

## Patologia médica e gravidez

(21730) - RASTREIO DA DIABETES GESTACIONAL NO PRIMEIRO TRIMESTRE – IMPACTO DO VALOR DE GLICÉMIA EM JEJUM NOS DESFECHOS OBSTÉTRICOS E PERINATAIS

Kristina Hundarova<sup>3</sup>; Ana Carreira<sup>1</sup>; Andreia Gaspar<sup>2</sup>; Chabeli Appelman<sup>3</sup>; Iolanda Ferreira<sup>3</sup>; António Lobo<sup>3</sup>; Rui Coimbra<sup>3</sup>; Sandra Paiva<sup>1</sup>; Maria Do Céu Almeida<sup>2</sup>; Paulo Moura<sup>3</sup>

1 - Serviço de Endocrinologia, CHUC; 2 - Serviço de Obstetrícia B, CHUC; 3 - Serviço de Obstetrícia A, CHUC

### Introdução

Em Portugal preconiza-se rastreio precoce de diabetes gestacional (DG), através da glicémia em jejum (GJ)  $\geq 92$ mg/dL. No entanto, internacionalmente, nem o benefício do rastreio no 1º trimestre nem o *cut-off* para o diagnóstico são consensuais.

### Objectivos

Comparar a necessidade de terapêutica farmacológica (TF) e os desfechos materno-fetais entre a DG diagnosticada no 1º (DG1) ou 2º trimestre (DG2), e dos valores de GJ na DG1.

### Metodologia

Estudo retrospectivo comparativo de gestações unifetais com DG, vigiadas num centro terciário entre 2016-2020. Na DG1, os valores de GJ foram subdivididos em grupos (G1: 92-94mg/dL, G2: 95-100mg/dL, G3:  $\geq 101$ mg/dL).

Os desfechos avaliados foram: parto por cesariana, parto pré-termo (PPT), recém-nascidos leves (LIG)/grandes (GIG) para a idade gestacional, macrosomia e morbidade neonatal (síndrome de dificuldade respiratória, hipoglicemia e/ou hiperbilirrubinemia grave).

### Resultados

Foram incluídas 1498 grávidas, com  $34,0 \pm 5,4$  anos e IMC pré-gestacional de  $27,1 \pm 5,9$ kg/m<sup>2</sup>, 48,8% com DG1. Houve maior necessidade de TF na DG1 (vs DG2) – 43% vs 26,4%,  $p < 0,001$ , sem diferenças nos desfechos. A GJ na DG1 enquadrava-se no G1 em 46,0%, G2–36,8% e G3–17,2%. O IMC era superior no G3 ( $28,5 \pm 6,8$  vs  $26,8 \pm 6,0$ kg/m<sup>2</sup>,  $p = 0,007$ ). Ajustando para o IMC, o risco de morbidade neonatal foi 39,2% inferior no G1 (IC95%: 0,39-0,94) e de PPT 2x superior no G3 (IC95%: 1,1-3,7), sem diferença no risco de LIG, GIG, macrosomia ou cesariana. A utilização de TF foi inferior no G1 ( $p = 0,002$ ), com aumento progressivo entre grupos (36,9% < 40,9% < 63,5%). Em análise multivariada, a necessidade de TF aumentou 6,2%, 7,9% e 10,0% por cada 1mg/dL de GJ (IC95%: 1,03-1,10), 1 ano de idade (IC95%: 1,05-1,11) e 1kg/m<sup>2</sup> de IMC (IC95%: 1,07-1,13), respetivamente. Os desfechos foram semelhantes entre os grupos sob TF ou apenas medidas de estilo de vida.

### Conclusões

O rastreio no 1ºT é essencial, permitindo diagnóstico e tratamento precoces numa proporção elevada de DG, sem aparente iatrogenia associada. O G1 teve menor necessidade de TF e morbilidade neonatal, sugerindo menor necessidade terapêutica quando a GJ < 95mg/dL.

**Palavras-chave : Diabetes gestacional, glicémia em jejum, morbilidade materno-fetal**