



ACESSO ABERTO

Data de Recebimento:

02/11/2022

Data de Aceite:

13/05/2023

Data de Publicação:

19/05/2023

***Autor correspondente:**Ariadna Cavalcanti Rodrigues,
ariadnacavalcanti@gmail.com.**Citação:**RODRIGUES, A. C; DE
ALMEIDA, M. R. F; DE
AZEVEDO, O. G. R. Pediatras
gestacional e óbito fetal:
um relato de caso. **Revista
Multidisciplinar em Saúde**,
v. 4, n. 1, 2023. [https://doi.
org/10.55811/rpbc/1401](https://doi.org/10.55811/rpbc/1401)**DIABETES GESTACIONAL E ÓBITO FETAL: UM
RELATO DE CASO**Ariadna Cavalcanti Rodrigues ^a, Mara Rubia Ferreira de Almeida ^a, Orleancio
Gomes Ripardo de Azevedo ^a.^a Faculdade Estácio de Canindé, Faculdade de Medicina. Rodovia Presidente
Juscelino Kubitschek, km 306, CEP: 62700000.**RESUMO**

Este estudo é um relato de caso realizado mediante análise de prontuário e entrevista de uma gestante com diabetes gestacional, que evoluiu com óbito fetal, e foi admitida em um hospital de Canindé-CE. Tem por objetivo analisar o impacto da diabetes gestacional no feto, justificando-se pela necessidade de que sejam adotadas medidas a fim de evitar desfechos de óbito fetal. A paciente teve suas consultas pré-natais prejudicadas não só pelo seu início tardio, escassez de exames e insumos na atenção básica, mas também pelo atraso na adoção de condutas adequadas para sua condição hiperglicêmica.

Palavras-chave: diabetes gestacional, cuidado pré-natal, óbito fetal.**ABSTRACT**

This research is a case report performed upon the medical record analysis and interview of a pregnant patient with gestational diabetes, which clinical course ended in fetal death, and was admitted in a hospital in Caninde-CE. The objective is to analyze the gestational diabetes impact for the fetus, and the importance is the necessity of taking measures to avoid fetal death outcomes. The patient had her antenatal appointments negatively affected not only because of its late onset, lack of medical tests and primary care supplies, but also for the late management of her hyperglycemic condition.

Keywords: gestational diabetes, antenatal care, fetal death.

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus gestacional (DMG) é definido como o distúrbio metabólico mais comum durante a gestação, que ocasiona qualquer grau de intolerância à glicose. Os fatores de risco estão relacionados a fatores hormonais, genéticos e obesidade, além de DMG prévio e idade maior que 35 anos. Ele está associado a risco de piores desfechos perinatais, como o óbito fetal, além de complicações materno-fetais e doenças futuras, constituindo um relevante problema da atualidade (TSUTIDA *et al.*, 2022).

Para rastrear devidamente a DMG e seu risco de desenvolvimento, todas as gestantes devem dosar a Glicemia de Jejum até as 20 semanas de gestação. O Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) deve ser realizado entre 24-28 semanas para gestantes com glicemia em jejum < 92mg/dL (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

A Febrasgo (2019), dispõe critérios adotados para o diagnóstico de DMG, de acordo com as especificidades do Brasil. Considerando as informações para as situações em que há viabilidade financeira e/ou disponibilidade técnica parcial, o diagnóstico é feito de acordo com o que foi disposto na Tabela 1.

Tabela 1. Diagnóstico de DMG em situação de viabilidade financeira e/ou disponibilidade técnica parcial. Fonte: Febrasgo, 2019 (editado).

DIAGNÓSTICO DE DMG NO BRASIL EM SITUAÇÕES DE VIABILIDADE FINANCEIRA E/OU DISPONIBILIDADE TÉCNICA PARCIAL (86% de taxa de detecção)					
INÍCIO DO PRÉ-NATAL	Conduta	Resultado	Diagnóstico / Conduta	Resultado	Diagnóstico/Conduta
Em qualquer idade gestacional	Glicemia de jejum	≥ 126 mg/dL	Diabetes mellitus		
		92 a 125 mg/dL	Diabetes mellitus gestacional		
		< 92 mg/dL, < 24 semanas	Glicemia de jejum 24 a 28 semanas	≥ 126 mg/dL	Diabetes mellitus
				92 a 125 mg/dL	Diabetes mellitus gestacional
				< 92 mg/dL	Normal

Este estudo tem por objetivo analisar o impacto da diabetes gestacional no feto, justificando-se pela necessidade de que sejam adotadas medidas a fim de evitar desfechos de óbito em gestantes com diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional.

