

DIABETES GESTACIONAL

Rastreamento e Diagnóstico

Manejo Inicial

Leila Katz



IMPORTÂNCIA

- Endocrinopatia mais comum na gravidez
- Tendência a aumentar
- **Mission et al, 2013: Obesity in pregnancy: a big problem and getting bigger**
- **Koyanagi et al, 2013 (Lancet):**
 - ↑ da prevalência de diabetes e obesidade em mulheres em idade reprodutiva em países em desenvolvimento=> paralelo ao ↑ do nascimento de fetos macrossômicos

IMPORTÂNCIA



IMPORTÂNCIA

CLASSIFICAÇÃO DO DIABETES

1. Diabetes mellitus tipo I

2. Diabetes mellitus tipo II

3. Outras formas

Diabetes gestacional

Formas secundárias

5. Intolerância aos carboidratos e intolerância aos carboidratos em jejum

Expert Committee on the diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2003

2. Classification and Diagnosis of Diabetes

Diabetes Care 2015;38(Suppl. 1):S8–S16 | DOI: 10.2337/dc15-S005

CLASSIFICATION

Diabetes can be classified into the following general categories:

1. Type 1 diabetes (due to β -cell destruction, usually leading to absolute insulin deficiency)
2. Type 2 diabetes (due to a progressive insulin secretory defect on the background of insulin resistance)
3. Gestational diabetes mellitus (GDM) (diabetes diagnosed in the second or third trimester of pregnancy that is not clearly overt diabetes)
4. Specific types of diabetes due to other causes, e.g., monogenic diabetes syndromes (such as neonatal diabetes and maturity-onset diabetes of the young [MODY]), diseases of the exocrine pancreas (such as cystic fibrosis), and drug- or chemical-induced diabetes (such as in the treatment of HIV/AIDS or after organ transplantation)

DIAGNÓSTICO DO DIABETES FORA DA GESTAÇÃO

Table 2.1—Criteria for the diagnosis of diabetes

A1C $\geq 6.5\%$. The test should be performed in a laboratory using a method that is NGSP certified and standardized to the DCCT assay.*

OR

FPG ≥ 126 mg/dL (7.0 mmol/L). Fasting is defined as no caloric intake for at least 8 h.*

OR

2-h PG ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L) during an OGTT. The test should be performed as described by the WHO, using a glucose load containing the equivalent of 75 g anhydrous glucose dissolved in water.*

OR

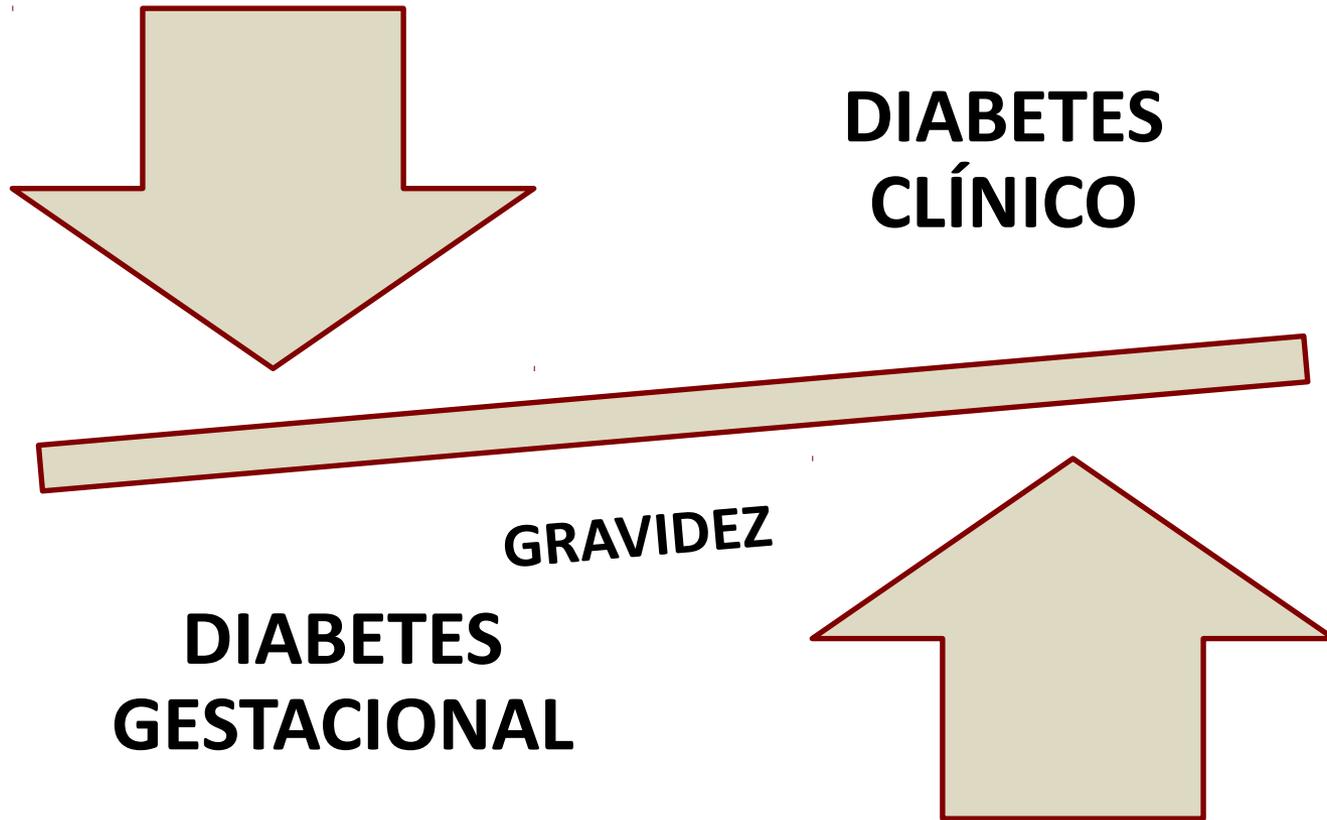
In a patient with classic symptoms of hyperglycemia or hyperglycemic crisis, a random plasma glucose ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L).

