



Hospital  
Braga

I JORNADAS DE ENFERMAGEM  
**GINECOLOGIA  
OBSTETRÍCIA**

José de Mello Saúde / Academia CUF



# Endocrinopatias na gravidez perspetiva da Endocrinologia

**Maria Lopes Pereira**

Serviço de Endocrinologia – Hospital de Braga

# Introdução



- As doenças endócrinas mais frequentes na gravidez são a diabetes (gestacional e prévia à gravidez) e a patologia tiroideia.
- Este grupo particular de utentes exige uma vigilância mais frequente, com objetivos mais exigentes de normalidade, de forma a prevenir complicações maternas, fetais e neonatais

# Consulta de Endocrinopatias na gravidez 2014



Patologia	Nº de doentes
DG (parto em 2014)	261
DG (parto 2013 – reclassificação)	68
DG (parto em 2015)	42
Diabetes prévia à gravidez	16
Hiperplasia adrenal congénita	1
Hiperprolactinemia	6
Patologia tiroideia	103
Outras	26
TOTAL	523

# Diabetes na gravidez



- Prevalência de DG : 1-25% (variação em paralelo com a prevalência da diabetes tipo 2)
- Aumento progressivo da prevalência devido à aumento do IMC e da idade das grávidas
- Em Portugal: em 2013, prevalência de 5,8 % de DG , com 15,3% nas grávidas > 40 anos

**Prevalência da Diabetes Gestacional em Portugal Continental – Utentes do SNS**  
(Utentes Saídos dos Internamentos) 2005–2013

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Casos Totais (GDH = V27+648.8)	3 085	2 987	2 770	2 837	3 219	3 576	3 809	3 482	<b>3 720</b>
Prevalência da Diabetes Gestacional (DG)	3,4%	3,4%	3,3%	3,3%	3,9%	4,4%	4,9%	4,8%	<b>5,8%</b>
Prevalência DG – Partos Utentes < 20 Anos	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0,5%	0,8%	1,3%	1,4%	<b>1,4%</b>
Prevalência DG – Partos Utentes 20 – 29 Anos	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2,1%	2,4%	2,8%	2,9%	<b>3,6%</b>
Prevalência DG – Partos Utentes 30 – 39 Anos	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5,4%	5,6%	6,2%	5,9%	<b>6,9%</b>
Prevalência DG – Partos Utentes >= 40 Anos	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	11,4%	10,9%	14,3%	13,5%	<b>15,3%</b>

Fonte: GDH – ACSS/DGS; Estatísticas da Morbilidade Hospitalar; Tratamento OND

# População de risco para DG



- História pessoal de DG ou anomalia da tolerância à glicose em gravidez prévia
- Grupos étnicos: hispano americanos, afro americanos, asiáticos (Sul e Este)
- História familiar de DM
- IMC preconcepção > 30 ou ganho ponderal gestacional excessivo
- Idade materna > 25 anos
- Filhos com peso ao nascer > 4100 kg
- Antecedentes de perda perinatal ou malformações inexplicadas
- Peso da mãe ao nascer > 4100 kg ou < 2700 kg
- Condições médicas associadas a diabetes mellitus: síndrome metabólico, SOP, Corticoterapia, HTA
  
- INSTITUIR MEDIDAS PREVENTIVAS NA PRECONCEÇÃO (perda de peso com plano alimentar adequado, exercício físico, cessação de hábitos tabágicos)

# Diagnóstico de diabetes gestacional



Os critérios de diagnóstico recomendados no Consenso de 2011 são baseados nos resultados de:

- Estudo Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO)
- os critérios da Associação Internacional dos Grupos de Estudos de Diabetes e Gravidez (IADPSG) que demonstrou a existência de uma relação linear entre os valores da glicemia materna e as morbidades materna, fetal e neonatal

# Diabetes gestacional: rastreio



## Primeira visita pré-natal:

Glicemia em jejum a todas as mulheres

1. Glicemia jejum  $\geq 126$  mg/dl ou ocasional  $> 200$  mg/dl + confirmação ou HbA1c  $\geq 6,5\%$ \*
  - Tratar e seguir como Diabetes prévia
2. Glicemia jejum  $\geq 92$  mg/dl e  $< 126$  mg/dl
  - Diagnosticar como DG
3. Glicemia jejum  $< 92$  mg/dl
  - Rastrear DG às 24-28 semanas