Trata-se de um relato de caso realizado através de análise de prontuário e entrevista de uma paciente gestante com diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, que evoluiu com óbito fetal, e recebeu atendimento em um hospital público no município de Canindé-CE.

RELATO DO CASO

Paciente, M.J.F.P., 40 anos, gestante, com história de 3 gravidezes, sendo esta a 3^a gestação, 2 partos vaginais e 0 abortos (G3P2A0). Idade gestacional (IG) de acordo com a ultrassonografia (US) igual a 36 semanas e 3 dias (36s3d), diagnosticada com diabetes mellitus gestacional.

A gestante compareceu ao hospital de referência de Canindé-CE no dia 01.09.2022 por ser constatada durante ultrassonografia (USG) com doppler realizada naquele dia, antes de sua admissão, bradicardia fetal, referindo haver movimentação fetal, porém em sua admissão hospitalar, apresentou ausculta fetal negativa. A USG mostrou gestação única de 36 semanas e 4 dias, batimentos cardíofetais (BCF) iguais a 115 batimentos por minuto (bpm), peso fetal estimado de 3946 gramas (g). Foi realizada cesariana de emergência, sendo confirmado o óbito fetal de um natimorto com macrosomia fetal.

A primeira consulta de pré-natal foi realizada com 12 semanas e 3 dias de gestação, no dia 07/03/2022. Data da última menstruação (DUM) com registro de ter sido no dia 10/12/2021 e data provável do parto (DPP) com previsão para 16/09/2022. Peso materno anterior à gestação de 67kg, altura da paciente igual a 1,47 metros (m). Paciente relata que procurou o serviço por várias vezes para realizar o pré-natal o quanto antes, mas informa que não conseguiu marcar consulta pois não havia profissional médico na Unidade Básica de Saúde de sua região. Em consequência disso, atrasou sua primeira consulta de pré-natal.

A ultrassonografia realizada no dia 04/04.2022 mostrou gestação de aproximadamente 15 semanas e 1 dia (15s 1d), BCF = 161bpm, peso fetal estimado de 114g. O registro no cartão da gestante realizado no dia 04.04.2022 evidenciou Glicemia de jejum = 118mg/dl.

Em sua gestação, a paciente realizou um total de 13 consultas de pré-natal, e fez uso de metformina somente a partir do oitavo pré-natal. Das 13 consultas realizadas, 02 aconteceram no mês de julho e 07 foram realizadas no mês de agosto.

A segunda consulta de pré-natal foi realizada no dia 06/04/2022, constando o registro de idade gestacional de 16s 5d, de acordo com a DUM. Não foi realizada nenhuma conduta com base no resultado de glicemia de jejum de 118mg/dl realizado em 04/04/22. Na terceira consulta de pré-natal, realizada no dia 05/05/2022, a paciente relatou polidipsia, sem outras queixas. IG = 19s4d, BCF = 139bpm, glicemia não verificada. Peso não verificado, pois a balança da unidade de saúde estava com defeito.

Quarta consulta de pré-natal realizada no dia 01.06.2022, IG = 23s3d. Peso não verificado. PA = 120 x 80mmHg, BCF = 149bpm. Paciente ainda não havia sido consultada por especialista do pré-natal de alto risco por indisponibilidade de data para agendamento.

Quinta consulta de pré-natal realizada no dia 04/07/22, na qual a paciente novamente apresenta queixa de polidipsia. IG = 28s1d, Peso = 70kg, índice de massa corpórea (IMC) igual a 32kg/m², indicativo de obesidade. BCF = 144 bpm, e movimentação fetal presente. Neste dia não foi realizada glicemia.

No dia 14/07/22 registrou-se glicemia de jejum de 164mg/dL no cartão da gestante. Não há registro de conduta com base no resultado glicêmico. A sexta consulta de pré-natal foi realizada no dia 20/07/22, glicemia (Dx) igual a 431 mg/dL (pós-prandial). Peso = 70 kg, IMC = 32,1kg/m², indicativo de obesidade. BCF = 142 bpm, e movimentação fetal presente.

