

PERFIL DAS PACIENTES COM DIABETES MELLITUS GESTACIONAL DA MATERNIDADE DO HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

DANIELA DANIELSKI CASTANHEIRA¹; VINNI ALVARENGA LIMA²; CAMILE RODRIGUES PEREIRA³; ISABELA CORRÊA TRAVIZI⁴; CAROLINA DAMÉ OSÓRIO LOPES⁵; ELAINE PINTO ALBERNAZ⁶

¹*Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Pelotas - danielski.daniela@gmail.com*

²*Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Pelotas - vinnialvarengaz3@gmail.com*

³*Faculdade de Medicina- Universidade Federal de Pelotas - camilepereira8@gmail.com*

⁴*Hospital Escola UFPEL-EBSERH - isa_travizi@hotmail.com*

⁵*Hospital Escola UFPEL-EBSERH; Escola de Medicina UCPEL - caodame@hotmail.com*

⁶*Faculdade de Medicina- Universidade Federal de Pelotas - epalbernaz@ufpel.edu.br*

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes mellitus gestacional (DMG) caracteriza-se pela intolerância aos carboidratos diagnosticada pela primeira vez durante a gestação e que pode ou não persistir após o parto (OLIVEIRA et al., 2017). É o problema metabólico mais frequente na gestação, com prevalência que varia entre 3% e 25% e que vem aumentando (OLIVEIRA et al., 2017).

O DMG altera a adaptação fisiológica da gestante e do feto, sendo um fator de risco para morbidade materna, perinatal e neonatal (MOURA et al., 2018 e AL-NEMRI et al., 2018). Ele pode também aumentar a necessidade de realização de parto cesáreo e a incidência de complicações obstétricas como a distocia de ombro (BILLIONNET et al., 2017 e FARRAR et al., 2016). O neonato pode apresentar alterações metabólicas, respiratórias e cardiovasculares, além de anomalias congênitas e complicações como macrossomia, policitemia e hiperbilirrubinemia, (HILDÉN et al., 2019).

O objetivo deste estudo foi descrever o perfil das pacientes com DMG cujos partos ocorreram na maternidade do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HEUFPEL), no período de 1º de julho a 31 de dezembro de 2022.

2. METODOLOGIA

Estudo de delineamento transversal, cuja população-alvo foram as pacientes com DMG internadas na maternidade do HEUFPEL, cujos partos ocorreram no segundo semestre de 2022. Para o cálculo amostral, a prevalência estimada de DMG foi de 20%. A coleta de dados foi realizada por médicas pediatras que utilizaram uma planilha para registro dos dados extraídos dos prontuários das puérperas e dos recém-nascidos. Para a digitação de dados e posterior análise descritiva, foram utilizados os programas Excel e Epi Info 7.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (Parecer 5.129.376). Houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo em vista a coleta de dados em prontuários.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Independentemente do local de realização do pré-natal das pacientes, o atendimento no HEUFPEL é realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No período de estudo, ocorreram 629 partos, sendo 622 de nascidos vivos e 7 de natimortos. Destes partos, 342 (54,4%) foram cesarianas.

A prevalência de DMG foi de 22,2% e a ocorrência de parto cesárea para as 138 pacientes DMG foi 73,2%. A distribuição da amostra quanto à escolaridade mostrou 7,2% com fundamental I, 31,9% fundamental II, 4,3% ensino médio incompleto, 42,8% ensino médio completo, 7,2% ensino superior incompleto e 6,5% completo.

A idade das pacientes foi caracterizada da seguinte forma: 6,5% tinham até 20 anos, 66,7% de 21 a 34 anos e, 26,8%, 35 anos ou mais. Observou-se que 91,8% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, mas somente 50% ecocardiograma fetal.

Para a maioria (55,1%) o diagnóstico de DMG ocorreu no primeiro trimestre da gestação, sendo o exame utilizado a glicemia de jejum em 86,2%, e o teste de tolerância à glicose em 5,8%. O tratamento com medicação oral foi utilizado por 20,3% da amostra, 11,6% recebia insulina e 60,9% somente dieta. Apenas 51,4% das gestantes tinham controle adequado da sua glicemia.