*In the absence of unequivocal hyperglycemia, results should be confirmed by repeat testing.

CONCEITOS

DIABETES GESTACIONAL: qualquer grau de intolerância à glicose com início, ou primeiro reconhecimento durante a gestação (**EXPERT COMMITTEE ON THE DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS, 1999; ACOG, 2011**)

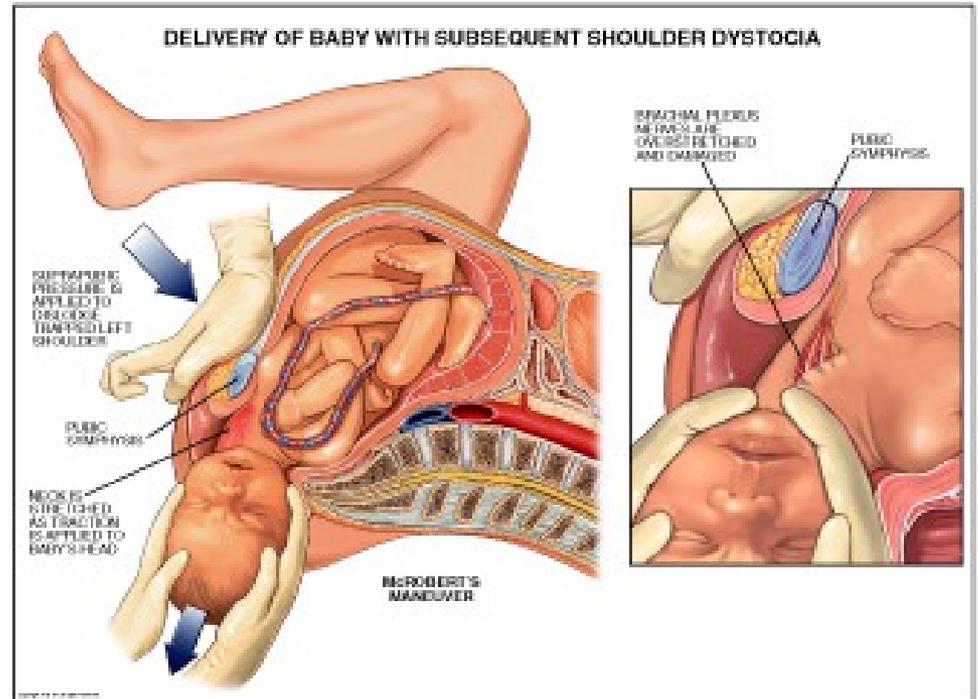
CONSEQUÊNCIAS



Principais complicações associadas ao diabetes na gestação

MÃE	FETO	NEONATO	CRIANÇA/ADULTO
Síndrome metabólica	Hiperinsulinemia: <ul style="list-style-type: none">• Grande para a idade gestacional• Macrossomia	Síndrome do desconforto respiratório	Obesidade
Aumento na frequência de cesariana	Cardiomiopatia	Hipoglicemia	DM II
Pré-eclâmpsia/ hipertensão gestacional	Tocotraumatismo: <ul style="list-style-type: none">• Distocia de ombro• Fraturas• Lesão de plexobraquial	Policitemia: <ul style="list-style-type: none">• Hiperviscosidade• Hiperbilirrubinemia Cardiomiopatia	Síndrome metabólica
DM II	Natimorto	Hipomagnesemia	
Tocotraumatismo		Hipocalcemia	

