



— SIMPÓSIO CRMPB DE —

DIABETES MELITUS

DIA MUNDIAL DO DIABETES

Lunnara Saldanha Gomes de Sousa. CRM PB5684

*Endocrinologista RQE 4633. Ambulatório de Diabetes Gestacional - HULW/UFPB
Mestranda em Promoção à Saúde*



CRM-PB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA PARAÍBA



**EDUCAÇÃO MÉDICA
CONTINUADA CRMPB**
Coordenador: Dr. João Modesto Filho

SIMPÓSIO CRMPB DE

DIABETES MELITUS

DIA MUNDIAL DO DIABETES

Diabetes Gestacional

Lunnara Saldanha
CRM-PB, Novembro / 2023



CRM-PB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA PARAIBA



Sociedade Brasileira de
Endocrinologia e Metabologia



**EDUCAÇÃO MÉDICA
CONTINUADA CRMPB**
Coordenador: Dr. João Modesto Filho



Dia Mundial
do Diabetes

14 de novembro

Diabetes Gestacional

SIMPÓSIO CRMPB DE

DIABETES MELITUS

DIA MUNDIAL DO DIABETES

De acordo com a Resolução 1.595/2000 do Conselho Federal de Medicina, Declaro não haver conflito de interesse nessa apresentação, sendo esse simpósio, patrocinado, integralmente, pelo CRM-PB, sem prejuízo para minha fala, atitude e compromisso com a verdade.



CRM-PB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA PARAIBA



**EDUCAÇÃO MÉDICA
CONTINUADA CRMPB**
Coordenador: Dr. João Modesto Filho



Agenda

- 1- Perfil glicêmico gestacional fisiológico
- 2- Rastreamento de Hiperglicemia
- 3- Diabetes Gestacional
 - 3.1- Diagnóstico
 - 3.2- Fatores de Risco
 - 3.3- Complicações
 - 3.4- Metas
 - 3.5- Tratamento
- 4- Pós parto imediato
- 5- Pós parto tardio



