sup>), necessidade de insulino-terapia para controlo glicémico durante a gravidez, idade gestacional do parto, tipo de parto e peso do recém-nascido (macrossomia fetal e recém-nascidos grandes para a idade gestacional). Foi definido como macrossomia fetal, peso ao nascer superior a 4.000g. Os recém-nascidos cujo peso ao nascer se encontrava acima do percentil 90 para a idade gestacional, foram classificados como recém-nascidos grandes para a idade gestacional<sup>20</sup>.

Os dados maternos, fetais e neonatais foram obtidos através de uma base de dados pré-existente e através de dados recolhidos por consulta do processo clínico.

Todas as mulheres foram informadas da necessidade de realizar uma prova de reclassificação no pós-parto e encaminhadas para uma consulta de revisão pós-parto. Assim, as mulheres realizaram 6-8 semanas após o parto uma prova de tolerância à glicose oral com 75g, com a avaliação da glicemia em jejum e 2 horas após a ingestão de glicose. A prova poderia resultar em 4 classificações, de acordo com orientações da Organização Mundial de Saúde<sup>21,22</sup>: normal, anomalia da glicemia em jejum, anomalia da tolerância à glicose e diabetes mellitus. A prova era normal quando os valores de glicemia em jejum eram  $< 110$  mg/dL e  $< 140$  mg/dL, 2 horas após a sobrecarga de glicose. Para um diagnóstico de anomalia da glicemia em jejum a glicemia em jejum deveria ser entre 110-125 mg/dL inclusive. A anomalia da tolerância à glicose oral implicaria uma glicemia às 2 horas entre 140-199 mg/dL inclusive. O diagnóstico de diabetes mellitus era determinado pela presença de uma glicemia em jejum superior ou igual a 126 mg/dL ou uma glicemia às 2 horas superior ou igual a 200 mg/dL.

A análise estatística foi realizada com recurso ao programa SPSS®, 17.<sup>a</sup> edição (teste de Qui-Quadrado e teste de Mann-Whitney). Considerou-se valores  $p < 0,05$  como representando uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3278322>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3278322>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)