

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL – NOVOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Assessoria Médica Lab Rede

Durante muitos anos, o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) tem sido definido como “qualquer grau de intolerância à glicose com início ou primeiro reconhecimento durante a gravidez”. Embora a maioria dos casos se resolva com o parto, esta definição não contempla a persistência ou não após a gravidez e não exclui a possibilidade de que a intolerância à glicose, não reconhecida, tenha iniciado antes ou concomitantemente com a gravidez. Seu diagnóstico e tratamento são importantes uma vez que a hiperglicemia está associada a complicações maternas e fetais.

Desde sua descrição, nos anos 1950, não há critério diagnóstico padronizado universalmente para o DMG. Os critérios diagnósticos são antigos, sofreram pequenas alterações durante os anos em vigência e não se destinam a identificar gestantes com risco maior de resultados perinatais adversos, mas as mulheres com risco aumentado de desenvolver diabetes após a gravidez ou são os critérios utilizados para a população geral.

Em 2008-2009, o Grupo de Estudo da Associação Internacional de Diabetes e Gravidez (IADPSG), em consenso internacional com representantes de múltiplas organizações de obstetria e diabetes, incluindo a American Diabetes Association (ADA), recomendou que mulheres de alto risco, preenchendo os critérios padronizados para diabetes (tabela 1), em sua visita pré-natal inicial, recebam o diagnóstico de evidente, não gestacional, Diabetes Mellitus.

Tabela 1. Critérios para o diagnóstico de Diabetes Mellitus (ADA)

1. A1C > 6,5%. O teste deve ser realizado em laboratório, usando um método que é certificado NGSP e padronizados para o ensaio DCCT. * **OU**
2. Glicemia de jejum > 126 mg/dl. O jejum é definido como ausência de ingestão calórica por pelo menos 8h. * **OU**
3. 2-h glicemia > 200mg/dl durante Teste de Tolerância Oral à Glicose (TTOG). O teste deve ser realizado como descrito pela Organização Mundial de Saúde, utilizando uma carga de glicose contendo o equivalente a 75 g de glicose anidra dissolvida em água *. **OU**
4. Em um paciente com sintomas clássicos de hiperglicemia com glicemia aleatória > 200 mg/dl.

* Na ausência de hiperglicemia inequívoca, os critérios de 1-3 devem ser confirmados por repetição, em outro momento.

O *Hyperglycemia Adverse Pregnancy Outcome* (HAPO), um estudo epidemiológico multinacional de grande escala (25.000 grávidas), demonstrou que o risco de efeitos adversos maternos, fetais e neonatais aumenta continuamente em função da glicemia materna com 24-28 semanas, mesmo dentro dos limites anteriormente considerados normais para a gravidez. O estudo HAPO foi realizado com o objetivo de identificar os efeitos adversos associados a variados graus de intolerância à glicose, menores que aqueles encontrados no diabetes evidente. Estes resultados levaram à reconsideração dos critérios de diagnóstico para o DMG. Após deliberações em 2008-2009, o IADPSG desenvolveu recomendações para o diagnóstico de DMG. O grupo recomendou que todas as gestantes que não tenham diabetes conhecido sejam submetidas ao Teste de Tolerância Oral com 75 g de glicose anidra (TTOG) entre 24-28 semanas de gestação. Adicionalmente, o grupo desenvolveu pontos de corte diagnósticos para glicemia nos tempos jejum, 1 hora e 2 horas do TTOG. A estratégia para rastreio e diagnóstico do DMG com base na indicação do IADPSG está descrita na Tabela 2.

Tabela 2. Screening e diagnóstico para Diabetes Mellitus Gestacional

TTOG com 75 g de glicose anidra, com dosagens da glicemia em jejum e 1 e 2 horas, entre 24-28 de semanas de gestação em mulheres não previamente diagnosticados com diabetes. O TTOG deve ser realizado pela manhã, após um jejum noturno de pelo menos 8 h.

O diagnóstico de GDM é feito quando qualquer um dos valores de glicemia a seguir for excedido:

Jejum > 92 mg/dl
1 h > 180 mg/dl
2 h > 153 mg/dl

A ADA reconhece um aumento esperado na incidência de DMG diagnosticado por estes critérios, principalmente porque apenas um valor anormal, não dois como nos critérios anteriores, é suficiente para fazer o diagnóstico, mas também considera que estas alterações estão sendo realizadas no âmbito de preocupantes aumentos de obesidade e diabetes em todo mundo, com a intenção de otimizar os resultados da gestação para mulheres e seus bebês.

REFERÊNCIAS

The HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes. *N Engl J Med* 358,19:1991-2002. 2. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 35(Suppl 1):64-71. 3. World Health Organization. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: World Health Organization and International Diabetes Federation 2006.