IMPORTÂNCIA

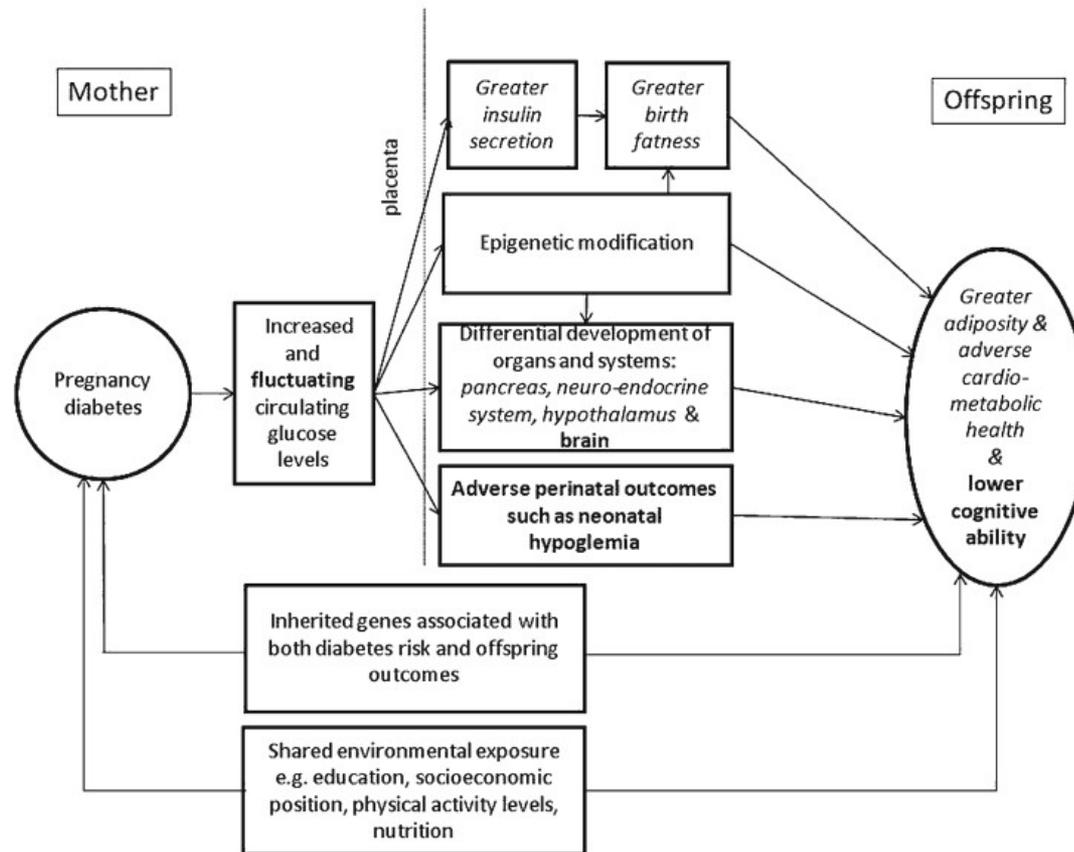


IMPORTÂNCIA

Long-Term Health Outcomes in Offspring Born to Women with Diabetes in Pregnancy

Abigail Fraser · Debbie A. Lawlor

Curr Diab Rep (2014) 14:489



DIABETES CLÍNICO

ANOMALIAS CONGÊNITAS EM CONCEPTOS DE MÃES DIABÉTICAS

Esqueléticas e do tubo neural

Síndrome de regressão caudal

Defeitos do tubo neural

Anencefalia

Microcefalia

Cardíacas

**Transposição dos grandes vasos, com ou sem
defeito septal**

Defeitos do septo ventricular

Coarctação da aorta

Cardiomegalia

Outras

Artéria umbilical única

Anomalias renais

Hidronefrose

Agenesia renal

Duplicação ureteral

Gastrointestinais

Atresia duodenal

Atresia anorretal

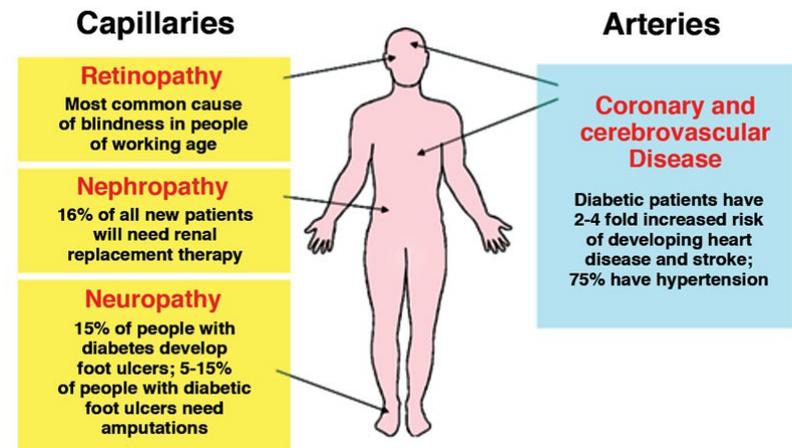
**Síndrome do cólon esquerdo
pequeno**

DIABETES CLÍNICO



DIABETES CLÍNICO

- **Complicações associadas à hiperglicemia**
- **Dificuldade de controle glicêmico:**
 - Hipoglicemia
 - Hiperglicemia
- **Retinopatia**
- **Nefropatia**
- **Neuropatia**
- **Doença cardiovascular**
- **Cetoacidose diabética**



