



## **COMUNICAÇÕES ORAIS (Sessão 2)**

Sexta-Feira, 7 de Março de 2014

(13h45 - 14h45)

### **SALA FÉNIX III**

(Sessão 2.1. a 2.6.)

## Sessão 2.1.- Oral - Clínica

### TRÊS ANOS DE NOVOS CRITÉRIOS DE DIABETES GESTACIONAL

Balsa A. M.<sup>1</sup>, Dantas R.<sup>1</sup>, Pedrosa C.<sup>2</sup>, Albuquerque I.<sup>2</sup>, Guimarães J.<sup>1</sup>

1- Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Endocrinologia, Aveiro  
2- Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Nutrição, Aveiro

**Introdução:** Os critérios de diagnóstico para Diabetes Gestacional (DG) foram alterados em Portugal em 2011, propostos pela IADPSG.

**Objetivos:** Caracterizar a população de grávidas com DG segundo os novos critérios, e analisar as diferentes variáveis, comparando as grávidas com diagnóstico no 1ºT vs 2ºT.

**Material e Métodos:** Foram incluídas grávidas com DG seguidas em consulta no CHBV desde 2011 e analisadas: semana de diagnóstico, terapêutica, ganho ponderal, semana e tipo de parto, macrosomia e prova de reclassificação (PR). A análise estatística foi efetuada com SPSS®.

**Resultados:** De um total de 297 grávidas, foram selecionadas aquelas com mais de 6s após o parto (n=279): 97 com diagnóstico no 1ºT, 182 no 2ºT. O nº de grávidas aumentou comparativamente a anos anteriores, em 2011 (98) e 2012 (108), mas em 2013 diminuiu (73). Esta redução resultou de um menor nº de grávidas com diagnóstico no 1ºT. Em 2012 o diagnóstico foi realizado antes das 24s em 42,6% e em 28,8% em 2013 (p=0,041). Verificou-se um aumento da insulínização (21,4% em 2011, 26,6% em 2012 e 37,0% em 2013), da % de prematuros (6,5%, 13,6% e 16,7%) e cesarianas (32,6%, 38,8% e 37,5%). Comparando as grávidas com diagnóstico no 1ºT vs 2ºT verificou-se: semelhante taxa de insulínização (28,9% e 28,0%, p=0,742) mas mais precoce (20,7s vs 30,5s p=0,000); menor ganho ponderal (7,69 Kg vs 9,52 Kg, p=0,016) e superioridade na incidência de morte fetal intra-uterina (4,2% vs 0,6%, p= 0,032). Menor % de prematuros e cesarianas, (9,8% vs 13,1%, p=0,431 e 33,0% vs 38,1%, p=0,441), maior % de macrosomia (5,6% vs 2,9% p=0,292), mas sem significância estatística. Subdividindo as grávidas com diagnóstico no 1ºT com glicemia em jejum  $\geq 100$  vs  $< 100$ mg/dl verificou-se apenas maior % de macrosomia com significado estatístico (19,0% vs 1,4%, p=0,01). Relativamente à PR, a prevalência de hiperglicemia intermédia foi 5,6% nas grávidas com diagnóstico no 1ºT e 9,3% no 2ºT, p=0,350. 31,9% não efetuaram.

**Conclusão:** Considera-se preocupante a diminuição do diagnóstico precoce, podendo estar a ser subdiagnosticadas situações que beneficiariam de intervenção. No entanto, uma vez que a necessidade de insulina, o nº de cesarianas e prematuros aumentaram, é provável que os casos não referenciados não traduzissem situações de risco. Os novos critérios, sendo polémicos, poderão levar a adoção de outras "estratégias" para diagnóstico, pelo que se considera pertinente uma discussão alargada, de forma a aumentar o consenso.

## Sessão 2.2.- Oral - Clínica

### AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA E SEGURANÇA DA METFORMINA NO TRATAMENTO DA DIABETES GESTACIONAL: EXPERIÊNCIA DA CONSULTA DE OBSTETRÍCIA/ENDOCRINOLOGIA DO CHUC

Moreno C.<sup>1</sup>, Ruas L.<sup>1</sup>, Paiva S.<sup>1</sup>, Lobo A.<sup>2</sup>, Costa F.<sup>2</sup>, Marta E.<sup>2</sup>, Saraiva J.<sup>1</sup>, Guelho D.<sup>1</sup>, Vicente N.<sup>1</sup>, Cardoso L.<sup>1</sup>, Oliveira D.<sup>1</sup>, Martins D.<sup>1</sup>, Moura P.<sup>2</sup>, Carrilho F.<sup>1</sup>

1- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Endocrinologia, Coimbra  
2- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra

**Introdução:** A metformina está aprovada como opção terapêutica para a diabetes gestacional(DG). Apesar das vantagens associadas à fácil adesão e baixo custo, permanecem dúvidas sobre a sua eficácia e efeitos secundários da permeabilidade placentar.

