

Mariana Drechmer Romanowski

31 MAIO
A 2 JUN
2018

XIX CONGRESSO SUL-BRASILEIRO
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
IV JORNADA SUL-BRASILEIRA
DE MASTOLOGIA



- Médica Ginecologista e Obstetra
- Professora Assistente do Departamento de Tocoginecologia da UFPR.
- Mestre pela UFPR e cursando Doutorado na mesma instituição.



Diabetes e Gestação: Critérios para determinar a interrupção da gestação

Mariana Drechmer Romanowski
Departamento de Tocoginecologia - UFPR

Momento e via de parto


- Controle metabólico;
 - Complicações crônicas do diabetes;
 - Intercorrências obstétricas.
-
- Euglicemia materna: melhor preditor de saúde do produto conceptual.

Indução do TP

- Prós:
 - Evitar o óbito fetal;
 - Evitar a macrosomia e suas complicações.
- Contras:
 - Aumento taxa de cesarianas;
 - Aumento morbidade neonatal - respiratória;
 - Aumento dos custos.

Evidências?

Review article

 *Obstetric Medicine*

Obstetric Medicine
2014, Vol. 7(1) 8–16

© The Author(s) 2014

Reprints and permissions:

sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/1753495X13513577

obm.sagepub.com

 SAGE

Timing of delivery in women with diabetes in pregnancy

Howard Berger^{1,2} and Nir Melamed^{1,2}

Abstract

The incidence of both gestational and pre-gestational diabetes is increasing worldwide. The main cause of this increase is likely the concomitant increase in the incidence of global obesity, but in the case of gestational diabetes, changes in the diagnostic criteria are also a contributing factor. The adverse outcomes associated with pre-gestational diabetes are well known and have led clinicians to implement various strategies that include increased fetal surveillance and induction of labour at various gestational ages. In many cases these same strategies have been applied in clinical practice also to women with gestational diabetes despite there being differences in the type and magnitude of perinatal complications associated with this diagnosis. Despite the widespread application of these clinical practices, there is a paucity of quality data in the medical literature to guide the clinician in choosing a strategy for fetal surveillance and timing of delivery in both gestational diabetes and pre-gestational diabetes pregnancies. In the following review, we will discuss the rationale and consequences of planned delivery in gestational diabetes and pre-gestational diabetes, the evidence supporting different strategies for delivery and finally highlight future targets for research in this area.

Quando induzir?

- Idade gestacional

- 38-39 semanas:

- Macrosomia 9% x 24% na conduta expectante;
 - Redução taxas de distócia de ombro.

Lurie S et al, 1996.

- Taxas de CST iguais para conduta expectante e indução com 37, 38 e 39 semanas.

- Depende de: IMC, paridade, Bishop, idade materna.

Feghali M et al, 2017 (coorte, n=863).

Quando induzir?

- Peso Fetal Estimado

- Limitações: acurácia da USG em macrossômicos;
- PFE é mais relevante com relação à via de parto (37-38 semanas):

- > p90– indução TP
- > 4250g – CST
- Demais - expectante

- Menores taxas de macrossomia;
- ~50% redução distócia de ombro.
- Discreto aumento CST.

Febrasgo, 2011

“ Não havendo comprometimento fetal, complicações na gravidez ou descontrole do diabetes, a gestação pode evoluir até o termo, máximo 40 semanas, aguardando a iniciação espontânea do trabalho parto.”

Conduta obstétrica: momento e via de parto DMG

- **Parto espontâneo a termo:** DMG sem complicações/bom controle glicêmico, conceito AIG. Não se permite pós-datismo!
- **Parto eletivo 37-38 sem.:** controle glicêmico irregular, conceito tendendo GIG. Há ↓ macrosomia 44%
- **Parto pré-termo:** comprometimento VF e/ou associação intercorrências graves: PE, Polidramnia/Macrossomia, mau controle diabetes...
- **PFE > 4000g** → resolução em qualquer momento gestação
 - Via alta?
 - ↓ distócia ombro e risco OFIU
 - 4000? 4250? 4500?

Conduta obstétrica: momento e via de parto

DMPE

- Bom controle glicêmico e sem complicações obstétricas:
 - Resolução com 38-39 semanas;
 - Via de parto obstétrica;
 - Intenso controle da vitalidade fetal;
 - PFE > **4000**-4250-4500g : preferir via alta.

Conduta obstétrica: momento e via de parto

DMPE

- Feto maduro e vitalidade comprometida:
 - Resolução imediata.
- Feto imaturo e vitalidade comprometida:
 - Resolução mediata ou imediata (tempo para CTC?)
 - Se CTC, vigiar glicemia materna.

Controle metabólico intraparto DMG

- Não insulino-dependentes:
 - Se jejum, SG 5% 100mL/h;
 - Glicemia capilar 1-1h.
 - IR conforme dextro.

Controle metabólico intraparto DMPE

- No trabalho de parto, deve-se suspender a dose usual de insulina.
- Soro glicosado (SG) a 7,5% – 1.000 mL (50 mL de glicose a 50% + 1.000 mL de SG a 5%) IV em 8 horas.
- A paciente será medicada com insulina simples IV: 1 a 2 UI/h em bomba de infusão (0,5 mL de insulina 40 UI/mL + 19,5 mL de soro fisiológico – SF).
- A glicemia deve ser controlada a cada hora para eventuais correções.

Morte fetal intraútero

- Em última instância, é o que devemos evitar!
- “Óbito metabólico”
 - Hipoglicemia fetal: hiperinsulinismo endógeno;
 - Hiperglicemia fetal: aumento níveis ácido láctico;
 - Hipóxia fetal: hemácias com altos índices de Hb glicada – redução da tensão e saturação de O₂.

Vale a leitura!

31 MAIO
A 2 JUN
2018

XIX CONGRESSO SUL-BRASILEIRO
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
IV JORNADA SUL-BRASILEIRA
DE MASTOLOGIA



1. Berger, Howard, and Nir Melamed. "Timing of delivery in women with diabetes in pregnancy." *Obstetric medicine* 7.1 (2014): 8-16.
2. Alberico, S., et al. "Immediate delivery or expectant management in gestational diabetes at term: the GINEXMAL randomised controlled trial." *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 124.4 (2017): 669-677.
3. Feghali, Maisa N., et al. "Timing of delivery and pregnancy outcomes in women with gestational diabetes." *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 215.2 (2016): 243-e1.



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

Manual de Gestão
de Alto Risco

2011