FATORES DE RISCO PARA DIABETES NA GESTAÇÃO

Idade > 35 anos

Obesidade

Hipertensão Arterial

Antecedentes familiares de diabetes

Antecedentes Obstétricos:

- **Diabetes em gestação anterior**
- **Multiparidade**
- **Abortamento de repetição**
- **Polidrâmnio**
- **Prematuridade**
- **Pré-eclâmpsia de repetição**
- **Macrossomia fetal**
- **Óbito fetal, sobretudo nas últimas semanas de gestação**

FATORES DE RISCO PARA DIABETES NA GESTAÇÃO

Morbidade e Mortalidade neonatal:

- **Hipoglicemia**
- **Síndrome de Desconforto Respiratório**
- **Hiperbilirrubinemia**
- **Hipocalcemia**
- **Malformações**

Intercorrências na gravidez atual:

- **Ganho ponderal excessivo**
- **Crescimento excessivo da altura de fundo uterino (AFU)**
- **Polidrâmnio**
- **Macrossomia fetal**
- **Glicosúria**
- **Uso de drogas hiperglicemiantes (betamiméticos, corticoides)**

HISTÓRICO

DIAGNÓSTICO

- **O’Sullivan & Mahan, 1964:**
 - **Predição de complicações maternas (DM após 8 anos)**

“...apesar de 30 anos de estudo, a falta de consenso em relação ao diabetes gestacional permanece em praticamente todos os aspectos clínicos, a necessidade de rastrear, os critérios diagnósticos, o tratamento e até mesmo a validade do diagnóstico de **DIABETES GESTACIONAL** como um diagnóstico significativo...”

(DANILENKO-DIXON, 1999)

HAPO STUDY (2008)

Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome:

- ~25.000 mulheres
- 15 centros / 9 países
- Grupo heterogêneo, multinacional, multicultural, e multiétnico
- TOTG 75g entre 24-32 semanas

HAPO STUDY (2008)

Desfechos primários:

- **Macrossomia (peso RN > percentil 90 de acordo com IG, sexo do RN, paridade, etnia, e centro envolvido)**
- **Cesariana**
- **Hipoglicemia neonatal**
- **Hiperinsulinemia (peptídeo C no cordão > percentil 90)**

HAPO STUDY (2008)

Desfechos secundários:

- Parto pré-termo
- Distocia de ombro / tocotraumatismo
- Prega cutânea > percentil 90 de acordo com a idade, sexo do RN, etnia, paridade, centro envolvido e % de gordura para IG
- Admissão em UTI neonatal
- Hiperbilirrubinemia
- Pré-eclâmpsia

HAPO STUDY (2008)

Resultados:

- Associação de vários desfechos adversos com os resultados do TOTG
- Associação CONTÍNUA, sem pontos de inflexão
- Existente até mesmo entre os valores mais “normais”

HAPO STUDY (2008)

Resultados:

- **Relação contínua** de níveis glicêmicos mais altos e aumento na frequência de **desfechos primários**:
 - **Peso ao nascer > percentil 90;**
 - **Cesariana**
 - **Hipoglicemia neonatal**
 - **Peptídeo C do cordão > percentil 90)**

HAPO STUDY (2008)

Resultados:

- **Relação contínua** de níveis glicêmicos mais altos e aumento na frequência de **desfechos secundários**:
 - PE;
 - TPP;
 - Distocia de ombro;
 - Toco-traumatismo;
 - Hiperbilirrubinemia;
 - Admissão em UTI neonatal

HAPO STUDY (2008)

Conclusões:

- A relação entre níveis glicêmicos maternos e resultados fetais parece ser um fenômeno fisiológico básico, sem uma demarcação exata de um estado “doente”
- A construção de critérios diagnósticos para a condição chamada “Diabetes Gestacional” não será fácil
- Pode ser aplicado globalmente

CONSENSO

**International Association of Diabetes and
Pregnancy Study Groups (IADPSG)**

**Recommendation on the Diagnosis and
Classification of hyperglycemia in Pregnancy**

- **Junho 2008 – Pasadena, Califórnia**
- **Publicado em março de 2010**

CONSENSO – IADPSG

Critérios diagnósticos:

- **Estabelecidos há 40 anos, com modificações.**
- **Escolhidos para identificar mulheres com risco de diabetes após a gestação.**
- **Derivados de critérios usados em indivíduos não gestantes e não para identificar risco perinatal aumentado.**

CONSENSO – IADPSG

Certezas:

- **Risco de resultado perinatal adverso em Diabetes clínico estabelecido.**

CONSENSO – IADPSG

Controvérsias:

- **Resultados adversos atribuídos ao DG**
 - RN GIG
 - Adiposidade fetal excessiva
 - ↑ cesarianas
- **Fatores confundidores:**
 - Idade materna avançada
 - Obesidade
 - Outras causas

CONSENSO – IADPSG

Controvérsias:

- **Fatores confundidores:**
 - Viés relacionado ao prestador de assistência
- Enquanto isso outros pesquisadores sugerem que graus mais leves de hiperglicemia também causam resultados perinatais adversos.