**Objetivos:** Avaliar segurança e eficácia da metformina no tratamento da DG, comparada com medidas não-farmacológicas e insulina.

**Material e Métodos:** Estudo observacional transversal de 153 ♀ com DG seguidas em 2013 e cujo parto ocorreu até 31/12/2013. Destas, 26 (16,9%) foram medicadas com metformina (grupo M). Foram selecionadas aleatoriamente 26 doentes sob dieta+exercício (grupo D) e outras 26 sob insulina (grupo I), com idades equiparáveis, para análise comparativa. Excluídas: gravidez gemelar, diabetes prévia à gravidez, patologia endócrina com disfunção hormonal. Analisadas complicações maternas, parto e morbidade perinatal, usando SPSS 21.0®.

**Resultados:** Amostra constituída por 153 ♀ com DG, seleccionadas 78 para análise comparativa (26 M, 26 D, 26 I). Sem diferenças na semana de diagnóstico da DG (M 18,7±8,6; D 18,7±8,1; I 14,9±7,5 semanas;p=0,253), realizado por glicemia jejum em 57,7% [M 13(50%), D 14(53,8%), I 18(72%);p=0,196] e restantes por PTGO. Sem diferenças no IMC pré-gravídico (M 24,9±4,8; D 25,6±3,4; I 25,1±5,7 Kg/m<sup>2</sup>;p=0,481), com ganho ponderal gestacional total inferior no grupo M (M 7,6±3,5; D 9,8±4,2; I=10,3±3,6 Kg;p=0,064), e na análise do ganho ponderal por trimestres com diferenças significativas no 3º T (M 2,6±2,4; D 4,9±2,5; I 5,5±2,5 Kg;p<0,001). A1c no 3ºT foi significativamente inferior nas doentes sob metformina (M 4,9±0,4; D 5,3±0,4; I 5,5±0,4 %;p<0,001). Não se observaram diferenças no tipo nem na semana do parto entre os grupos. Prevalência de comorbilidades maternas [M 5(19,2%); D 3(11,5%); I 4(16%);p=0,776] e perinatais [M 1(3,8%); D 3(11,5%); I 2(7,7%);p=0,563] semelhantes entre os grupos. Peso RN superior no grupo sob insulínioterapia (M 3119±477; D 3143±537; I 3336±580 g;p=0,265), mas sem diferenças no número de macrosomias ou leves para idade gestacional, nem no Apgar 1' e 5'. Malformações ocorreram em 3 RN [M 2(7,7%); D 0(0%); I 1(3,8%);p=0,802] sem diferenças significativas entre os grupos.

**Conclusões:** A metformina não se associou a maior prevalência de complicações maternas ou perinatais, quando comparada com insulina ou dieta. O ganho ponderal no 3ºT foi significativamente inferior nas mulheres sob metformina em relação à dieta (2,6±2,4 Vs 4,9±2,5 Kg;p=0,001) e insulina (2,6±2,4 Vs 5,5±2,5 Kg;p<0,001).

## Sessão 2.3.- Oral - Clínica

### IMPLICAÇÕES MATEERNAS E FETAIS DO VALOR DE HbA1C EM GRÁVIDAS COM DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

**Guelho D.<sup>1</sup>, Paiva S.<sup>1</sup>, Ruas L.<sup>1</sup>, Paiva I.<sup>1</sup>, Marta E.<sup>2</sup>, Saraiva J.<sup>1</sup>, Moreno C.<sup>1</sup>, Cardoso L.<sup>1</sup>, Vicente N.<sup>1</sup>, Moura P.<sup>2</sup>, Carrilho F.<sup>1</sup>**

1- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, HUC-CHUC, EPE, Endocrinologia, Coimbra

2- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, HUC-CHUC, EPE, Ginecologia / Obstetria, Coimbra

**Introdução:** Em grávidas com diabetes gestacional (DG), as alterações fisiológicas próprias da gestação limitam a interpretação do valor de HbA1c. Actualmente não se encontram explicitamente definidos os valores alvo de HbA1c, sendo importante definir a utilidade deste marcador e as vantagens associadas à sua normalização.

**Objectivos:** Determinar a prevalência de mulheres com DG que não atingem valores normais de HbA1c antes do parto, e identificar as eventuais implicações maternas e fetais/neonatais associadas.

