

EXPERIÊNCIA DA CONSULTA DE GRAVIDEZ E DIABETES DA MATERNIDADE DR. ALFREDO DA COSTA (1989-1993)

*Clara Soares
** Fátima Anjos
*** Tiago Rocha
• Marta Nogueira

* Assistente Hospitalar de Ginecologia/Obstetrícia responsável pela consulta de grávidas diabéticas do Serviço de Medicina Materno-Fetal, Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC)
** Assistente Hospitalar Ginecologia/Obstetrícia, Serviço de Medicina Materno-Fetal, MAC
*** Assistente Hospitalar Endocrinologia
• Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria

Correspondência:
Dra. Clara Soares
Serviço de Medicina Materno-Fetal
Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Resumo: Em 1989 foi criada na Maternidade Dr. Alfredo da Costa uma consulta de diabetes e gravidez. Desde essa altura, 300 grávidas diabéticas foram vigiadas nesta consulta: 210 com diabetes gestacional e 90 com diabetes pré-gestacional. Os problemas obstétricos mais frequentemente encontrados foram a doença hipertensiva e as infecções do tracto génito-urinário. A prematuridade, a macrossomia e as anomalias congénitas foram as complicações mais importantes no grupo dos RN filhos de mãe com diabetes pré-gestacional e a macrossomia o principal problema nos filhos de mãe com diabetes gestacional.

Palavras-chave: Diabetes; gravidez.

Summary: In 1989 a clinic for diabetes and pregnancy was created at Maternity Dr. Alfredo da Costa. Since then, 300 diabetic pregnant women were followed in our institution: 210 with gestational diabetes and 90 with pregestational diabetes. The most common obstetric problems were hypertensive disorders and genitourinary infections. The major perinatal problems in the pregestational diabetic group were prematurity, macrossomia and congenital anomalies. In the gestational diabetic group macrossomia was the main problem.

Key-words: Diabetes; pregnancy.

A diabetes mellitus, quer antecedendo a gravidez quer complicando esta, acarreta taxas elevadas de morbilidade materna e morbilidade perinatal (1,2).

Nos últimos anos estas taxas têm vindo a diminuir significativamente devido não só à com-

preensão da importância de um bom controlo metabólico, mas também à melhor vigilância destas grávidas em centros terciários especializados.

Na Maternidade Dr. Alfredo da Costa - MAC - foi sentida a necessidade de um entendimento diferenciado às grávidas com esta patologia, pelo que em 1989 teve início a Consulta de Diabetes e Gravidez, de cuja equipa fazem parte dois obstetras, um endocrinologista, um pediatra e uma enfermeira.

Definiram-se como objectivos fundamentais da consulta:

1 - A educação da grávida, sensibilizando-a para o processo fisiopatológico decorrente e motivando-a assim, para a obtenção de um bom controlo metabólico.

2 - A vigilância materno-fetal, desempenhando o médico um papel activo, tanto nas vertentes metabólica e obstétrica, como no campo preventivo, procurando antecipar-se às complicações.

Para a concretização destes objectivos, seguimos os protocolos aprovados pela O.M.S. e pela Federação Internacional da Diabetes (5,6).

É feito o ensino dietético personalizado, da auto-vigilância e do registo de glicemias e da eventual insulinoterapia.

Na vigilância materna efectuou-se a correcção do controlo metabólico e o rastreio sistemático de infecções gènito-urinárias e nas diabéticas pré-gestacionais, a avaliação periódica da função renal e a observação oftalmológica, assim como a prevenção das complicações metabólicas.

Na diabetes gestacional é realizada a prova de sobrecarga com 75 g de glucose 6 a 8 semanas após o parto, para reclassificação.

Para a vigilância fetal é imprescindível o acesso a técnicas diferenciadas de diagnóstico, nomeadamente a ecografia para o rastreio de anomalias, alteração do crescimento e avaliação do bem-estar fetal.

Em todas as grávidas com diabetes pré-gestacional é feita sistematicamente a ecocardiografia fetal e, em caso de haver complicações vasculares, a fluxometria Doppler.

