

Avaliação da Prova de Sullivan em grávidas e sua relação com a Prova de Tolerância à Glicose Oral

Pinheiro, Cátia V.¹, Dias, Elsa², Luis, Manuela² & Beato, Sílvia¹

¹ Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Departamento de Análises Clínicas e de Saúde Pública, Campus da Talagueira,

6000-767 Castelo Branco, Portugal

² Hospital Infante Dom Pedro, Aveiro, Portugal

Introdução

A Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é o distúrbio metabólico mais comum na gravidez, afectando 1 a 10% de todas as grávidas. É definida como uma intolerância à glucose, com severidade variável, detectada ou diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez. Diversos estudos demonstram amplas diferenças na prevalência da doença devido a diferentes critérios de *screening*/diagnóstico aplicados e às características da população em estudo (exemplo: idade, etnia).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Diabetologia, os critérios actualmente adoptados em Portugal para diagnóstico da DMG são os da 4ª Conferência Internacional sobre Diabetes Gestacional, em tudo semelhantes aos da *American Diabetes Association* (ADA). A ADA recomenda a avaliação do risco para desenvolver DMG, e realização da PS na primeira consulta pré-natal em grávidas de elevado risco para DMG (Ex: idade ≥ 25 anos; obesidade). Além disso, sabe-se que a **Prova de Sullivan** (PS) também deve ser efectuada em todas as grávidas entre a 24ª e 28ª semanas de gestação. A **Prova de Tolerância à Glicose Oral** (PTGO) é o teste actualmente recomendado para o diagnóstico da DMG. As grávidas que apresentam uma PS positiva, devem ser submetidas a PTGO (100g ou 75g de glucose) para diagnóstico definitivo. O diagnóstico é confirmado se 2 ou mais valores de glicémia excederem o valor de referência (Tabela à direita).

A DMG é encarada como uma doença multifactorial e, por si só, é um factor de risco para a grávida e para o feto. Porém, são documentados na literatura diversos factores de risco para o desenvolvimento da DMG, sendo que grande parte deles, são comuns à DM Tipo 2 (hipertensão, glicosúria). Alguns autores dedicaram-se ao estudo da gravidez gemelar, concluindo que esta não é um factor de risco para a DMG. Contudo, a DMG é ligeiramente mais comum em gestações multifetais do que unifetais.

Procedimento	Valores de Referência para a concentração de Glucose		
	Tempo (h)	mg/dl	mmol/L
PTGO com 100g de glucose ¹	Jejum	95	5.3
	1h	180	10.0
	2h	155	8.6
	3h	140	7.8
PTGO com 75g de glucose ²	Jejum	95	5.3
	1h	180	10.0
	2h	155	8.6

Objectivos

- Avaliar se uma PS positiva (glicémia ≥ 140 mg/dl), implica sempre a positividade da PTGO com 100g de glucose, em mulheres no 2º Trimestre de gestação, seguidas no Hospital Infante D. Pedro (Aveiro, Portugal).
- Verificar se existe associação entre a idade materna avançada (≥ 30 anos), a Hipertensão (HTA), a gravidez gemelar e o risco de desenvolver DMG, nesta população.

Material e Métodos

- Trata-se de um estudo retrospectivo, no qual se seleccionaram dados no Sistema Informático do Laboratório (LIS), de mulheres no 2º Trimestre de gestação que já tivessem efectuado a PS e PTGO com 100g de glucose.
- Os dados incluíram os valores de glicémia no soro correspondentes a ambas as provas, idade materna e diagnóstico. Posteriormente, foram analisados estatisticamente.
- Neste estudo utilizaram-se os critérios da ADA.

Resultados

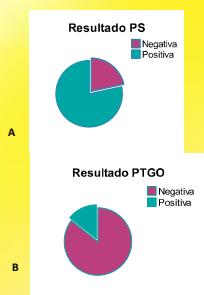


Fig. 1 Gráficos circulares que mostram a avaliação mais frequente da PS (A) e da PTGO (B) – Positiva ou Negativa.

Tabela.1 Frequência absoluta e relativa de grávidas presentes em cada classe versus frequência absoluta e relativa de grávidas com DMG presentes em cada classe.

Classes de idades	Frequência absoluta	% de grávidas	Frequência absoluta para DMG	% de grávidas com DMG
15-19	6	4,8	0	0
20-24	14	11,2	0	0
25-29	30	24,0	1	0,8
30-34	37	29,6	9	7,2
35-39	31	24,8	7	5,6
40-44	3	2,4	1	0,8
45-49	4	3,2	0	0
Total	125	100	18	14,4

Tabela.2 Frequência absoluta e relativa dos casos de grávidas com HTA e sem DMG versus grávidas com HTA e DMG.

Diagnóstico	Frequência absoluta	%
HTA sem DMG	16	89
HTA e DMG	2	11
Total	18	100

Tabela.14 Frequência absoluta e relativa dos casos de grávidas de gémeos sem DMG versus gravidez gemelar com DMG.

Diagnóstico	Frequência absoluta	%
Gravidez gemelar sem DMG	10	100
Gravidez gemelar e DMG	0	0
Total	10	100

Conclusão

- A positividade para PS não implica sempre positividade para PTGO, uma vez que foram detectados muitos falsos positivos (PS positiva e PTGO negativa), devido à prova de *screening* utilizada. Sendo assim, é necessária a sua reavaliação;
- Observou-se um elevado número de grávidas no 2º Trimestre de gestação com DMG e com idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos. Portanto, a idade materna ≥ 30 anos constitui um factor de risco para a DMG na a população em estudo;
- Relativamente à HTA, seria crucial saber que tipo de HTA as grávidas apresentavam (HTA crónica ou gestacional). Contudo, verificou-se que esta não surge com frequência em mulheres com DMG;
- Nenhuma das mulheres com gravidez gemelar pertencentes à população em estudo, apresentava DMG. No entanto, também seria importante saber de que forma foi concebida essa gravidez (espontaneamente ou fertilização *in vitro*).

Bibliografia

1. Lapolla A, Dalfra MG, Fedele D. Diabetes related autoimmunity in gestational diabetes mellitus: is it important? *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2009 Nov;19(9):674-82. May;68(2):141-6.
2. Chico A, Lopez-Rodo V, Rodriguez-Vaca D, Novials A. Features and outcome of pregnancies complicated by impaired glucose tolerance and gestational diabetes diagnosed using different criteria in a Spanish population. *Diabetes Res Clin Pract.* 2005
3. <http://www.sdpd.pt/> (Sociedade Portuguesa de Diabetologia)
4. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 2010 Jan;33 Suppl 1:S62-9.