# Diabetes gestacional



## 24-28 semanas:

- PTOG com 75 gr

1. Glicemia jejum  $\geq 126$  mg/dl
2. Um ou mais valores alterados
3. Todos os valores normais

- Tratar e seguir como Diabetes prévia
- Diagnosticar DG
- Normal

Hora	Glicemia plasmática mg/dl (mmol/l)
0	92 (5,1)
1	180 (10,0)
2	153 (8,5)

# Diabetes gestacional – como tratar



## 1. TERAPÊUTICA NÃO FARMACOLÓGICA

- O plano alimentar equilibrado, com hidratos de carbono/valor calórico total distribuídos ao longo do dia por três refeições principais e 2-3 intermédias (meio da manhã e 1-2 lanches, dependendo do intervalo almoço-jantar) e uma refeição antes de deitar
- Valor calórico total com a seguinte distribuição de macronutrientes:
  - ❖ 50-55% de hidratos de carbono.
  - ❖ 30% de gorduras
  - ❖ 15-20% de proteínas.
- O valor calórico deverá ter em consideração o IMC prévio à gravidez e o ganho ponderal durante a mesma
- A ingestão de água deverá ser recomendada. As bebidas alcoólicas deverão ser desaconselhadas.
- O exercício regular deve ser estimulado, preferencialmente a marcha, sobretudo quando efectuada em período pós-prandial.

# Diabetes gestacional – como tratar



## 2. TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

- A insulinoterapia deverá ser iniciada quando os objetivos terapêuticos não forem atingidos num período de 1 a 2 semanas após a instituição das medidas não farmacológicas

Condição	mg/dl	mmol/l
Jejum/pré-prandial	60-90	3,3-5,0
1 h após o início das refeições	100-120	5,5-6,6

- Os únicos ADO que são permitidos durante a gravidez são a metformina e a glibenclamida. Nas mulheres em que os objetivos terapêuticos, com a dose máxima ADO recomendada, não são atingidos, devem iniciar terapêutica com insulina.

# Consulta de Obstetrícia e Diabetes



- Número crescente de grávidas com diabetes gestacional :
  - 2013: N= 172
  - 2014: N= 261
- Diagnóstico de DG por glicemia jejum: 47%
- Diagnóstico de DG por PTGO : 52%
- Necessidade de insulinoterapia vs plano alimentar: 73% vs 28%

# Diabetes prévia à gravidez



- Não havendo contra-indicações, deve-se delinear um plano de intervenção terapêutica com o objetivo de normalizar e estabilizar o controlo metabólico e tensional antes e durante toda a gravidez:
  - Prescrever uma terapêutica médica nutricional personalizada
  - Aconselhar uma rotina de actividade física adequada, combatendo o sedentarismo
  - Intensificar a terapêutica insulínica com o esquema basal-bólus com múltiplas administrações de insulina (pelo menos 4 administrações por dia) ou bomba de perfusão subcutânea de insulina.
  - Os ajustes a efectuar podem ser baseados no cálculo do factor de correcção e da relação insulina/hidratos de carbono

# Diabetes prévia à gravidez



- Intensificar a auto-vigilância (4 a 8 glicemias capilares/dia) com o objectivo de normalizar a HbA1c e as glicemias capilares, de acordo com os seguintes valores

Condição	mg/dl	mmol/l
Jejum/pré-prandial*	60-99	3,3-5,4
1 h após o início das refeições*	100-129	5,5-7,1
Deitar e durante a noite*	80-120	4,4-6,6
Glicemia média diária*	< 110	< 6,1

\* Não há valores consensuais entre as directrizes das sociedades científicas e publicações consultadas. Estes valores do quadro resultaram da opinião convergente dos elementos que participaram na reunião de consenso, após análise das diferentes recomendações.<sup>8-12</sup>

- Avaliação e tratamento das complicações (nefropatia, retinopatia, neuropatia, d. macrovascular), avaliando PA regularmente, a qual se deverá manter entre 110-129/65-79 mmHg.