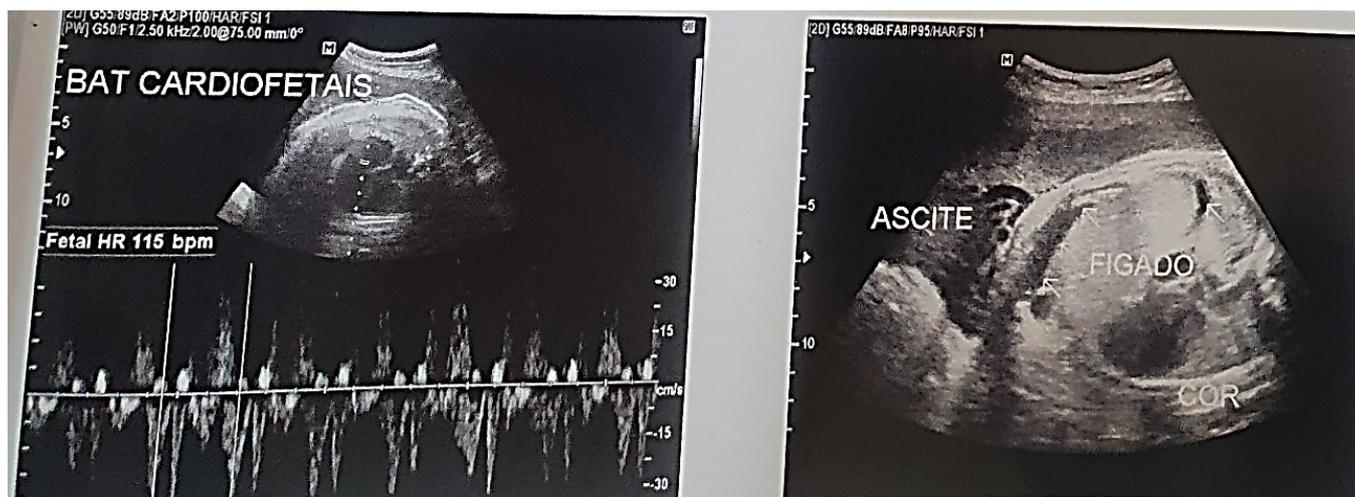
Oitava consulta de pré-natal realizada no dia 09/08/22 por médico obstetra, que registra com ênfase, a presença de diabetes gestacional. Idade gestacional de 33s e 2d, movimentação fetal presente, sem registro de avaliação de BCF. Médico solicitou neste dia que a glicemia fosse realizada 2 vezes ao dia, além de

Curva Glicêmica. Prescrito início do tratamento medicamentoso com metformina para a paciente.

Nona consulta de pré-natal realizada no dia 10/08/22, IG = 33s 3d. Peso = 72kg, BCF = 143 bpm. Dx = 324 mg/dL. Paciente encaminhada ao serviço de urgência. Décima primeira consulta de pré-natal realizada no dia 22/08/22, IG = 35s 1d, movimentos fetais presentes. Médico que realizou atendimento registra que paciente não levou a curva glicêmica para análise. USG com peso fetal acima do percentil 100, sugestivo de macrosomia fetal. Décima terceira consulta de pré-natal realizada no dia 31/08/22, IG = 36s 3d, Peso = 72,3kg, constatada presença de edema 2+/4+ somente neste pré-natal, BCF = 170 bpm (taquicardia fetal). Solicitado encaminhamento para a maternidade.

Paciente realizou o último USG no dia 01/09/2022 no qual foi identificado bradicardia fetal e leve ascite incipiente, sendo logo encaminhada para o hospital, como pode ser observado na Figura 1. Ao chegar na unidade foi detectada ausência de movimento fetal, sendo realizada cesariana de urgência para possibilidade de vida fetal, porém sem sucesso, pois o feto já não tinha mais vida. Peso fetal estimado de 3946g, superior ao percentil 90, compatível com crescimento fetal excessivo.

Figura 1: USG obstétrica da paciente, realizada no dia 01 de setembro de 2022, no qual foi constatada a bradicardia fetal (imagem à direita), de acordo com o laudo. Gestação única de 36 semanas e 4 dias, apesar de constar BCF = 115bpm, o laudo do US obstétrico destaca a presença de bradicardia. Peso fetal estimado de 3946g, superior ao percentil 90. Presença de leve ascite incipiente (imagem à direita).



DISCUSSÃO

A paciente do presente relato, possui idade de 40 anos. Segundo Ferreira *et al.* (2021), a idade materna superior a 35 anos, além de obesidade e sobrepeso, são alguns dos fatores de risco para diabetes na gestação (URBANETZ, 2020).

É importante que se realize um pré-natal de qualidade para que as possíveis complicações da Diabetes Gestacional não venham acometer nem a saúde da mãe nem a do bebê. A patologia é agravada com a falta de orientações adequadas durante o pré-natal e entendimento da gestante sobre a adoção de hábitos saudáveis (COSTA *et al.*, 2021).