No período compreendido entre Julho de 1989 e Abril de 1993 foram vigiadas nesta consulta 300 mulheres que terminaram a gravidez: 210 com diabetes gestacional (DG) e 90 com diabetes pré-gestacional (DPG). Destas últimas, segundo a classificação de P. White, 53 pertenciam à classe B, 14 à classe C, 13 à classe D, 5

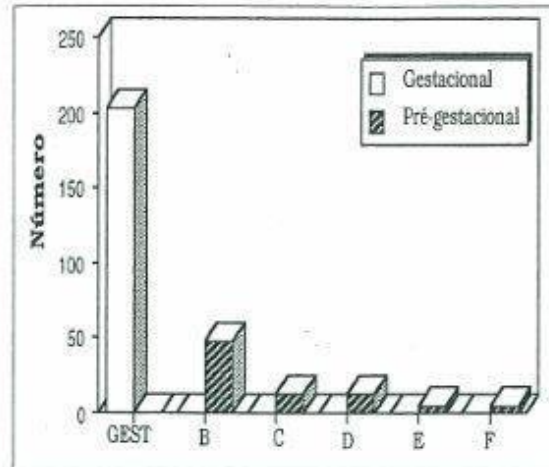


Fig. 1 - Classificação.

à classe R e 5 à classe F-R (Fig. 1).

Como seria de esperar, a incidência de DG e de DPG tipo II foi maior no grupo etário 30-39 anos (Fig. 2).

49% das grávidas com DG iniciaram a vigilância nesta consulta após as 34 semanas de gestação; no entanto, este número tem vindo progressivamente a decrescer, tendo no último ano a idade gestacional média à data da primeira consulta sido de 29 semanas. Em relação à DPG, verifica-se a mesma tendência, embora em 1992 apenas 28,5% tenham sido observadas antes das 8 semanas.

Os problemas obstétricos foram mais frequentes no grupo DPG, com particular realce para a doença hipertensiva (Quadro I).

Verificaram-se 6 casos de complicações relacionadas com a diabetes (DPG) - 3 situações de cetoacidose, 2 comas hipoglicémicos e 1 agravamento da retinopatia.

A gravidez terminou em aborto espontâneo em 5 casos, todos no grupo DPG. Em 4 situações efectuou-se interrupção de gravidez: 3 por existência de anomalias fetais incompatíveis com a vida e 1 por retinopatia proliferativa grave. Houve 1,3% (4/300) de mortes fetais - 0,47% (1/210) no grupo DG e 3,3% (3/90) no grupo DPG).

A taxa de cesariana foi de 56% que embora elevada, é semelhante à referida por outros centros (3,4).

Houve 269 partos únicos e 6 gemelares - total de 281 recém-nascidos (RN), 12 RN não foram avaliados por terem nascido noutra instituição, 14,8% (42/281) dos RN foram pré-termos, existindo uma correlação directa entre a incidência da prematuridade e os estádios

Quadro I - Problemas Obstétricos (%)

	DG	DPG
Doença hipertensiva	19,5	42,0
Infecção genital	27,8	27,0
Parto pré-termo	6,7	37,8
Infecção urinária	20,4	17,0
Aborto espontâneo	0,0	5,5
Anomalias fetais	0,5	4,4
Nado-mortos	0,5	3,3

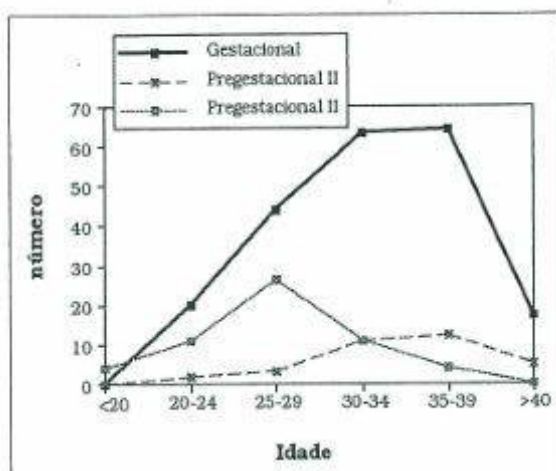


Fig. 2 - Idade materna.

mais graves da diabetes (Fig. 3).

A macrosomia (peso ao nascer superior a 4000 gr) verificou-se em 14,9% (42/281) dos RN: 26 (12,9%) eram RN DG e 16 (21,6%) RN DPG. Como se pode observar na figura 4, e comparando dados da MAC de 1983, verificamos que a taxa de macrosomia no grupo DG tem vindo a diminuir, facto que pensamos relacionar-se com o início mais precoce de cuidados diferenciados a estas grávidas.

A mortalidade perinatal foi de 17,5% (5/285) - 2 casos devidos a anomalias incompatíveis com a vida (1 morte fetal e morte neonatal).

A mortalidade neonatal foi de 3% (1/282).

A morbilidade neonatal (fig. 5) foi mais elevada no grupo DPG. A hipoglicemia, a policitemia e a hiperbilirrubinemia foram os problemas dominantes.

A cardiomiopatia hipertrófica só se observou em RN grandes para a idade gestacional todos com SDR. O trauma obstétrico foi mais elevado no RN do macrossômico.