**Material e Métodos:** Estudo prospectivo de mulheres com DG, diagnosticada segundo os critérios propostos pela IADPSG, observadas em Consulta de Endocrinologia-Obstetria entre 2011 e 2013. Foi doseada a HbA1c no 3º trimestre e, posteriormente, analisados: parâmetros antropométricos, terapêutica, complicações obstétricas, data e tipo de parto, complicações fetais/neonatais, peso de nascimento e PTGO de reclassificação. Análise estatística: SPSS(21).

**Resultados:** Das 187 mulheres avaliadas, a HbA1c antes do parto foi  $\geq 5,7\%$  em 43,9% (n=82). Estas mulheres apresentaram valores significativamente superiores aos 0' (89,1 $\pm$ 16,2 vs. 83,8 $\pm$ 9,1mg/dL, p<0,01) e 120' (104,1 $\pm$ 36,3 vs. 87,4 $\pm$ 24,6mg/dL, p<0,05), e uma maior frequência de diabetes tipo 2 (6,0 vs. 0,0%, p<0,05), na PTGO de reclassificação. O valor de HbA1c estava correlacionado com a glicemia aos 0' (r=0,484, p<0,001) e 120' (r=0,373, p<0,001) na PTGO de reclassificação. Os níveis de HbA1c estavam ainda correlacionados com o peso ao nascer (r=0,199, p<0,05) e constituíram um factor preditor independente do risco de recém-nascidos grandes para a idade gestacional (GIG) (B=1,62; p<0,05). Na curva ROC, AUC estimada de 0,69 (IC95%:0,58-0,78; p<0,01), o ponto de corte ideal da HbA1c para o risco de GIG foi de 4,95% (sensibilidade 100%; especificidade 91,7%).

**Conclusões:** Aproximadamente metade das grávidas com DG não atingiu valores de HbA1c normais antes do parto. Estas doentes contabilizaram um risco acrescido para alterações definitivas do metabolismo da glucose, traduzidas por alterações na PTGO de reclassificação. Por outro lado valores elevados de HbA1c também associaram a repercussões fetais. A HbA1c no 3ºtrimestre correlacionou-se directamente com o peso ao nascer, e representou um marcador independente do risco de recém-nascidos GIG.

## Sessão 2.4.- Oral - Clínica

### DIABETES GESTACIONAL – QUAL O IMPACTO DO PESO DA GRÁVIDA?

**Gante I.<sup>1</sup>, Ferreira F.<sup>1</sup>, Couceiro J.<sup>1</sup>, Ruas L.<sup>2</sup>, Marta E.<sup>1</sup>, Silva F.<sup>3</sup>, Figueiredo A.<sup>3</sup>, Sousa M. J.<sup>4</sup>, Mimoso G.<sup>5</sup>, Moura P.<sup>1</sup>, Almeida M. C.<sup>1</sup>**

1- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Ginecologia / Obstetria, Coimbra

2- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Endocrinologia, Coimbra

3- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Medicina Interna, Coimbra

4- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Dietética, Coimbra

5- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra

**Objectivos:** Avaliar o impacto da obesidade prévia e do ganho ponderal gestacional (GPG) excessivo na gravidez complicada por Diabetes Gestacional (DG), ao nível da gravidez, parto e desfecho perinatal.

**Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos casos de gravidez complicada por DG nos CHUC entre 2009 e 2012 (n=1205). O GPG foi comparado com o ganho ponderal recomendado ajustado às categorias de IMC pré-gestacional, indicado no Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez (2011). O grupo de estudo foi dividido em três categorias: GPG insuficiente, GPG recomendado e GPG excessivo. Foi também comparado o grupo de grávidas previamente obesas (IMC >30kg/m<sup>2</sup>) com o grupo das não obesas. A análise dos dados foi obtida com o SPSS® 21.0.

