

Diabetes gestacional, o que mudou nos critérios de diagnóstico?

Gestational diabetes, what did change in the criteria for diagnosis?

Editorial

O diabetes gestacional (DG) é uma das intercorrências mais frequentes da gestação e, se não diagnosticado e tratado adequadamente, traz aumento considerável dos riscos perinatais. As principais complicações são: macrosomia fetal, tocotraumas, aumento do número de cesáreas, hipoglicemia neonatal, hiperbilirrubinemia neonatal, síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido, hipocalcemia, prematuridade e óbito fetal¹⁻⁴. Muitos estudos também verificam aumento de complicações na vida adulta dos recém-nascidos de mães com DG, tais como: aumento da incidência de obesidade, hipertensão, síndrome metabólica e diabetes⁵. Mulheres que desenvolveram DG apresentam ainda um aumento considerável do risco de se tornarem diabéticas tipo 2 ao longo da vida, que pode ser minimizado ou postergado com orientações de mudança do estilo de vida⁶⁻⁸. Portanto, atualmente considera-se de grande relevância a identificação de pacientes com diabetes gestacional.

Nos últimos anos, muito tem sido discutido sobre qual o melhor teste para o diagnóstico do DG. O teste de tolerância oral à glicose com sobrecarga (TTGO) de 100 g, amplamente difundido, foi idealizado tendo como alvo a probabilidade de uma mulher ficar diabética em até dez anos após o diagnóstico de DG. É um teste com importância epidemiológica, porém não correspondia aos anseios dos obstetras no que se refere às complicações perinatais. Com o objetivo de responder a esses questionamentos, desenhou-se um estudo multicêntrico, mundialmente conhecido como HAPO Study (*Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome*)³. Este estudo incluiu 16 centros hospitalares com aproximadamente 25.000 gestantes recrutadas de julho de 2000 a abril de 2006. As mulheres foram submetidas ao TTGO de 75 g de glicose entre a 24^a e a 32^a semanas de gestação, com análises no tempo zero (jejum), uma e duas horas após a sobrecarga de glicose. Os médicos que assistiram a estas gestantes não tiveram acesso ao resultado do TTGO durante o pré-natal, exceto nos casos de glicemia considerada como elevada (glicemia de jejum >105 mg/dL e/ou glicemia duas horas após a sobrecarga de glicose acima de 200 mg/d). Estes casos foram excluídos do estudo.

Na análise dos resultados neonatais do estudo HAPO (macrosomia, hipoglicemia e valores do peptídeo C do cordão), as glicemias de jejum, de uma e duas horas após a sobrecarga foram identificadas como preditoras independentes do resultado neonatal adverso. Isto permitiu que se concluísse que apenas um valor anormal seria suficiente para o diagnóstico

Correspondência:

Rossana Pulcineli Vieira Francisco
Av. Doutor Enéas de Carvalho Aguiar, 255 – 10º andar – sala 10085 –
Cerqueira César – CEP: 05403-000 – São Paulo (SP), Brasil.

Recebido

01/08/2011

Aceito com modificações

30/08/2011

Trabalho realizado no Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

¹ Professora-associada da Disciplina de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

² Médica Assistente da Divisão de Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

³ Professor Titular da Disciplina de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

de DG³. Esta é a justificativa para a modificação nos critérios de diagnóstico, os quais passam a considerar que um ou mais valores anormais no TTGO permitem o diagnóstico de DG.

No final de 2009, os resultados do estudo HAPO e de outros estudos realizados com o objetivo de determinar o melhor teste para o diagnóstico de DG foram avaliados pela *International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups* (IADPSG), gerando consenso publicado em março de 2010⁹. Neste consenso, ficou definido que o teste de tolerância oral com sobrecarga de 75 g de glicose é o teste de escolha para o diagnóstico do DG; que o teste deverá ser aplicado a todas as gestantes entre a 24^a e a 28^a de gestação e que deverá ser incluída análise das glicemias de jejum (oito horas) e uma e duas horas após a sobrecarga de 75 g de glicose. Estabeleceu-se assim o diagnóstico de DG, quando a paciente apresentar um ou mais valores maiores ou iguais aos valores de referência do TTGO 75 g, ou seja, glicemia de jejum ≥ 92 mg/dL, de uma hora após a sobrecarga ≥ 180 mg/dL e de duas horas após a sobrecarga ≥ 153 mg/dL. Estes valores de corte foram estabelecidos pela IADPSG e correspondem a 1,75 do desvio padrão da média dos valores de glicemia obtidos no estudo HAPO⁹.

No consenso, recomenda-se ainda que as gestantes, independente dos fatores de risco, deverão ter, na primeira consulta pré-natal, a dosagem da glicemia de jejum com o objetivo de identificar pacientes portadoras de diabetes não-diagnosticado previamente à gravidez (*Overt Diabetes*) e de DG⁹.