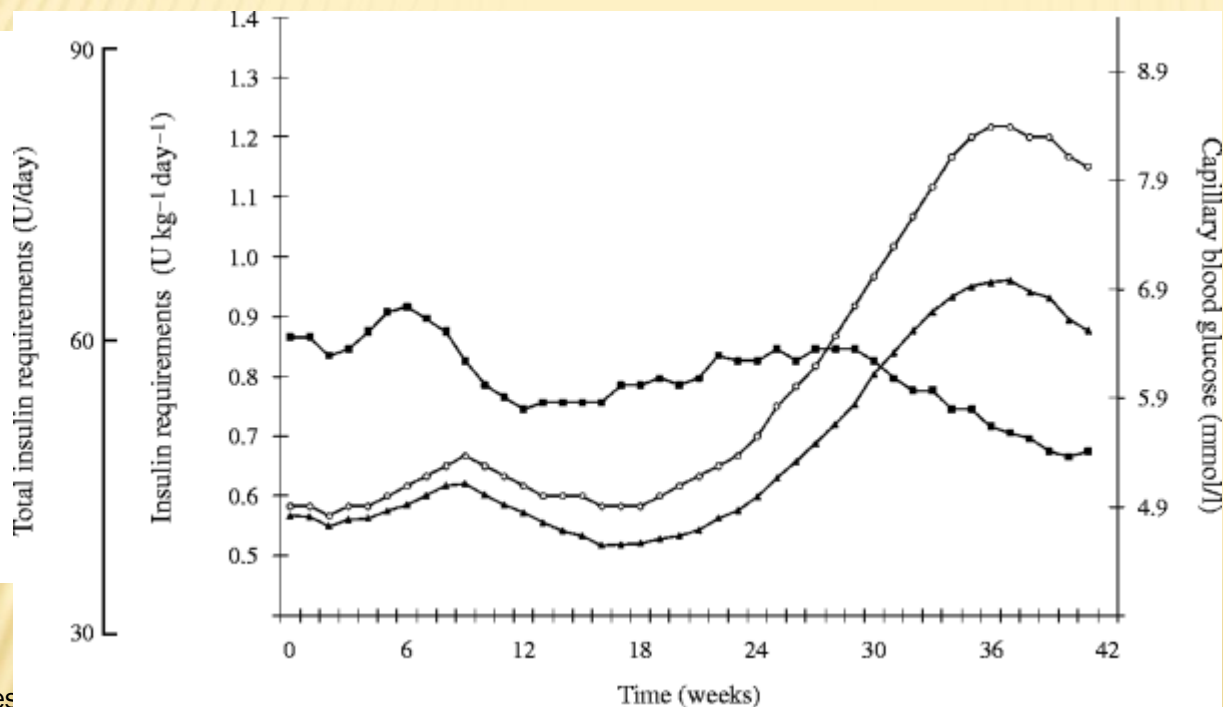


Dia Mundial
do Diabetes
14 de novembro

Diabetes Gestacional

SIMPÓSIO CRMPB DE
DIABETES MELITUS
DIA MUNDIAL DO DIABETES

1- Perfil Glicêmico Fisiológico na gestação



Metabolismo glicêmico normal:

- níveis de glicose no sangue em jejum são mais baixos do que no estado não grávido, devido à captação de glicose independente da insulina pelo feto e pela placenta
- por hiperglicemia pós-prandial leve e diferentes graus de intolerância a carboidratos

James L. Simpson, Boyd Metzger. Physiological reduction in fasting plasma glucose concentration in the first trimester of normal pregnancy: The diabetes in early pregnancy study, *Metabolism*, Vol 47, No 9 (September), 1998: pp 1140-1144

Park, Y. Jack Lee, Lewis Holmes, Joe

DM: Por volta da 16ª semana, a resistência à insulina começa a aumentar e as doses diárias totais de insulina aumentam linearmente ~5% por semana até a semana 36.

A análise pelo IMC mostrou menor redução de gj no primeiro trimestre com o aumento do IMC/ ou nenhuma.

Garcia-Patterson. A, Gich EU, Amini SB, Catalão PM, de Leiva A, Corcoy R. [Insulin requirements throughout pregnancy in women with type 1 diabetes mellitus: three changes of direction.](#) *Diabetologia* 2010 ;53 :446 -451



CRM-PB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA PARAIBA



EDUCAÇÃO MÉDICA
CONTINUADA CRMPB
Coordenador: Dr. João Modesto Filho



2- Rastreamento de hiperglicemia

Primeira Consulta Pré-natal → Rastreamento segundo OMS

→ Rastreamento precoce- Reduz Risco de Anomalias congênitas

→ – **DMG de início precoce** : **Mortalidade perinatal, hipoglicemia neonatal** e indicação de uso de insulina , Mais desfechos perinatais desfavoráveis. Immanuel J, Simmons D. Screening and Treatment for Early-Onset Gestational Diabetes Mellitus: a Systematic Review and Meta-analysis. Curr Diab Rep. 2017; 2;17(11):115. doi: 10.1007/s11892-017-0943-7. PMID: 28971305.

- **HbA1c > 5,9%** → **Dobro do risco de pré-eclampsia, distócia de ombro, malformação congênita e morte perinatal** , +

premature e GIG. Kattini R, Hummelen R, Kelly L. Early Gestational Diabetes Mellitus Screening With Glycated Hemoglobin: A Systematic Review. J Obstet Gynaecol Canada. 2020;42(11):1379–84.

→ **Triplo risco** Mañé L, Flores-Le Roux JA, Benaiges D, Rodríguez M, Marcelo I, Chillarón JJ, et al. Role of first trimester HbA1c as a predictor of adverse obstetric outcomes in a multi-ethnic cohort. J Clin Endocrinol Metab. 2017;102(2):390-397. doi: 10.1210/jc.2016-2581.