# Patologia tiroideia na gravidez



A mais frequente: **HIPOTIROIDISMO**

- Principal etiologia: **tiroidite autoimune**
  - . 10-20 % das grávidas com atcs anti-tiroideus +
  - . 16% destas grávidas, eutiroideias no 1ºtrimestre, vão apresentar TSH > 4,0 mUI/L no 3ºtrimestre
- Definição
  - ❖ Hipotiroidismo clínico : TSH > 2,5 mUI/L e T4L diminuída OU TSH > 10 mUI/L independentemente da T4L
  - ❖ Hipotiroidismo subclínico : TSH 2.5-10 mUI /L com T4L normal

O HIPOTIROIDISMO NÃO TRATADO ESTÁ ASSOCIADO A MORBILIDADES MATERNAS, FETAIS E NEONATAIS

# Hipotireoidismo na gravidez



- TERAPÊUTICA : **LEVOTIROXINA**
- OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Fases da gravidez	Níveis de TSH (mUI /L)
Pré –concepção e 1ºTrimestre	0,1 – 2,5
2ºtrimestre	0,2 – 3,0
3º trimestre	0,3 – 3,0

- Avaliar TSH 4 semanas após alteração da posologia e monitorizar cada 4 semanas até às 20 semanas e nova avaliação entre as 26 e as 32 semanas
- No pós-parto, é necessário reduzir a dose de LT4 para a dose pré-gravidez e reavaliar 6 semanas depois (50% necessitam de aumentar a dose)
- Avaliação pós-parto nas mulheres com tiroidite autoimune: risco de tiroidite pós-parto

# Tireotoxicose na gravidez



- Causas mais frequentes:
  - **Síndrome do hipertiroidismo gestacional ( 1-3%)**
    - Hipertiroidismo transitório limitado ao 1º trimestre da gravidez, sem autoimunidade
    - Secundária aos níveis elevados de hCG e pode estar associado a hiperemese gravídica
    - Tratamento conservador (hidratação, anti-emético,...)
  - **D. de Graves (0,1-1%)**
    - Obter eutiroidismo na pré-conceção (antitiroideus , cirurgia, I131)
    - Esperar 6 meses após tratamento para obter eutiroidismo, com TSH 0,3-2,5 mUI/L
    - Metibazol contraindicado no 1º trimestre (teratogénico)
    - Manter T4L no limite ou logo acima do limite superior do N
    - Avaliar cada 4 semanas até atingir o objetivo e monitorizar posteriormente cada 4-6 semanas
    - Risco de hipertiroidismo fetal se TRABs entre 24-28 semanas 3x o N
    - Amamentação: antitiroideus seguros se em doses moderadas (preferir metibazol , <20-30 mg/dia), a efetuar imediatamente após uma mamada

# Nódulos e cancro da tiróide na gravidez



- Na gravidez, 60% dos nódulos podem duplicar de tamanho => vigilância
- Cancro da tiroide:
  - Prevalência de malignidade (ca papilar) na gravidez: 14,4/100.000
  - Ecografia trimestral:
    - Se estável => cirurgia no pós-parto
    - Se aumento substancial de tamanho => cirurgia no 2º trimestre
- Follow-up de carcinoma da tiróide tratado:
  - vigilância cada 4-6 semanas

# Rastreamento de hipotireoidismo nas mulheres em idade fértil



- População de risco:
  - História de disfunção tireoideia e/ou cirurgia tireoideia (risco de 33% de hipotireoidismo na hemi-tireoidectomia)
  - História familiar de doença tireoideia
  - Presença de bócio
  - Presença de atcs anti-tirodeus
  - Sinais/sintomas de hipotireoidismo
  - Diabetes tipo 1
  - História de abortamentos e parto pré-termo
  - Presença de outras doenças autoimunes
  - História de infertilidade
  - Antecedentes de irradiação cabeça/ pescoço
  - Obesidade mórbida
  - Idade > 30 anos
  - Tratamento com amiodarona ou lítio

# Conclusão



- Mulheres com patologia endócrina conhecida que pretendam engravidar devem ser referenciadas na fase de preconcepção para uma consulta de especialidade
- Nas mulheres em idade fértil com fatores de risco para DG devem ser instituídas MEDIDAS PREVENTIVAS NA PRECONCEÇÃO (perda de peso com plano alimentar adequado, exercício físico, cessação de hábitos tabágicos)
- Mulheres em idade fértil que pertençam a uma população de risco para patologia tiroideia devem ser submetidas a rastreio com doseamento de TSH.



Hospital  
Braga

I JORNADAS DE ENFERMAGEM  
**GINECOLOGIA  
OBSTETRÍCIA**

José de Mello Saúde / Academia CUF