Segundo Martins e Bossolani (2020) “o rastreamento dessa condição ainda no pré-natal é extremamente importante para um diagnóstico e tratamento precoces e adequados, a fim de prevenir possíveis complicações para a mãe e o feto.”

Constatou-se que a gestante do caso teve suas consultas pré-natais prejudicadas não só pelo seu início tardio, mas também pelo atraso no recebimento de resultados de exames. Na entrevista realizada com a gestante, ela relatou dificuldade na realização de exames laboratoriais e ultrassonografias, sendo necessário recorrer ao setor privado para que eles fossem executados. Quanto aos exames laboratoriais realizados no serviço público, houve dificuldade tanto no agendamento como no recebimento de resultados.

Ademais, verificou-se que na unidade básica de saúde onde a paciente realizava suas consultas de pré-natal, havia dificuldade na marcação de consultas com o profissional médico, além de ausência de instrumentos como glicosímetro, ou de fitas reagentes, assim como presença de equipamentos que não funcionavam, como a balança para verificação de peso.

De acordo com o Ministério da Saúde (2019) o pré-natal deve ser iniciado na Atenção Primária até a 12ª semana de gestação, ou seja, deve ser realizada uma captação precoce, assim como, devem ser garantidos “os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.

Sobre os resultados da glicemia capilar da gestante, foram obtidos os seguintes valores disponibilizados na Tabela 2. Diante de tais resultados, não foi tomada nenhuma conduta específica para DMG, sendo apenas registrado o encaminhamento para o médico obstetra. Somente a partir do dia 09/08/22, quando a gestação já tinha alcançado 33s 2d, foi prescrito o uso de Cloridrato de Metformina para a paciente, pelo médico obstetra, sendo constatado que houve manejo tardio diante da condição hiperglicêmica da gestante.

Tabela 2: Glicemia capilar da paciente M.J.F.P. – Ano de 2022. Desenvolvido pelos autores do presente caso clínico. Legenda: IG = Idade Gestacional. Result. = Resultado.

GLICEMIA CAPILAR DA PACIENTE M.J.F.P. – ANO DE 2022											
DATA E IG	RESULT.	DATA E IG	RESULT.	DATA E IG	RESULT.	DATA E IG	RESULT.	DATA E IG	RESULT.	DATA E IG	RESULT.
04/04 15s 1d	118mg/dL (jejum)	14/07 29s 4d	164mg/dL (jejum)	20/07 30s 3d	431 mg/dL (pós-prandial)	04/08 32s 4d	321mg/dL (pós-prandial)	10/08 33s 3d	324 mg/ dL (pós-prandial)	25/08 35s 4d	111mg/dL (jejum)

A hiperglicemia na gestação está associada a complicações, tais como, parto prematuro, macrosomia fetal, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, distocia de ombros, dificuldade respiratória e morte fetal. (CHAGAS *et al.*, 2022).

Vale salientar que a paciente, de acordo com os registros de seu IMC, encontra-se em estado nutricional de obesidade e apresentava sintomas de polidipsia, fatores de risco importantes para DMG. A obesidade é um fator de risco para o desenvolvimento de DMG, além do estilo de vida sedentário, sendo a patologia mais comum em gestantes obesas (TSUTIDA, 2022).

Antes de seu segundo pré-natal, constatou-se glicemia de jejum com resultado de 118mg/dl e não foi tomada nenhuma conduta. No entanto, a recomendação é de que a glicemia de jejum alterada (92mg/dL ou mais) na primeira consulta é suficiente para concluir diagnóstico de DMG, não sendo necessário repetir o exame nem realizar TOTG, já que o normal é que a glicemia seja mais baixa no primeiro trimestre de gestação. A não realização de conduta diante da situação leva a um sub-diagnóstico, que pode impactar nos desfechos perinatais. Com a conclusão de diagnóstico de DMG, a meta é manter glicemia de jejum abaixo de 95 mg/dL e pós-prandiais com 2h após refeição, abaixo de 140 mg/dL (URBANETZ, 2020).

Segundo consta no laudo da última ultrassonografia obstétrica (IG = 36s 4d), foi verificada a presença de bradicardia fetal e leve ascite fetal, incipiente. A bradicardia fetal é constatada quando há frequência cardíaca menor que 110 bpm por um período mínimo de 10 minutos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Sobre o achado de ascite, ela pode ser causada por diversas etiologias, como peritonite meconial, anormalidades geniturinárias ou cardíacas, e infecções congênitas, podendo ainda ser manifestação primária de hidropsia fetal (BRISIGHELLI NETO; CAETANO; SORRENTI, 2012).