Hiperglicemia detectada na gestação – DMDG : Diabetes diagnosticado na gestação; DMG: DMGestacional

→ **8%**

- -→ DMDG - critérios de DM fora da gestação/HbA1c>6,5%
- -→DMG- + prevalente: intolerância aos carboidratos de gravidade variável, que se inicia durante a gestação porém não preenche critérios diagnósticos de DM fora da gestação → 3 a 25% das gestações, dependendo do grupo étnico e do critério diagnóstico utilizado(1:6nv) → **90%**

Bardenheier BH, Imperatore G, Devlin HM, Kim SY, Cho P, Geiss LS. Trends in Pre-Pregnancy Diabetes Among Deliveries in 19 U.S. States, 2000–2010. Am J Prev Med [Internet]. 2015;48(2):154–61.

WHO. Diagnostic criteria and classification of hyperglycemia first detected in pregnancy: A World Health Organization Guideline. WHO, editor. Diabetes Res Clin Pract [Internet]. 2014 Mar;103(3):341–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/nbk169024/>





2- Rastreamento de hiperglicemia

Hiperglicemia na Gestação

Diagnóstico de DM
prévio
à gestação

Diabetes Mellitus
Pré-Gestacional

Sem diagnóstico de DM prévio à gestação

Diabetes Mellitus
Diagnosticado na
Gestação:
('overt diabetes')

Glicemia de jejum $\geq 126\text{mg/dL}$

ou

Glicemia ao acaso $\geq 200\text{mg/dL}$

ou

HbA1c $\geq 6,5\%$

ou

TOTG após a 24ª semana:

Glicemia 2h $\geq 200\text{mg/dL}$

Diabetes Mellitus
Gestacional:

Glicemia de jejum: $92\text{--}125\text{mg/dL}$

ou

TOTG após a 24ª semana:

Glicemia de jejum: $92\text{--}125\text{mg/dL}$

ou

Glicemia 1h $\geq 180\text{mg/dL}$

ou

Glicemia 2h $153\text{--}199\text{ mg/dL}$





2- Rastreamento de hiperglicemia

R3: O diagnóstico de DMG DEVE SER CONSIDERADO nas gestantes com glicemia plasmática em jejum de 92 a 125 mg/dL em qualquer momento da gestação (Tabela 1).

...

Tabela 1. Glicemia em jejum e glicemia casual de pré-gestação

R4: Para todas as gestantes sem diagnóstico prévio de DM, independentemente da presença de fatores de risco, É RECOMENDADO que a investigação diagnóstica do DMG seja feita entre a 24^a e 28^a semana de gestação, através da realização de um teste de tolerância oral à glicose, com medida da glicose plasmática em jejum, 1 e 2 horas após a ingestão de 75 g de glicose anidra.

Ação	Solicitar TOTG na 24-28 sem.	Iniciar tratamento	Iniciar tratamento
------	------------------------------	--------------------	--------------------

Zajdenverg L, Façanha C, Dualib P, Golbert A, Moisés E, Calderon I, Mattar R, Francisco R, Negrato C, Bertoluci M. Rastreamento e diagnóstico da hiperglicemia na gestação. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). DOI: 10.29327/557753.2022-11, ISBN: 978-85-5722-906-8





3.1- Diagnóstico

Para aumentar a reprodutibilidade do método, o TOTG deve ser precedido por dieta sem restrição de carboidratos ou com, no mínimo, ingestão diária de 150 g de carboidratos durante os 3 dias anteriores ao teste e com jejum de 8 horas.²⁶

R5: É RECOMENDADO que o diagnóstico de DMG seja estabelecido entre a 24^a e a 28^a semana de gestação, quando pelo menos 1 dos valores de glicemia a seguir esteja presente: jejum ≥ 92 e < 126 mg/dL; 1 hora ≥ 180 mg/dl; 2 horas ≥ 153 e < 200 mg/dL.

