



Diabetes Mellitus Gestacional: Predisposição Genética, Aspectos Fisiopatológicos e Tratamento.

Talitha Giselle Clemente Gonçalves, Alessandra da Costa Gonçalves,
Dr. Rodrigo da Silva Santos
União das Faculdades Alfredo Nasser
talithagiselle@gmail.com

RESUMO: Este artigo trata de uma revisão da literatura sobre a possibilidade da ocorrência do diabetes em qualquer gestante, que na maioria dos casos é assintomático. O estudo mostra o porquê de algumas mulheres serem mais propícias a adquirirem a doença e ressalta que após identificar a doença são feitos tratamentos, na maioria dos casos, um controle nutricional que visa ajustar as quantidades nutrientes necessários para a gestante, monitorizar a realização de atividade física após avaliar a existência de contra indicação. E para as gestantes que mesmo com o controle nutricional não conseguem o regular a glicemia é utilizada a insulino terapia. O diabetes que ocorre na gravidez é o Mellitus, podendo sofrer consequências tanto a mãe quanto o perinato. Além do mais se tem que as mulheres que apresentam diabetes gestacional se tornam mais propícias a desenvolver diabetes tipo 2 ao longo da sua vida adulta e na senilidade. Assim ressalta-se a importância do pré-natal para o diagnóstico precoce e tratamento do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes gestacional. Diagnóstico. Tratamento. Insulino terapia.

1. INTRODUÇÃO

O DMG, Diabetes Mellitus Gestacional, pode ser definido pela redução da tolerância à glicose, que é perfilhada na gestação pela primeira vez, podendo prosseguir após o parto ou não. Pacientes com características clínicas de Diabetes

Mellitus tipo 1 ou tipo 2 e casos de diminuição da tolerância à glicose podem ser inseridas nessa definição, quando o diagnóstico é feito apenas na gravidez atual. O diagnóstico é feito por meio da glicemia em jejum para rastreamento e através do teste oral de tolerância à glicose para a reafirmação do diagnóstico. Os valores definidos para o diagnóstico da DMG, segundo o Ministério da Saúde, foram a glicemia de jejum maior ou igual 110 mg/dL e o teste oral de tolerância à glicose maior ou igual a 140 mg/dL.

2. METODOLOGIA

Este estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado através de levantamento bibliográfico relacionados ao tema Diabetes Mellitus Gestacional publicados no período de janeiro de 1991 a janeiro de 2007 em quatro bases de dados, NCBI, Medline, Lilacs e Scielo. Na NCBI utilizamos como descritores: Gestational Diabetes Mellitus, já na Medline, Lilacs e Scielo usamos: Diabetes e Diabetes Mellitus Gestacional.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diabetes tipo 1 é insulino dependente e não é apontado por fatores genéticos, porém pode aparecer com forma de doença autoimune, já o tipo 2 não é insulino dependente, porém é apontado por fatores genéticos. A doença em sua forma gestacional é determinada quando ocorre durante a gravidez.

Ao contrário do que muitos pensam a apuração da glico-hemoglobina não traz um diagnóstico adequado e, portanto, não deve ser utilizada ao se buscar o diagnóstico de diabetes. Porém, as alterações da glicose plasmática de jejum ou após uma dose extra de glicose via oral são as bases para o diagnóstico do diabetes.

A primeira escolha de tratamento para grande parte das gestantes com DMG é a dieta. A prática de exercícios também é uma opção de tratamento e na prenhez traz vários benefícios, com a diminuição da glicemia, a redução do ganho abusivo de peso materno e o decréscimo da incidência de macrosomia fetal. Assim, é recomendada para todas as gestantes com diabetes não havendo contraindicações.

Quando a dieta associada aos exercícios físicos é ineficiente, é inserido o uso de insulina, a chamada insulinoterapia, além do uso de outros medicamentos como Metformina, Acarbose e Glibenclamida.