CONSENSO – IADPSG

Controvérsias:

- **Custo-benefício**
 - **US Preventive Services Task Force, 2008**
 - **UK National Health Service, 2002**
 - **Canadian Task force, 1994**
- **Não existe evidência suficiente para recomendação a favor ou contra**

CONSENSO – IADPSG

Controvérsias:

- **Custo-benefício**
 - UK National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008
- **O rastreamento, diagnóstico e tratamento de diabetes gestacional é custo-efetivo.**

CONSENSO – IADPSG

HAPO

Outros estudos:

- **Pettitt et al, 1980: índios Pima**
- **Jensen et al, 2008: Dinamarca.**
- **Sermer et al, 1995: Toronto Tri-Hospital Gestational Diabetes Project**
- **Hillier et al, 2007: metabolic imprint**

CONSENSO – IADPSG

IADPSG, 2010

- **Novos critérios**
- **Recomendados pelo ADA em 2011, 2013 e 2015**
- **Ainda não adotados pelo ACOG ou pelo NIH**

CONSENSO – IADPSG

Para diagnóstico de DMG e proporção do corte HAPO \geq aos pontos de corte

Glicemia	Ponto de corte	% cumulativo
Glicemia de jejum	92 mg/dl	8,3
Glicemia 1h após sobrecarga	180 mg/dl	14
Glicemia 2h após sobrecarga	153 mg/dl	16,1

Para diagnóstico de diabetes clínico na gestação (ADA-2015=> REPETIDA)

Medida de Glicemia	Ponto de corte
Glicemia de jejum	126 mg/dl
Hemoglobina glicada A1	6,5%
Dosagem plasmática aleatória	200 mg/dl

CONSENSO – IADPSG

Primeira visita pré-natal

Medida da glicemia de jejum* ou da HGA1 ou dosagem aleatória em mulheres de altos risco ou universal (baseado em avaliação do risco da população)

- Se diabetes clínico => Tratamento e acompanhamento para diabetes pré-existente
- Se resultados não diagnósticos para diabetes clínico:
 - E glicemia de jejum > 92 e < 126 => diagnosticar DMG
 - E glicemia de jejum < 92 => testar entre 24 a 28 semanas com TOTG 75

24 a 28 semanas de gestação - UNIVERSAL

TOTG 75g: dosagem jejum/ 1h / 2h

- Considerar diabetes clínico de glicemia de jejum > 126
- Considerar DMG se UM ou mais valores for superior aos pontos de corte
- Considerar normal se todos os valores forem inferiores aos pontos de corte

*** CONFIRMADA!!!**

Controvérsias persistem...

	SOBRECARGA DE GLICOSE	Nº DE VALORES ALTERADOS NECESSÁRIOS	GLICEMIA DE JEJUM	GLICEMIA APÓS 1 H	GLICEMIA APÓS 2 H
IADPSG	75g	≥ 1	92mg/dl	180mg/dl	153mg/dl
OMS	75g	≥ 1	126mg/dl		140mg/dl
ADA	100g	≥ 2	95mg/dl	180mg/dl	155mg/dl
ADIPS	75g	≥ 1	100mg/dl		144mg/dl
CDA	75g	≥ 2	95mg/dl	190mg/dl	160mg/dl
EASD	75g	≥ 1	108mg/dl		162mg/dl
NZSSD	75g	≥ 1	100mg/dl		162mg/dl

ADA, American Diabetes Association (until Autumn 2010); ADIPS, Australasian Diabetes in Pregnancy Society; CDA, Canadian Diabetes Association; EASD, European Association for the Study of Diabetes; IADPSG, International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups; NZSSD: New Zealand Society for the Study of Diabetes; WHO, World Health Organization. *The ADA adopted the IADPSG criteria in the Autumn 2010.

Holt et al, 2011

Controvérsias persistem...

Farrar Diane, Duley Lelia, Lawlor Debbie A. Different strategies for diagnosing gestational diabetes to improve maternal and infant health. *Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, 2011*

- ECR avaliando os testes diagnósticos para DMG
- 5 ECR => 578 mulheres
- 1 EC comparou diferentes formas de se dar a glicose (chocolate 39 mulheres x bebida polimérica 50 g de glicose 40 mulheres x bebida monomérica 50 g de glicose 43 mulheres)

Conclusões

- Existe evidência insuficiente para avaliar qual a melhor estratégia para se diagnosticar o DMG

Controvérsias persistem...

Farrar Diane, Duley Lelia, Lawlor Debbie A. Different strategies for diagnosing gestational diabetes to improve maternal and infant health. *Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, 2011*

Discussão

- Não foi avaliado qual o momento ideal durante a gestação
- Não foi avaliada a influência do jejum pré-teste
- Não houve nos estudos avaliação de custos
- Avaliando apenas uma fração de pacientes incluídas no ECR canadense o custo (2 passos x 1 passo / 75g x 100g) da abordagem em 2 passos parece ser mais barata

Controvérsias persistem...