**Resultados:** Apenas 34,4% das grávidas com DG tiveram um GPG de acordo com o recomendado; 42,5% tiveram um GPG insuficiente e 23,2% tiveram um GPG excessivo. Um GPG excessivo esteve associado a pré-eclâmpsia (p<0,05), não se verificando qualquer outra associação estatística com complicações da gravidez. Verificou-se que quanto maior o ganho ponderal, maior a taxa de cesarianas, menor o número de partos eutócicos e maior o peso dos recém-nascidos (RN) (p<0,05). Nas grávidas com GPG excessivo verificaram-se 11,5% de RN macrossómicos. As grávidas com GPG excessivo têm um risco 2,8 vezes maior de um RN macrossómico (>4000g) (OR=2,791; p<0,001) e 1,5 vezes maior de ter um parto por cesariana (OR=1,486; p=0,009). A obesidade prévia aumenta o risco em 3,6 vezes de macrossomia (OR=3,638; p<0,001) e em 1,5 vezes de parto por cesariana (OR=1,501; p=0,007). Em relação à morbilidade dos RN e internamentos na UCIN, verificou-se que o único factor com significado estatístico foi a obesidade prévia: aumenta em 1,5 vezes o risco de morbilidades no RN (OR=1,561; p=0,037) e em 2 vezes o risco de necessidade de internamento na UCIN (OR=2,044; p=0,021). Observou-se que um GPG insuficiente (*versus* GPG recomendado) nas obesas está estatisticamente associado a menor taxa de RN macrossómicos (0% vs 9,6%) (p=0,004) e menor taxa de cesarianas (32,9% vs 43,9%), não se verificando associação com outras complicações maternas ou do RN.

**Conclusões:** Nas grávidas com DG, a obesidade prévia e o GPG excessivo estão associadas com maior risco de macrossomia e maior taxa de cesarianas. Nas obesas, um GPG abaixo do recomendado revelou ser benéfico na redução da macrossomia e da taxa de cesarianas sem agravamento da morbilidade, quer materna, quer neonatal.

## Sessão 2.5.- Oral - Clínica

### A REALIDADE DAS GRÁVIDAS COM DIABETES GESTACIONAL DURANTE UM PERÍODO DE 20 ANOS NUM CENTRO DE REFERÊNCIA

Pereira M. T.<sup>1</sup>, Pires V.<sup>2</sup>, Garrido S.<sup>3</sup>, Ferreira M.<sup>3</sup>, Caldas A. R.<sup>3</sup>, Vilaverde J.<sup>3</sup>, Pichel F.<sup>4</sup>, Gonçalves J.<sup>5</sup>, Pinto C.<sup>5</sup>, Dores J.<sup>3</sup>

- 1- Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do Porto, Endocrinologia, Porto
- 2- Serviço de Medicina Interna, Unidade de Vila Real, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Medicina Interna, Vila Real
- 3- Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Unidade Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto, Endocrinologia, Porto
- 4- Serviço de Nutrição, Centro Hospitalar do Porto, Nutrição, Porto
- 5- Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Unidade Maternidade Júlio Dinis, Centro Hospitalar do Porto, Ginecologia / Obstetrícia, Porto

**Introdução:** Assiste-se, nos últimos anos, a um aumento da prevalência da obesidade e da diabetes gestacional (DG). A existência de uma relação linear entre os valores de glicemia materna e as morbidades materna e perinatal está bem estabelecida na literatura.

**Objetivos:** Determinar a evolução das características maternas e resultados perinatais das grávidas com diagnóstico de DG realizado entre 1992 e 2012.

**Métodos:** Estudo retrospectivo realizado através da consulta de processos clínicos de mulheres com diagnóstico de DG, no Centro Hospitalar do Porto. Avaliação das características maternas, evolução da gravidez e resultados perinatais com análise comparativa entre cinco grupos temporais (1992-1996; 1997-2001; 2002-2006; 2007-2010; 2011-2012). Análise estatística realizada no programa SPSS 20.0, recorrendo a testes estatísticos adequados.

**Resultados:** A amostra incluiu um total de 1781 mulheres com DG. O quadro mostra a comparação do perfil evolutivo dos resultados materno-fetais até 2010 com os critérios antigos, em relação às grávidas com o diagnóstico de DG com os novos critérios.

	1992-1996	1997-2001	2002-2006	2007-2010	P	2011-2012	P
n	190	391	399	484		317	
Idade*	32,3±5,2	32,5±5,2	32,9±4,8	32,5±5,1	0,586	32,9±5,3	0,556
IMC pré-conceção*	27,2±5,3	25,8±4,5	26,0±5,0	26,0±5,2	0,036	27,5±5,8	<0,001
Semana 1ª consulta**	29,6±7,3	30,2±6,3	29,6±6,4	30,8±5,5	0,059	26,0±6,5	<0,001
Ganho ponderal*	9,8±6,1	10,3±5,2	11,8±5,2	12,3±5,8	<0,001	10,4±5,5	<0,001
Gráv insulino-tratadas†	21,6	34,0	29,8	31,0	0,023	47,0	<0,001
Cesarianas†	46,8	38,6	48,9	42,4	0,023	31,9	<0,001
Macrossômicos†	11,1	3,8	1,8	4,3	<0,001	5,0	<0,001
Hipoglicemias RN†	4,7	0,0	0,3	1,4	<0,001	1,3	<0,001
Puérperas com prova de reclassificação†	33,7	52,7	56,4	61,4	<0,001	62,5	<0,001

\*Média±desvio-padrão - One way-ANOVA; \*\*Média±desvio-padrão - Kruskal wallis; †% - Qui-quadrado. n: número total; IMC: índice de massa corporal; RN: recém-nascido. Considerado valor de p<0,05 estatisticamente significativo.