HAPO: glicemia α complicações perinatais, hiperinsulinismo/GIG

IADPSG: 75% chance de evolução de desfechos desfavoráveis

2013:  Diretriz
FEBRASGO,
MS

²⁶ HAPO Study Cooperative Research Group, Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U, Coustan DR, Hadden DR, McCance DR, Hod M, McIntyre HD, Oats JJ, Persson B, Rogers MS, Sacks DA. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med. 2008;358(19):1991-2002. doi: 10.1056/NEJMoa0707943.

²⁷ International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus P, Metzger BE, Gabbe SG, Persson B, Buchanan TA, Catalano PA, et al. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. Diabetes care. 2010; 33:676-82

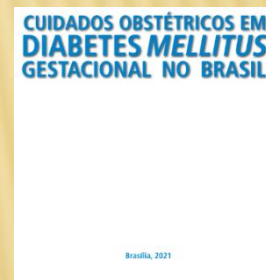




3.1- Diagnóstico

- Em 2017, a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) juntamente com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e com o Ministério da Saúde do Brasil definiram uma proposta conjunta de padronização do rastreamento e diagnóstico do DMG no país. Os critérios brasileiros foram adaptados dos critérios da OMS³, considerando-se as particularidades do Brasil, onde a disponibilidade de recursos de saúde se distribui de forma irregular. O consenso brasileiro de diagnóstico do DMG propõe estratégia alternativa para o diagnóstico de DMG na população onde existem restrições de recursos em saúde.⁴

$G_j \geq 92 \rightarrow$ Primeira consulta pré natal
24-28 semanas (detectando-se 86% dos casos de DMG)



Pré natal de alto risco para vigilância de equipe multidisciplinar, com monitorização glicêmica antes e uma hora após refeições.

3.2- Fatores de Risco

Quadro 1. Fatores de risco para diabetes mellitus gestacional (DMG).[4,7]

- Idade materna avançada
- Sobrepeso e obesidade
- História familiar de diabetes em parentes de primeiro grau
- Presença de condições associadas à resistência à insulina
 - acantosis nigricans
 - obesidade central
 - hipertrigliceridemia
 - hipertensão arterial sistêmica
 - síndrome de ovários policísticos
- Ganho excessivo de peso na gravidez atual
- Crescimento fetal excessivo
- Polidrâmnio
- Hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual
- Antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição
- Malformações
- Morte fetal ou neonatal
- Macrossomia
- DMG prévio
- Hemoglobina glicada $\geq 5,7\%$ no primeiro trimestre

→ A incidência de DMG tem aumentado com o crescimento da obesidade na população feminina

Outros FR

- Def 25OHD
- Gemelaridade,
- Baixa estatura,
- Menarca precoce
- Distúrbios do sono: prolongado; má qualidade subjetiva do sono

Sadeghian M, Asadi M, Rahmani S, Akhavan Zanjani M, Sadeghi O, Hosseini SA, et al. Circulating vitamin D and the risk of gestational diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Endocrine*. 2020; 24;70(1):36–47.

Sun X, Yang L, Pan J, Yang H, Wu Y, Chen Z, Chen X, Mu L. Age at menarche and the risk of gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine*. 2018;61(2):204-209. doi: 10.1007/s12020-018-1581-9. Epub 2018 Mar 20. PMID: 29556913.

Xu Y-H, Shi L, Bao Y-P, Chen S-J, Shi J, Zhang R-L, et al. Association between Sleep duration during pregnancy and gestational diabetes mellitus: a meta-analysis. *Sleep Med*. 2018;52:67–74.

Zhu B, Shi C, Park CG, Reutrakul S. Sleep quality and gestational diabetes in pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med*. 2020;67:47–55.