Na supracitada ultrassonografia, foi identificado peso fetal acima do percentil 90. Camargo (2021) expõe em seu trabalho que fetos grandes para idade gestacional (GIG), têm risco aumentado para disfunções metabólicas, sofrimento fetal e asfixia durante o parto.

A gestante relata que não foi orientada sobre a importância de atividades físicas durante seu pré-natal, e só recebeu informações sobre mudanças em sua dieta a partir de 19s 4d. Segundo Camargo (2021), a atividade física de intensidade moderada foi associada com um risco menor de desfechos materno-fetais adversos em casos de DMG.

Nota-se a existência de uma lacuna na assistência à gestante com DMG, resultando em evolução gestacional com hiperglicemia descontrolada e desfecho de sofrimento e óbito fetal. A não realização correta do pré-natal faz com que a gestante não seja diagnosticada corretamente resultando em complicações materno-fetais (CHAGAS *et al*, 2022).

A escassez do atendimento básico reflete diretamente no resultado final da gestação da paciente, e o atraso no manejo adequado diante de sinais e resultados glicêmicos que são suficientes para o diagnóstico de DMG, traz repercussões negativas. Dessa forma, apesar do aumento expressivo da cobertura de pré-natal nos últimos anos, pesquisas apontam o baixo nível de adequação do atendimento, como exame físico ineficiente, não realização de exames essenciais para evitar complicações fetais e maternas, realização incompleta dos procedimentos preconizados e carência de informações (SILVA *et al*, 2022).

A falta de atualização dos profissionais de saúde também contribui para desfechos desfavoráveis. Apenas registrar resultados de valores de glicemia e sinais patognomônicos de DMG, sem realizar uma conduta efetiva, seguindo as diretrizes e protocolos mais recentes, não trará benefícios ao paciente. A carência de profissionais qualificados, falta de treinamento dos profissionais em termos de habilidades e competências na atenção primária à saúde e ausência de aplicação das diretrizes atuais são importantes lacunas associadas à mortalidade materna (CÁ *et al*, 2022).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRISIGHELLI NETO, A.; CAETANO, S. M.; SORRENTI, R. Ascite fetal isolada. **Revista de Ciências Médicas**, v. 16, n. 1, 2012.

CÁ, A. B. et al. Lacunas da assistência pré-natal que influenciam na mortalidade materna: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 38, 2022.

CAMARGO, S. F. **Comportamento de movimento durante a gravidez e desfechos materno-fetais em mulheres com diabetes gestacional**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 74 f. 2021.

CHAGAS, J. M. A. et al. Repercussões do diabetes mellitus gestacional e seus impactos no binômio materno-fetal. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 5, p. 402013-40219, 2022.

COSTA, R. M.; MEDEIROS, J. P.; MOREIRA, J. P.; OLIVEIRA, F. M. S. Diabetes gestacional – uma abordagem profilática. **Revista Atenas Higeia, Faculdade Atenas Passos**, v. 3, n. 1, p. 13-21, 2021.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. **Femina**. v. 47, n. 11, 2019.

FERREIRA, P. C. F; SABATINI, P. M. O.; SOUZA, M. J. C.; FERREIRA, L.C.E.; POLICÁRIO, Y.B.; ULIANA, G.R.; FEDERICI, L.B.; GOULART, B.C.; TEIXEIRA, L.N. Diabetes gestacional: Revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.12, p. 111367-111372, 2021.

MARTINS, A.; BOSSOLANI, G.D.P. Estudo do diabetes mellitus gestacional: revisão bibliográfica. **Revista Saúde Viva Multidisciplinar da AJES**. Juína/Mato Grosso, v. 3, n. 4, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco**. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Sociedade Brasileira de Diabetes. **Cuidados obstétricos em diabetes mellitus gestacional no Brasil**. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério: Guia de orientação para as secretarias estaduais e municipais de saúde**. DF: Ministério da Saúde; São Paulo: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 56 p. 2019.

SILVA, L. L. A. et al. Relação do perfil obstétrico com óbito fetal em um hospital de referência na cidade do Recife. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 2, p. 4365-4378, 2022.

TSUTIDA, C. A. et al. Análise da incidência de complicações materno-fetais após o uso dos critérios da IADPSG para o diagnóstico do diabetes gestacional – uma revisão integrativa. **Revista de Medicina da USP**. v. 101, n. 6, 2022.

URBANETZ, A. A. **Ginecologia e Obstetrícia. Febrasgo para o médico residente**. 2. ed. Barueri: Manole, 1512p. 2020.