**Conclusões:** Aumento progressivo e constante do número de grávidas com DG na consulta. Observação mais precoce, redução do ganho ponderal e aumento da taxa de insulinoização nas grávidas com DG com os novos critérios. Redução gradual da taxa de cesarianas. Estabilização da taxa de macrossomias e hipoglicemias neonatais. Aumento progressivo da percentagem de puérperas que fazem prova de reclassificação.

## Sessão 2.6.- Oral - Clínica

### NÚMERO DE ALTERAÇÕES GLICÉMICAS NA PTGO NO DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL E A SUA ASSOCIAÇÃO COM A MORBILIDADE MATERNOFETAL - RESULTADOS DA POPULAÇÃO PORTUGUESA EM 2011

Fernandes V.<sup>1</sup>, Santos M. J.<sup>1</sup>, Pereira M. L.<sup>2</sup>, Marques O.<sup>1</sup>

- 1- Serviço Endocrinologia, Hospital de Braga
- 2- Grupo de Estudo da Diabetes e Gravidez da Sociedade Portuguesa de Diabetologia e Serviço de Endocrinologia do Hospital de Braga, Braga

**Introdução:** Os critérios de diagnóstico de Diabetes Gestacional (DG) estabelecem que apenas um valor glicémico alterado na prova de tolerância oral à glicose (PTGO) é diagnóstico. Todavia, é questionável se o risco de complicações materno-fetais é independente do número de alterações na PTGO.

**Objetivos:** Avaliar a associação entre o número de alterações na PTGO e os outcomes materno-fetais e analisar no grupo com apenas uma alteração na PTGO, qual o tempo (0, 60 ou 120min) com maior impacto na morbidade materno-fetal.

**Métodos:** Estudo multicêntrico, retrospectivo e analítico das mulheres diagnosticadas com DG, nos centros portugueses do Grupo de Estudos de Diabetes e Gravidez, no ano de 2011. Usaram-se os critérios de diagnóstico da *International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups*. Excluíram-se gravidezes gemelares e casos sem informação das provas diagnósticas.

**Resultados:** Das 1573 grávidas com registo dos valores glicémicos diagnósticos, 1026 (65.2%) apresentaram alterações na PTGO. A idade média destas grávidas foi de 33.1±5.2, variando entre 17 e 46 anos. As grávidas com os 3 valores da PTGO alterados eram mais obesas (1 valor:21.7% vs 2 valores:26.7% vs 3 valores:48.2%, p<0.001), foram mais insulinizadas (29.2% vs 37.3% vs 53.8%, p<0.001) e apresentaram pior controlo glicémico (HbA1c 5.3±0.4 vs 5.3±0.4 vs 5.7±0.4, p<0.001). Verificou-se ainda maior prevalência de recém-nascidos (RN) grandes para a idade gestacional (GIG) (6.6% vs 10.2% vs 17.2%, p<0.001) e na reavaliação pós-parto uma menor proporção ficou normoglicémica (90.5% vs 84.3% vs 72.7%, p=0.003). Das mulheres com apenas um valor da PTGO alterado (n=634), o grupo com alteração aos 0min manifestou maior prevalência de obesidade (0min:36.6% vs 60min:25.6% vs 120min:12.7%, p<0.001), maior insulinoização (45.1% vs 24.4% vs 26.8%, p<0.001) e pior controlo glicémico (HbA1c 5.4±0.4 vs 5.3±0.4 vs 5.2±0.4, p=0.001). Porém, uma elevada proporção destas mulheres permaneceu normoglicémica na reclassificação (93.2% vs 94.1% vs 86.3%, p=0.038). Embora sem significância estatística, estas grávidas tiveram um maior número de RN GIG (10.2% vs 5.6% vs 5.9%, p=0.244).

**Conclusão:** Neste estudo, demonstrou-se que grávidas com DG diagnosticada com alterações nos 3 valores da PTGO revelaram maior risco associado de RN GIG e de permanecerem com alterações no metabolismo glicémico após o parto. Já nas grávidas com apenas uma alteração na PTGO, parecem corresponder a grupo de maior risco, aquelas com alterações aos 0min. Assim, estes dois grupos devem ser alvo de especial atenção no sentido de iniciação terapêutica precoce e diminuição de *outcomes* indesejáveis.