4. CONCLUSÕES

O DMG é uma situação perigosa e é de extrema importância a realização de exames que fazem seu diagnóstico, pois esta, devidamente controlada, diminui os riscos adjacentes e faz com que as crianças nasçam saudáveis. As mães devem ser diagnosticadas no início da enfermidade e devem ter acompanhamento com dietas, exercícios físicos e quando necessário o uso de insulina, além do acompanhamento pós-parto para que possam ser identificadas e tratadas ocasionais complicações.

REFERÊNCIAS

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2008. Diabetes Care [online]. 2008 [acesso 2015 Mai 02]. Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/31/Supplement_1/S12.full.pdf+html
2. Padilha, Patricia de Carvalho et al. Terapia nutricional no diabetes gestacional. Rev. Nutr., Fev 2010, vol.23, no.1, p.95-105. ISSN 1415-5273
3. Silva, Jean Carl et al. Fatores relacionados à presença de recém-nascidos grandes para a idade gestacional em gestantes com diabetes mellitus gestacional. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Jan 2009, vol.31, no.1, p.5-9. ISSN 0100-7203
4. Buzinaro, Elizabeth Fernandes et al. Sobrepeso na adolescência de filhos de mães que tiveram distúrbios glicêmicos na gestação. Arq Bras Endocrinol Metab, Fev 2008, vol.52, no.1, p.85-92. ISSN 0004-2730]
5. Rezende, Jorge de. Montenegro, Carlos Antônio Barbosa. Obstetrícia fundamental. 9.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2003.
6. Gross, Jorge L. et al. Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. Arq Bras Endocrinol Metab, Fev 2002, vol.46, no.1, p.16-26. ISSN 0004-2730
7. Carocha, A., RiJO, C., Amaral, N., ALeixO, F., & Rocha, T. (2012). Diabetes Gestacional-Rastreo Pós-Parto.
8. Weinert, Letícia Schwerz et al. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. Arq Bras Endocrinol Metab, Out 2011, vol.55, no.7, p.435-445. ISSN 0004-2730.
9. Maganha, Carlos Alberto et al. Tratamento do diabetes melito gestacional. Rev. Assoc. Med. Bras., Set 2003, vol.49, no.3, p.330-334. ISSN 0104-4230.

10. Ericksson UJ, Sweene I. Diabetes in pregnancy: fetal macrosomia, hyperinsulinism, and islet hyperplasia in the offspring of rats subjected to temporary protein-energy malnutrition early in life. *Pediatr Res* 1993; 34:791-795.
11. Jovanovic-Peterson L, Durak EP, Peterson CM. Randomized trial of diet versus diet plus cardiovascular conditioning on glucose levels in gestational diabetes. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161:415-9.
12. Reader DM. Medical nutrition therapy and lifestyle interventions. *Diabetes Care*. 2007;30(Suppl2):S188-93.
13. Metzger BE, Buchanan TA, Coustan DR, Leiva A, Dunger DB, Hadden DR, et al. Summary and recommendations of the fifth international workshop-conference on gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2007;30(suppl2):S251-60.
14. Silva, Jean C. et al. Glibenclamida no tratamento do diabete melito gestacional em estudo comparado à insulina. *Arq Bras Endocrinol Metab*, Jun 2007, vol.51, no.4, p.541-546. ISSN 0004-2730.
15. Detsch, Josiane Cristine Melchiorretto et al. Marcadores para o diagnóstico e tratamento de 924 gestações com diabetes melito gestacional. *Arq Bras Endocrinol Metab*, Ago 2011, vol.55, no.6, p.389-398. ISSN 0004-2730.
16. Schmidt, Maria I. and Reichelt, Angela J. Consenso sobre diabetes gestacional e diabetes pré-gestacional. *Arq Bras Endocrinol Metab*, Fev 1999, vol.43, no.1, p.14-20. ISSN 0004-2730.