Tieu Joanna, Middleton Philippa, McPhee Andrew J, Crowther Caroline A. Screening and subsequent management for gestational diabetes for improving maternal and infant health. Cochrane Database of Systematic Reviews. *The Cochrane Library*, 2014

- 4 ECR => 3972 mulheres e um quase-randomizado (fatores de risco x TOTG 50g)
- Mulheres submetidas ao rastreamento universal têm > probabilidade de ter DMG diagnosticado (1 ECR, 3152 mulheres, RR= 0,44 IC95% 0,26 a 0,75)
- Os filhos de mães rastreadas por fatores de risco nasceram mais cedo que as rastreadas de forma universal (1 ECR , 3152 mulheres, diferença média de -0,15 semanas, IC95% -0.27 to -0.53).

Conclusões

- Existe evidência insuficiente para determinar o rastreamento ideal de DMG, ou qual tipo de rastreamento pode melhorar os resultados maternos e fetais

Controvérsias persistem...

TABLE 1

Arguments in favor and against use of IADPSG threshold OGTT values for diagnosing GDM

Arguments in favor

- Previous OGTT thresholds were set in such a way that about 2.5% of population would classify as GDM, irrespective of relationship of glucose values with perinatal outcome
- Striking increase in obesity and type 2 diabetes in general population may well correspond to GDM incidence of about 20%
- Treatment of GDM improves perinatal outcome
- Treatment of GDM is generally easy with insulin treatment in only 8-20% of women
- Adequate diagnosis is cost-effective

Arguments against

- OGTT has poor reproducibility
- Even with very strict threshold values, only a minority of fetal macrosomia will be identified
- GDM is related to childhood obesity, but mainly in case of maternal obesity
- Overdiagnosis of GDM may well result in overtreatment
- Stricter OGTT criteria will result in increasing workload

GDM, gestational diabetes mellitus; IADPSG, International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups; OGTT, oral glucose tolerance test.

Visser. Is evidence strong enough to change diagnostic GDM criteria? *Am J Obstet Gynecol* 2013.

“In other words, if we can’t definitively answer, as Shakespeare would have put it, the question of whether ‘tis nobler to change or not to change, now is the time to look very carefully before we leap!”

Reece e Moore, 2013

DIAGNÓSTICO

Precisa ser feito...

- **Como?**

SUPPLEMENT
1

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION

STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES—2015

GESTATIONAL DIABETES MELLITUS

Recommendations

- Test for undiagnosed type 2 diabetes at the first prenatal visit in those with risk factors, using standard diagnostic criteria. **B**
- Test for GDM at 24–28 weeks of gestation in pregnant women not previously known to have diabetes. **A**
- Screen women with GDM for persistent diabetes at 6–12 weeks postpartum, using the OGTT and clinically appropriate nonpregnancy diagnostic criteria. **E**
- Women with a history of GDM should have lifelong screening for the development of diabetes or prediabetes at least every 3 years. **B**
- Women with a history of GDM found to have prediabetes should receive lifestyle interventions or metformin to prevent diabetes. **A**

Table 2.5—Screening for and diagnosis of GDM

One-step strategy

Perform a 75-g OGTT, with plasma glucose measurement when patient is fasting and at 1 and 2 h, at 24–28 weeks of gestation in women not previously diagnosed with overt diabetes.

The OGTT should be performed in the morning after an overnight fast of at least 8 h.

The diagnosis of GDM is made when any of the following plasma glucose values are met or exceeded:

- Fasting: 92 mg/dL (5.1 mmol/L)
- 1 h: 180 mg/dL (10.0 mmol/L)
- 2 h: 153 mg/dL (8.5 mmol/L)

Two-step strategy

Step 1: Perform a 50-g GLT (nonfasting), with plasma glucose measurement at 1 h, at 24–28 weeks of gestation in women not previously diagnosed with overt diabetes.

If the plasma glucose level measured 1 h after the load is ≥ 140 mg/dL* (7.8 mmol/L), proceed to a 100-g OGTT.

Step 2: The 100-g OGTT should be performed when the patient is fasting.

The diagnosis of GDM is made if at least two of the following four plasma glucose levels (measured fasting and 1 h, 2 h, 3 h after the OGTT) are met or exceeded:

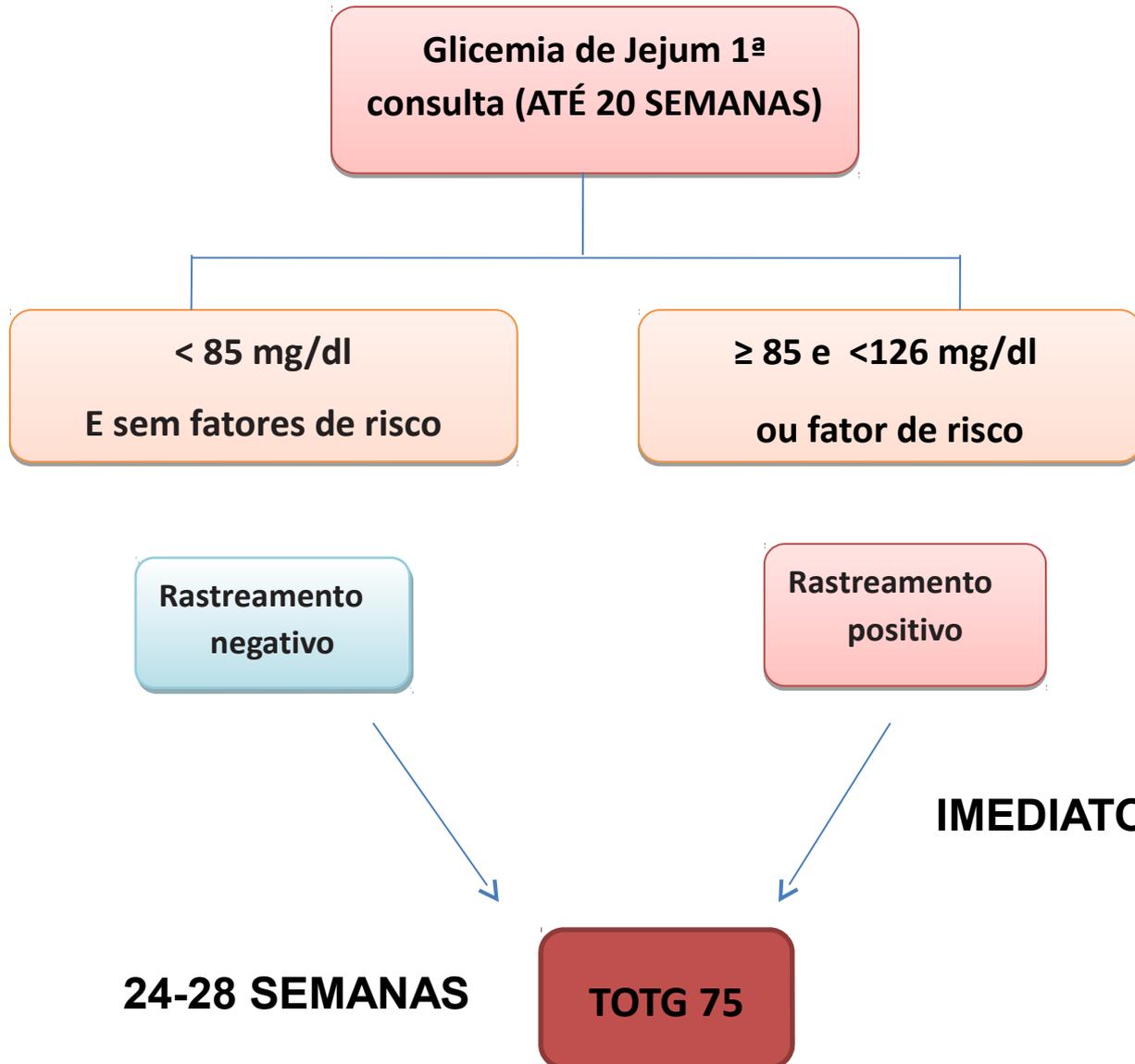
	Carpenter/Coustan (56)	or	NDDG (57)
• Fasting	95 mg/dL (5.3 mmol/L)		105 mg/dL (5.8 mmol/L)
• 1 h	180 mg/dL (10.0 mmol/L)		190 mg/dL (10.6 mmol/L)
• 2 h	155 mg/dL (8.6 mmol/L)		165 mg/dL (9.2 mmol/L)
• 3 h	140 mg/dL (7.8 mmol/L)		145 mg/dL (8.0 mmol/L)

NDDG, National Diabetes Data Group.

*The ACOG recommends a lower threshold of 135 mg/dL (7.5 mmol/L) in high-risk ethnic populations with higher prevalence of GDM; some experts also recommend 130 mg/dL (7.2 mmol/L).

RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO

MS/2010



RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO

MS/2010

Duas glicemias plasmáticas de jejum $\geq 126\text{mg/dL}$ confirmam o diagnóstico de diabetes gestacional, sem necessidade de teste de tolerância.

Quadro 30. Pontos de corte para o Teste de Tolerância à Glicose 75g

Jejum	1h	2h
95mg/dL	180mg/dL	155mg/dL

Dois ou mais valores devem estar acima do normal para confirmação diagnóstica.