Quadro 2. Complicações maternas e fetais

PERINATAIS	
MATERNAS	FETAIS
• Candidíase vaginal • Infecção urinária • Polidrâmnio • Desordens hipertensivas da gravidez • Cesárea • Surgimento ou agravamento das complicações crônicas do DM	• Macrossomia • Tocotraumatismo • Abortamento • Malformações * • Óbito intrauterino • Prematuridade • Desconforto respiratório • Hipoglicemia neonatal • Hipocalcemia • Hiperbilirrubinemia
FUTURAS	
MATERNAS	PROLE
• Risco aumentado para desenvolver DM	• Risco aumentado para desenvolver síndrome metabólica, obesidade, DM, hipertensão arterial sistêmica.
• Recidiva do DMG em gestações subsequentes	• Sequelas de malformações

3.3- Complicações

Desfechos adversos maternos e fetais

*podem ser reduzidos com o planejamento adequado da gestação e a otimização do controle glicêmico ao longo de todo o período gravídico)

* Anencefalia, microcefalia, doença cardíaca congênita, anomalias renais e espinhais, diretamente proporcional às elevações de A1C durante as primeiras 10 semanas de gravidez

3.4- Metas

R8. É RECOMENDADO que gestantes com DM ou DMG tenham como meta, valores de glicemia pré-prandiais entre 65-95 mg/dL, 1h pós-prandial < 140 mg/dL e 2h pós-prandial < 120 mg/dL. Em mulheres com risco aumentado de hipoglicemia, estes alvos devem ser aumentados para glicemias de jejum de 70-99 mg/dL e glicemias ao deitar, e entre 2-4h da madrugada, entre 80-120 mg/dL. (Quadro 3)

Pacientes tratadas com medidas não-farmacológicas	
VIABILIDADE FINANCEIRA E DISPONIBILIDADE TÉCNICA TOTAIS	VIABILIDADE FINANCEIRA E TÉCNICA PARCIAIS
Perfil diário de 4 pontos: jejum, pós-café, pós-almoço e pós-jantar	Perfil de 4 pontos 3x por semana: jejum, pós-café, pós-almoço e pós-jantar
Pacientes tratadas com medidas farmacológicas	
Perfil diário de 6 pontos: jejum, pós-café, antes do almoço, pós-almoço, antes do jantar e pós-jantar	Perfil diário de 4 pontos 3x por semana: jejum, pós-café, pós-almoço e pós-jantar

Tempo do teste	Nível glicêmico
Jejum	>65 e <95mg/dL
1h depois das refeições	<140mg/dL
2h depois das refeições	<120mg/dL

3.5- Tratamento

- **Quando?** Glicemias fora da meta (1ou2medidas; 20-30%TAR); em 7ou 14dias.
- **COMO?** Em torno de 70% a 85% melhoram com Dieta e Modificação de estilo de vida (combate ao sedentarismo, controle do peso)(ADA, 2018)

→ Seguimento nutricional contínuo, dieta fracionada.

- O exercício físico preferencialmente pós-prandial auxilia no controle do nível glicêmico, diminui os níveis de hemoglobina glicada e auxilia na insulinoterapia; **se não houver contra indicação obstétrica**

- Insulinoterapia é a primeira escolha!!!

Com o passar da gestação a resistência insulínica aumenta, sendo necessário ajustes.

-Hipoglicemia nas pacientes que fazem uso de insulina, a partir de 30-32 semanas:
pensar em insuficiência placentária (queda do HPL).

A avaliação da vitalidade fetal deve ser feita com o perfil biofísico fetal nessas pacientes a partir de 28 semanas de gestação



Dia Mundial
do Diabetes
14 de novembro

Diabetes Gestacional

SIMPÓSIO CRMPB DE
DIABETES MELITUS
DIA MUNDIAL DO DIABETES

Quadro 1 – Classificação de risco da ANVISA* de uso na gestação das insulinas atualmente disponíveis no Brasil.