O diagnóstico de *Overt Diabetes* será firmado quando a glicemia de jejum for maior ou igual a 126 mg/dL, o que é semelhante ao parâmetro para mulheres não-gestantes. Nesse caso, a paciente terá seu seguimento pré-natal baseado nos mesmos princípios do tratamento de pacientes que previamente à gestação apresentavam diagnóstico de diabetes do tipo 1 ou 2. Será importante a investigação de complicações maternas e fetais, como risco aumentado de malformações. Além da utilização da glicemia de jejum para o diagnóstico de *Overt Diabetes*, pode-se ainda utilizar qualquer um dos critérios habitualmente considerados fora da gestação, ou seja, glicemia ocasional maior ou igual a 200 mg/dL acompanhada de sintomatologia ou hemoglobina glicada (HbA1C) maior ou igual a 6,5%. Caso a glicemia de jejum esteja entre 92 e 125 mg/dL, considerando-se que, segundo o estudo HAPO, esse é um exame preditor independente do resultado neonatal adverso, a paciente será considerada diabética gestacional e iniciará o tratamento. Se a glicemia de jejum for inferior 92 mg/dL, a paciente será considerada não-portadora de diabetes e deverá realizar o TTOG de 75 g entre a 24^a e a 28^a semanas de gestação.

Após a publicação do consenso em março de 2010, grande parte dos serviços e das sociedades adotou esses novos critérios para o diagnóstico de diabetes durante a gravidez. Em janeiro de 2011, a *American Diabetes Association* (ADA) modificou suas recomendações para o diagnóstico de DG, abandonando o TTGO com sobrecarga de 100 g, e recomendou que fossem seguidos os critérios estabelecidos pelo Consenso do IADPSG para o diagnóstico do DG¹⁰. A partir de abril de 2011, a Divisão de Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) tem utilizado os critérios definidos pelo IADPSG para o diagnóstico de tal doença.

Se os critérios para diagnóstico de DG estão se uniformizando – o que certamente é um avanço na atenção às gestantes de alto risco –, essa nova recomendação nos leva a refletir sobre o impacto de tal diagnóstico ser realizado em número significativamente maior de gestantes que necessitarão de tratamento¹¹. Por outro lado, apesar de haver aumento do custo imediato para o tratamento dessas gestantes, a diminuição das complicações perinatais (prematuridade, internações em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais), além da prevenção das comorbidades futuras (obesidade, hipertensão e diabetes), poderá gerar economia muito maior¹².

Os próximos estudos deverão ter como objetivo determinar se o tipo de tratamento a ser oferecido será diferenciado, se os fatores de risco para utilização de insulina serão mantidos e qual a proporção de pacientes permanecerá diabética ou intolerante após o parto^{13,14}. Assim, novas políticas assistenciais poderão ser estabelecidas para que o sistema de saúde, tanto público como privado, consiga se adequar à nova realidade e possa promover um tratamento de qualidade para estas gestantes de forma que consigamos diminuir as complicações a curto e longo prazo para essas mulheres e seus filhos.

Referências

1. Langer O, Yogev Y, Most O, Xenakis EM. Gestational diabetes: the consequences of not treating. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(4):989-97.
2. Kjos SL, Schaefer-Graf U, Sardesi S, Peters RK, Buley A, Xiang AH, et al. A randomized controlled trial using glycemic plus fetal ultrasound parameters versus glycemic parameters to determine insulin therapy in gestational diabetes with fasting hyperglycemia. *Diabetes Care*. 2001;24(11):1904-10.
3. Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U, Coustan DR, et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med*. 2008;358(19):1991-2002.
4. Persson B, Hanson U. Neonatal morbidities in gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 1998;21 (Suppl 2):B79-84.

5. Barker DJ, Bull AR, Osmond C, Simmonds SJ. Fetal and placental size and risk of hypertension in adult life. *BMJ*. 1990;301(6746):259-62.
6. Catalano PM, Vargo KM, Bernstein IM, Amini SB. Incidence and risk-factors associated with abnormal postpartum glucose-tolerance in women with gestational diabetes. *Am J Obstet Gynecol*. 1991;165(4 Pt 1):914-9.
7. Lee H, Jang HC, Park HK, Metzger BE, Cho NH. Prevalence of type 2 diabetes among women with a previous history of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract*. 2008;81(1):124-9.
8. Ratner RE, Christophi CA, Metzger BE, Dabelea D, Bennett PH, Pi-Sunyer X, et al. Prevention of diabetes in women with a history of gestational diabetes: effects of metformin and lifestyle interventions. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93(12):4774-9.
9. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care*. 2010;33(3):676-82.
10. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2011. *Diabetes Care*. 2011;34(Suppl 1):S11-61.
11. Flack JR, Ross GP, Ho S, McElduff A. Recommended changes to diagnostic criteria for gestational diabetes: impact on workload. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2010;50(5):439-43.
12. Lee S, Pettker C, Funai E, Norwitz E, Thung S. Is lowering the diagnostic threshold for gestational diabetes (GDM) cost-effective? Implications from the hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes (HAPO) trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(6 Suppl A):S199.
13. de Barros MC, Lopes MA, Francisco RP, Sapienza AD, Zugaib M. Resistance exercise and glycemic control in women with gestational diabetes mellitus. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203(6):556.e1-6.
14. Sapienza AD, Francisco RP, Trindade TC, Zugaib M. Factors predicting the need for insulin therapy in patients with gestational diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010;88(1):81-6.