<p>Glicemia em jejum</p>	<p>1ª consulta 3º trimestre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 85-90 mg/dl sem fatores de risco: normal. • Entre 85-90 mg/dl com fatores de risco ou 90-110 mg/dl: rastreamento positivo. • Se > 110 mg/dl: confirmar diagnóstico de <i>diabetes mellitus</i> gestacional (DMG). 	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 85-90 mg/dl com fatores de risco ou 90-110 mg/dl: realizar o teste de tolerância à glicose na 24ª-28ª semana gestação. Orientar medidas de prevenção primária (alimentação saudável e atividade física regular). • Se > 110, repetir o exame de glicemia de jejum. Se o resultado for maior que 110 mg/dl, o diagnóstico será de DMG. Orientar medidas de prevenção primária e referir ao alto risco, mantendo o acompanhamento na UBS.
<p>Teste de tolerância à glicose (jejum e 2 horas pós-sobrecarga com 75 g de glicose anidro)</p>	<p>24ª-28ª semanas**</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de DMG na presença de qualquer um dos seguintes valores: <ul style="list-style-type: none"> ✓ em jejum > 110 mg/dl; ✓ após 2 horas > 140 mg/dl. 	<ul style="list-style-type: none"> • No diagnóstico de DMG, orientar medidas de prevenção primária e referir ao alto risco, mantendo o acompanhamento na UBS. • Ver Fluxograma 11.

2015-2016

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes

Quadro 2 Diagnóstico de DMG com TOTG com ingestão de 75 g de glicose.

	OMS/2013 ^{1**}	NIH/2012 ^{7*}	International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups ^{**} (IADPSG, 2010 ⁸ ADA/2011 ¹⁰ SBD/2011)
Jejum	92 a 125 mg/dℓ	95 mg/dℓ	92 mg/dℓ
1 h	180 mg/dℓ	180 mg/dℓ	180 mg/dℓ
2 h	153 a 199 mg/dℓ	155 mg/dℓ	153 mg/dℓ

*Dois valores alterados confirmam o diagnóstico.

**Um valor alterado já confirma o diagnóstico.

OMS: Organização Mundial da Saúde; NIH: National Institute of Health/ EUA; SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes; TOTG: teste de tolerância oral à glicose; ADA: American Diabetes Association.

Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez

Resumo

A experiência das mulheres é fundamental para transformar os cuidados pré-natais e para criar famílias e comunidades prósperas



2016

B. Avaliação materna e fetal ¹²	Recomendação	Tipo de recomendação
Diabetes mellitus gestacional (DMG)	B.1.4: A hiperglicemia detectada, pela primeira vez, em qualquer momento durante a gravidez deve ser classificada como diabetes mellitus gestacional (DMG) ou diabetes mellitus na gravidez, de acordo com os critérios da OMS ¹⁵ .	Recomendada

¹⁵ Esta não é uma recomendação para triagem de rotina de hiperglicemia na gestação. Esta recomendação foi adaptada e integrada da publicação da OMS de 2013 (8), que determina que a DMG deve ser diagnosticada em qualquer altura durante a gravidez, se forem cumpridos um ou mais dos seguintes critérios:

- glicose plasmática em jejum 5,1–6,9 mmol/L (92–125 mg/dL)
- glicose plasmática de 1 hora \geq 10,0 mmol/L (180 mg/dL) após carga oral de glicose de 75 g
- glicose plasmática de 2 horas 8,5–11,0 mmol/L (153–199 mg/dL) após carga oral de glicose de 75 g

Deverá ser diagnosticada diabetes mellitus na gravidez, se forem cumpridos um ou mais dos seguintes critérios:

- glicose plasmática em jejum \geq 7,0 mmol/L (126 mg/dL)
- glicose plasmática de 2 horas \geq 11,1 mmol/L (200 mg/dL) após carga oral de glicose de 75 g
- glicose plasmática aleatória \geq 11,1 mmol/L (200 mg/dL) na presença de sintomas de diabetes.

AN EVALUATION OF TWO DIFFERENT SCREENING CRITERIA IN GESTATIONAL DIABETES MELLITUS.

Tonqoc M¹, Tayyar AT², Muderris I³, Bayram F⁴, Muhtaroglu S⁵, Tayyar M³.

⊕ Author information

Abstract

BACKGROUND: The objective of this study was to identify the gestational diabetes mellitus (GDM) prevalence difference according to American Diabetes Association (ADA) criteria and International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group (IADPSG) criteria for 75 g oral glucose tolerance test (OGTT).

METHODS: This study was conducted at Erciyes University Department of Obstetrics and Gynecology. A total of 320 pregnant who met the criteria were included in the study and 75 g OGTT was applied. Irrespective of the first results, the test was applied to most participants 2 weeks later.

RESULTS: The GDM prevalence was found to be 9.1% according to the ADA criteria and 19.4% according to the IADPSG criteria. According to the ADA criteria, GDM prevalence was found to be statistically significantly high ($p < 0.05$) in patients with risk factors. According to the IADPSG criteria no relationship was found between GDM prevalence and any of the risk factors ($p < 0.05$). The patients diagnosed with GDM were observed not to reach the threshold levels for HbA1c.

CONCLUSION: According to the IADPSG criteria, GDM prevalence doubles and leads to an increase in healthcare costs and workloads. HbA1c has no role in the diagnosis of GDM.

MANEJO INICIAL

- Explicação sobre o diagnóstico e suas implicações
- Orientações gerais (atividade física, dieta saudável)
- Encaminhamento para pré-natal de alto risco
- Encaminhamento para nutrólogo