Insulina/Análogo	Categoria de Risco
Insulina R	B
Insulina Inalada	C
Insulina Lispro	B
Insulina Asparte	A
Insulina Glulisina	C
Insulina Fast-Asparte	A
Insulina NPH	B
Insulina Glargina e biossimilar	C
Insulina Detemir	A
Insulina Degludeca	A
Insulina Glargina U300	C
Insulina Lispro Mix 75/25 e 50/50	B
Insulina Asparte Mix 70/30	C



CRM-PB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA PARAIBA



**EDUCAÇÃO MÉDICA
CONTINUADA CRMPB**
Coordenador: Dr. João Modesto Filho



Dia Mundial
do Diabetes

14 de novembro

Diabetes Gestacional

SIMPÓSIO CRMPB DE
DIABETES MELITUS
DIA MUNDIAL DO DIABETES

3.5- Tratamento Metformina

Parâmetro	Efeito	Referências
Seguimento em longo	Sem evidências de eventos adversos graves nos	(66-68)

Contraindicações para uso da metformina no Diabetes Gestacional

- Fetos abaixo do percentil 50
- Presença de crescimento intrauterino restrito
- Gestante com doença renal crônica

clínicas, laboratoriais e de imagem de análise metabólica

Fontes: Balsells et al.,⁽⁵¹⁾ Kitwitee et al.,⁽⁵⁸⁾ Baraldi et al.,⁽⁶¹⁾ Charles et al.,⁽⁶²⁾ Cassina et al.,⁽⁶⁴⁾ Glueck et al.,⁽⁶⁶⁾ Hanem et al.,⁽⁶⁷⁾ e Rowan et al.,⁽⁶⁸⁾

Aumento	Sem diferença	Diminuição
Parto pré-termo	Glicemia em jejum, glicemia pós-prandial e hemoglobina glicada entre 36 e 37 de idade gestacional	Ganho de peso materno
	Distocia de ombro	Idade gestacional de nascimento
	Taxa de parto cesárea	Hipertensão arterial
		Hipoglicemia neonatal severa
		Internação em terapia intensiva neonatal

Fontes: Balsells et al.,⁽⁵¹⁾ e Kitwitee et al.,⁽⁵⁸⁾



CRM-PB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA PARAIBA



**EDUCAÇÃO MÉDICA
CONTINUADA CRMPB**
Coordenador: Dr. João Modesto Filho

4- Parto e Pós parto Imediato

Manter no parto GC entre 70 e 120 mg/dL(idealmente 100 a 120 mg/dL).

- GC < 70mg/dL: corrigir com infusão contínua de glicose(5/ 10%),
- GC $\geq$ 120 mg/dL: insulina regular. Parto programado: Permanecer em jejum desde a noite anterior (>8 h).
- Suspensão de Insulina e Monitorização SN 24 a 72h.
 - Resistência à insulina diminui com saída da placenta

*Estima-se que em torno de 20% das mulheres apresentem intolerância à glicose no pós Parto;
→ História prévia de DMG = Risco > DM2 futura.

→ A amamentação está associada à melhora na glicemia após o parto, podendo reduzir o risco de diabetes futuro nas mulheres com história de DMG.

Buchanan TA, Xiang A, Kjos SL, Lee WP, Trigo E, Nader I, et al. Gestational diabetes: antepartum characteristics that predict postpartum glucose intolerance and type 2 diabetes in Latino women. Diabetes. 1998;47(8):1302-10. doi: 10.2337/diab.47.8.1302

Damm P. Gestational diabetes mellitus and subsequent development of overt diabetes mellitus. Dan Med Bull. 1998;45(5):495-509. 76.