Quanto as características dos recém-nascidos (RN), observou-se que 51,4% eram do sexo masculino, 9,4% tinham baixo peso ao nascer, 15,2% foram prematuros, 36,2% apresentaram dificuldade respiratória após o nascimento, 31,2% icterícia, sendo que 14,5% necessitaram fototerapia.

Não houve registro de anomalias congênitas visíveis ao exame físico. A hipoglicemia neonatal foi detectada em 59 neonatos (42,8%) e, para tratá-la, as condutas utilizadas foram: leite materno (10,1%), fórmula de partida (28,3%) e soro glicosado via parenteral (4,3%).

A maioria dos recém-nascidos (65,2%) teve sua idade gestacional calculada pelo dado inicial de ultrassonografia obstétrica realizada antes de 14 semanas, considerada “padrão ouro” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – SBP, 2017), 31,9% pelo método de Capurro e 2,9% pela data da última menstruação (DUM); foi detectada macrossomia em 14,5% da amostra.

4. CONCLUSÕES

Este estudo foi o primeiro a avaliar o perfil das pacientes portadoras de DMG e de seus filhos nesta maternidade. O alto índice de hipoglicemia neonatal encontrado, com seus riscos de sequela neurológica, reforçam a importância da identificação precoce do DMG e controle adequado do mesmo, visto que cerca de metade da amostra não estava com seu quadro de DMG controlado durante a gestação.

Apesar do Ministério da Saúde, na época da realização do estudo, preconizar o ecocardiograma fetal, para ser efetuado durante o pré-natal de toda a gestante com DMG, observou-se que somente 69 (50%) o fizeram, embora a grande maioria das gestantes (91,3%) tenham realizado seis ou mais consultas durante a gestação.

A realização do ecocardiograma fetal durante o pré-natal é fundamental para identificar precocemente cardiopatias que são mais frequentes em filhos de mãe DMG, mas uma parcela significativa destas gestantes DMG não o fazem. Além disso, o pré-natal é uma oportunidade para realizar o diagnóstico precoce de DMG e instituir medidas de manejo. É fundamental manter a equipe atenta para as

intercorrências que o RN possa apresentar, realizando exames de rastreio (por meio de glicosímetros) a partir da primeira hora de vida em todo filho de mãe DMG, visto que muitos casos de hipoglicemia são assintomáticos.

Rotinas de atenção à gestante com DMG e ao seu filho são cruciais para reduzir o risco de morbidade materna e neonatal.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Júnior, Sérgio Vencio. -- São Paulo : Editora Clannad, 2017.
2. MOURA, B.L.A; ALENCAR, G.P; SILVA, Z.P; ALMEIDA, M.F; Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 18] ; 34(1): e00188016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105012&lng=en. Epub Feb 05,2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00188016>.
3. AL-NEMRI, A.M; ALSOHIME, F; SHAIK, A.H; EL-HISSI, G.A; AL-AGHA, M.I; AL-ABDULKARIM, N.F; MOHAMED S. Perinatal and neonatal morbidity among infants of diabetic mothers at a university hospital in Central Saudi Arabia. **Saudi Med J.** 2018 Jun;39(6):592-597. doi: 10.15537/smj.2018.6.22907.
4. BILLIONNET, C; MITANCHEZ, D; WEILL, A; NIZARcD, J; ALLA, F; HARTEMANN, A; JACQUEMINET, S; Gestational diabetes and adverse perinatal outcomes from 716,152 births in France in 2012. **Diabetologia**. 2017 Apr;60(4):636-644. doi: 10.1007/s00125-017-4206-6. Epub 2017 Feb 15.
5. FARRAR, D; SIMMONDS, M; BRYANT, M; SHELDON, T.A; TUFFNELL, D; GOLDER, S; DUNNE, F; LAWLOR, D.A. Hyperglycaemia and risk of adverse perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis. **BMJ**. 2016 Sep 13;354:i4694. doi: 10.1136/bmj.i4694. Review.
6. HILDÉN, K; HANSON, U; PERSSON, M; MAGNUSON, A; SIMMONS, D; FADL, H. Gestational diabetes and adiposity are independent risk factors for perinatal outcomes: a population based cohort study in Sweden. **Diabet Med**. 2019 Feb;36(2):151-157. doi: 10.1111/dme.13843.
7. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Monitoramento do crescimento de RN pré-termos. Departamento Científico de Neonatologia. **Documento científico**. Nº 1, Fevereiro de 2017. 1-7.