A asfixia grave (1 Apgar ≤ 6 aos 5 minutos) só se observou em 4 RN.

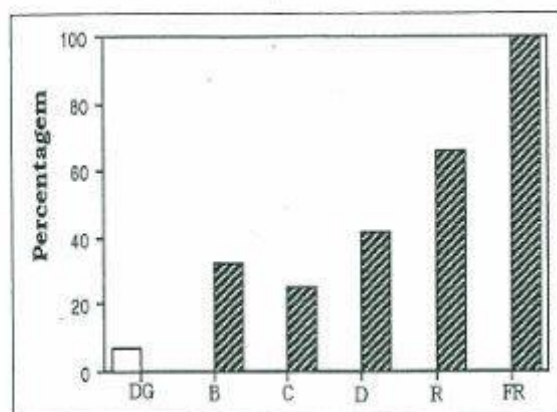


Fig. 3 - Prematuridade (n= 42).

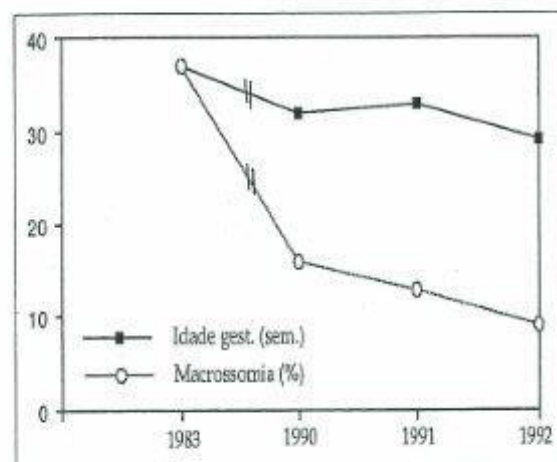


Fig. 4 - Diabetes gestacional - Incidência de macrosomia e idade gestacional na primeira consulta.

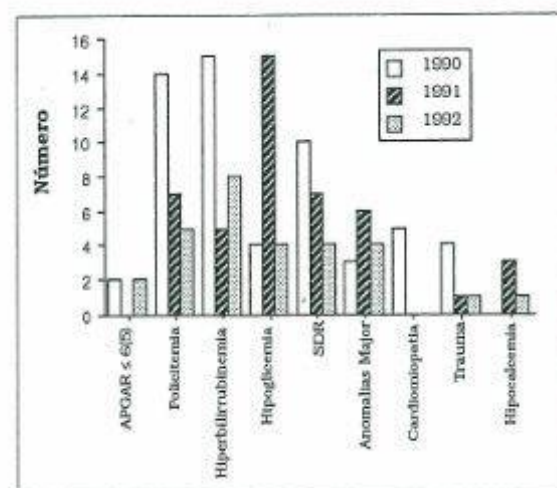


Fig. 5 - Morbilidade neonatal.

Houve 13 anomalias major: 4 cardíacos, 3 dos membros, 3 do SNC, 2 gêrito-urinárias, 1 anomalia dos vasos umbilicais.

CONCLUSÕES

A progressiva melhoria da vigilância da grávida diabética na MAC, através de uma consulta especializada, tem levado à diminuição da morbidade e particularmente da mortalidade perinatais.

O desafio actual consiste na identificação atempada da diabetes gestacional e o início precoce (ideia, na fase pré-concepcional) dos cuidados diferenciados na diabetes pré-gestacional, visando seguir os princípios contidos na declaração de St. Vincent:

"Achieve pregnancy outcome in the diabetic woman that of the non diabetic woman".

BIBLIOGRAFIA

1. Yovanovic - Peterson L, Peterson C: Pregnancy in the diabetic women. Guidelines for a successful outcome. Clin Endocrinol Metabol; 21(2): 433-56, 1992.
2. Landon MB, Gabbe SG, Prana R et al: Neonatal morbidity in pregnancy complicated by diabetes mellitus: predictive value of maternal glycemic profiles. Am J Obstet Gynecol; 156: 1089-96, 1987.
3. Joyce DB: Pregnancy and diabetes. KGMM Alberty e LP Krall (eds) The diabetes annual/C. Elsevier: 219-55, 1991.
4. Carvalheiro M, Fagulha I: Diabetes e gravidez. End Met e Nutr 2 (1): 65-71, 1993.
5. Summary and recommendations of the 2nd International workshop conference on gestational diabetes mellitus. Diabetes, 35 (suppl 2), 1985.
6. Tomás G: WHO-IDF guidelines on diabetes and pregnancy. Advances en Diabetologie; 5 (suppl 1), 1992.