



Diabetes gestacional

- 1 Introdução
- 2 Riscos de “diabetes gestacional”
- 3 Tratamento no “diabetes gestacional”
- 4 Efeitos do teste de tolerância à glicose
- 5 Conclusões

1 Introdução

O conceito de diabetes gestacional evoluiu a partir do conceito anterior de pré-diabetes, que afirma que grande parte das patologias associadas ao diabetes evidente desenvolve-se antes do surgimento de dependência à insulina. O teste de tolerância à glicose tornou-se fundamental para esse diagnóstico, pois acreditava-se que revelasse um defeito na homeostase da glicose que só poderia ser demonstrado após estímulo com glicose. Somente em 1973 foi feita uma tentativa de relacionar o pré-diabetes (um teste de tolerância à glicose anormal na ausência de doença clínica) à evolução perinatal. Embora essa relação seja muito tênue, deu origem ao conceito de diabetes gestacional como doença, a ser pesquisada e tratada. Os profissionais e as mulheres tornaram-se ansiosos, temendo o desenvolvimento do “diabetes gestacional”, e foram introduzidas e realizadas várias formas de rastreamento com estímulo de glicose para identificar o distúrbio.

2 Riscos de “diabetes gestacional”

A partir dos dados disponíveis, o pequeno aumento da mortalidade perinatal associado à tolerância anormal à glicose parece ser previsto tanto pela indicação para realizar o teste de tolerância à glicose (como obesidade, feto grande, natimorto prévio ou malformação) quanto pelo resultado do teste. Assim, a intolerância à glicose é apenas um marcador para outros distúrbios subjacentes que influenciam adversamente a evolução perinatal.

Mesmo apenas como marcador de aumento da mortalidade perinatal, o teste de tolerância à glicose ainda poderia ser um indicador útil de risco. Resta a dúvida referente à possibilidade ou não de a identificação e o tratamento de mulheres

com diabetes gestacional evitarem alguns dos resultados perinatais adversos associados (ver Cap. 7).

O “resultado adverso” mais frequentemente associado ao diabetes gestacional é a “macrossomia fetal” (um bebê maior que a média). Os resultados adversos da cesariana, distocia do ombro e traumatismo, provêm desse resultado primário. Até 30% das mães com teste de tolerância à glicose anormal têm um bebê com peso ao nascimento acima de 4.000 g. Entretanto, a apreciação clínica, baseada na avaliação do peso antes da gravidez, no ganho ponderal e em uma gravidez com mais de 42 semanas, sem qualquer referência à tolerância à glicose, é mais preditiva de macrossomia fetal do que o teste de tolerância à glicose. Assim, a ampla aplicação do teste de tolerância à glicose a gestantes teria valor limitado na identificação de mulheres sob maior risco de macrossomia fetal.

3 Tratamento no “diabetes gestacional”

Não há indicações convincentes de que o tratamento de mulheres com teste de tolerância à glicose anormal reduzirá a mortalidade ou a morbidade perinatal. Estudos de controle alimentar para “diabetes gestacional” não demonstram efeito significativo sobre qualquer resultado, com a possível exceção de macrossomia. Estudos que comparam o uso da insulina associada à dieta com a dieta isolada mostram diminuição da macrossomia, porém sem efeito significativo sobre outros resultados, como a taxa de cesariana, a incidência de distocia do ombro ou a mortalidade perinatal. Também não há mostras de que esse tratamento reduza a incidência de icterícia neonatal ou hipoglicemia. Um estudo realmente avaliou o uso de cesariana eletiva no “diabetes gestacional”. O resultado foi um aumento estatisticamente significativo da morbidade materna, sem demonstração de benefício para o bebê. Em um estudo, não foram constatadas diferenças significativas na evolução materna ou neonatal pelo uso de indução precoce eletiva do trabalho de parto.

4 Efeitos do teste de tolerância à glicose

O diagnóstico de “diabetes gestacional”, como definido atualmente, baseia-se em um teste de tolerância à glicose anormal. Este teste não pode ser reproduzido em pelo menos 50-

70% das vezes, e o aumento do risco de mortalidade e morbidade perinatais considerado associado a esse “distúrbio” foi consideravelmente exagerado. Como não foi demonstrada diminuição clara da mortalidade perinatal com o uso de insulina para tratamento do diabetes gestacional, o rastreamento de todas as gestantes com teste de tolerância à glicose não tende a ter um impacto significativo sobre a mortalidade ou a morbidade perinatal.

Um teste de tolerância à glicose anormal está associado a um aumento de duas a três vezes da incidência de macrosomia, mas a maioria dos lactentes macrossômicos terá mães com teste de tolerância à glicose normal.

Existe também grande possibilidade de a realização de um teste de tolerância à glicose causar mais danos que benefícios. Um teste positivo rotula a mulher como portadora de uma forma de diabetes. Sua gravidez provavelmente será considerada de “alto risco”, invocando um programa extenso e dispendioso de exames laboratoriais e intervenções sem benefício comprovado. Por outro lado, um teste de tolerância à glicose negativo também pode causar danos por tranquilizar falsamente o médico e a mulher de que o risco, produzido pela indicação para o teste, foi eliminado.

Como ainda não foi estabelecido benefício do rastreamento de glicose durante a gravidez, o método usado para esse rastreamento é irrelevante. Entretanto, para aqueles que usam esse teste sem valor comprovado, deve-se notar que um polímero da glicose mostrou ser mais aceitável que a glicose em mulheres submetidas a esse rastreamento, e está associado a menos náuseas e cefaléias. Caso algum dia seja demonstrada qualquer utilidade do rastreamento de pequenos graus de intolerância à glicose durante a gravidez, devem ser revistas as pos-

síveis vantagens do uso de um polímero da glicose em vez da glicose para esse rastreamento.

5 Conclusões

Todas as formas de teste de tolerância à glicose devem ser revistas. As mulheres com suspeita de diabetes clínico devem ser acompanhadas com dosagens da glicose sanguínea em jejum ou 2 horas após uma refeição, durante toda a gravidez.

Os dados disponíveis não apóiam a recomendação ampla de que todas as gestantes sejam submetidas a rastreamento de “diabetes gestacional”, muito menos que sejam tratadas com insulina. Até que seja estabelecido o risco de pequenas elevações da glicose durante a gravidez em estudos conduzidos apropriadamente, o tratamento baseado nesse diagnóstico deve ser revisto criticamente. O uso de terapia injetável com base nos dados disponíveis é altamente discutido, e em muitos outros campos do exercício da medicina tal tratamento agressivo sem benefício comprovado seria considerado antiético.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Hunter, D.J.S. and Keirse, M.J.N.C., Gestational diabetes.

Biblioteca Cochrane

Walkinshaw, S.A., Dietary regulation for ‘gestational diabetes’.

Revisões pré-Cochrane

Walkinshaw, S.A., Glucose polymer vs glucose for screening/diagnosing ‘gestational diabetes’. Review no. 06652.

Elective caesarean for ‘gestational diabetes’. Review no. 06648.