Moses RG. The recurrence rate of gestational diabetes in subsequent pregnancies. Diabetes Care. 1996;19(12):1348-50. doi: 10.2337/diacare.19.12.1348

Gunderson EP, Heddersson MM, Chiang V, Crites Y, Walton D, Azevedo RA, et al. Lactation intensity and postpartum maternal glucose tolerance and insulin resistance in women with recent GDM:the SWIFT cohort. Diabetes Care. 2012;35(1):50-6. doi: 10.2337/dc11-1409



5- Pós parto tardio

- TOTG após o parto (4 a 12 semanas)
 - Risco de Diagnóstico de DM2, SM, DCV :
As mulheres com diabetes gestacional tem 10 vezes mais chances de evoluir para diabetes tipo 2,
- Maior risco de obesidade, hipertensão e diabetes tipo 2 nos conceitos ao longo da vida
- Obesidade materna= Gliose e alterações hipotalâmicas fetais;
- Rasmussen. Maternal pre-pregnancy BMI is associated with newborn offspring hypothalamic diffusivity. BMC Med 2023
- Sewaybricker. Initial evidence for hypothalamic gliosis in children with Obesity. Pediatric Obes 2018

American Diabetes Association
Connected for Life

Are you at risk for type 2 diabetes?

Diabetes Risk Test:

WRITE YOUR SCORE IN THE BOX.

Height	Weight (lbs.)
4' 10"	119-142 143-190 191+
4' 11"	124-147 148-197 198+
5' 0"	128-152 153-203 204+
5' 1"	132-157 158-210 211+
5' 2"	136-163 164-217 218+
5' 3"	141-168 169-224 225+
5' 4"	145-173 174-231 232+
5' 5"	150-179 180-239 240+
5' 6"	155-185 186-246 247+
5' 7"	159-190 191-254 255+
5' 8"	164-196 197-261 262+
5' 9"	169-202 203-269 270+
5' 10"	174-208 209-277 278+
5' 11"	179-214 215-285 286+
6' 0"	184-220 221-293 294+
6' 1"	189-226 227-301 302+
6' 2"	194-232 233-310 311+
6' 3"	200-239 240-318 319+
6' 4"	205-245 246-327 328+

1 point 2 points 3 points

If you weigh less than the amount in the left column: 0 points

Adapted from Bang et al., Ann Intern Med 151:775-783, 2009. * Original algorithm was validated without gestational diabetes as part of the model.

If you scored 5 or higher:
You are at increased risk for having type 2 diabetes. However, only your doctor can tell for sure if you do have type 2 diabetes or prediabetes, a condition in which blood glucose levels are higher than normal but not yet high enough to be diagnosed as diabetes. Talk to your doctor to see if additional testing is needed.

Type 2 diabetes is more common in African Americans, Hispanics/Latinos, Native Americans, Asian Americans, and Native Hawaiians and Pacific Islanders.

Higher body weight increases diabetes risk for everyone. Asian Americans are at increased diabetes risk at lower body weight than the rest of the general public (about 15 pounds lower).

Lower Your Risk
The good news is you can manage your risk for type 2 diabetes. Small steps make a big difference in helping you live a longer, healthier life.

If you are at high risk, your first step is to visit your doctor to see if additional testing is needed.

Visit diabetes.org or call 1-800-DIABETES (800-342-2383) for information, tips on getting started, and ideas for simple, small steps you can take to help lower your risk.

Learn more at diabetes.org/risktest | 1-800-DIABETES (800-342-2383)



Atenção Redobrada

Ganho de peso durante a gestação segundo IMC pré-gestacional – IOM 2009/2013			
IMC pré-gestacional (kg/m ²)	Total	1º trim. (total) < 12 sem	2º e 3º trim.
< 18,5 (Baixo peso)	12,5 – 18,0 kg	1 a 3 kg	440 – 580 g/semana
18,5 – 24,9 (Normal)	11,5 – 16,0 kg	1 a 3 kg	350 – 500 g/semana
25 – 29,9 (Sobrepeso)	7,0 – 11,5 kg	1 a 3 kg	230 – 330 g/semana
≥ 30 (Obesidade)	5,0 – 9,0 kg	0,2 a 2 kg	170 – 270 g/semana

Suplementação de Ácido Fólico* - USG obstétrica - Ecocardiograma fetal

Atenção Redobrada

- Programar gestação:



HbA1C $\leq$ 6,5%



HbA1C $\leq$ 6/6,5%

Vacinação pré gestacional: Hepatite B, Tétano, Rubéola

- Suplementação de Ácido Fólico*

- Controle do peso

- Glicemia jejum < 92 ☺; HbA1C $< 5,7\%$

- Alertar sobre desfechos desfavoráveis

- DM PRÉVIO: Desencorajar se HbA1C $\geq 9\%$ (6X + malformações cardíacas)

- Associação linear com DA x HbA1C $> 7\%$ (desfechos desfavoráveis se HbA1C $> 5,7/5,9$). Níveis de HbA1c $\geq 5.7\%$ têm elevada especificidade diagnóstica (95%–98,4%). Entretanto, devido a baixa

sensibilidade (14,5%-21%) não é considerado um método ideal de rastreamento do DMG, Kattini R, Hummelen R, Kelly L. Early Gestational

Diabetes Mellitus Screening With Glycated Hemoglobin: A Systematic Review. J Obstet Gynaecol Canada. 2020;42(11):1379–84;

- Rastrear complicações microvasculares no DM prévio / DMDG



Nielsen GL, Møller M, Sørensen HT. HbA1c in early diabetic pregnancy and pregnancy outcomes: a danish population-based cohort study of 573 pregnancies in women with type 1 diabetes. Diabetes Care. 2006;29(12):2612-6. doi: 10.2337/dc06-0914.

Ludvigsson JF, Neovius M, Söderling J, Gudbjörnsdóttir S, Svensson AM, FS et al. Periconception glycaemic control in women with type 1 diabetes and risk of major birth defects: population based cohort study in Sweden. BMJ. 2018;362:k2638.

Diabetes Gestacional

A educação pré-concepcional deve incluir:

□ Avaliação nutricional abrangente e recomendações para:

- Sobrepeso/obesidade ou baixo peso
- Planejamento de refeições
- Correção de deficiências nutricionais dietéticas
- Ingestão de cafeína
- Técnica segura de preparação de alimentos

□ Recomendações de estilo de vida para:

- Exercício moderado regular
- Evitar hipertermia (banheiras de hidromassagem)
- Sono adequado

□ Educação abrangente sobre autogestão do diabetes

□ Aconselhamento sobre diabetes durante a gravidez de acordo com os padrões actuais, incluindo: história natural de resistê

□ Suplementação

- Suplemento de ácido fólico (400 µg de rotina)
- Uso apropriado de medicamentos e suplementos vendidos sem receita médica

A avaliação e o plano médico devem incluir:

□ Avaliação geral da saúde geral

□ Avaliação do diabetes e suas comorbidades e complicações, incluindo: CAD/hiperglicemia grave; hipoglicemia grave/desc

□ Avaliação da história obstétrica/ginecológica, incluindo história de: cesariana, malformações congénitas ou perda fetal, m

□ Revisão dos medicamentos atuais e adequação durante a gravidez

A triagem deve incluir:

□ Complicações e comorbidades do diabetes, incluindo: exame completo dos pés; exame oftalmológico completo; ECG em r

□ Anemia

□ Status de portador genético (com base na história):

- Fibrose cística
- Anemia falciforme
- Doença de Tay-Sachs
- Talassemia
- Outros, se indicado

□ Doença infecciosa

- Neisseria gonorréia/Chlamydia trachomatis
- Hepatite C
- HIV
- Papanicolasu
- Sífilis

As imunizações devem incluir:

□ Rubéola

□ Varicela

□ Hepatite B

□ Gripe

□ Outros, se indicado

O plano pré-concepcional deve incluir:

□ Plano de nutrição e medicação para atingir metas glicémicas antes da concepção, incluindo implementação apropriada de

□ Plano contraceptivo para prevenir a gravidez até que as metas glicémicas sejam alcançadas

□ Plano de manejo para saúde geral, preocupações ginecológicas, comorbidades ou complicações, se presentes, incluindo:

Diabetes Gestacional

Mensagens para casa

