

## Fatores de Risco para Macrossomia Fetal em Gestações Complicadas por Diabetes e Hiperglicemia Diária

### Risk Factors for Fetal Macrosomy in Pregnancies Complicated by Diabetes and Daily Hyperglycemia

Autora: Luciane Teresa Rodrigues Lima Kerche

Orientadora: Profa. Dra. Iracema de Mattos Paranhos Calderon

Dissertação de Mestrado apresentada à Disciplina de Obstetrícia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia a Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, em 24 de maio de 2004.

**Objetivo:** identificar fatores de risco para a macrossomia fetal na população de gestantes portadoras de diabetes ou hiperglicemia diária, tratadas com dieta/insulina.

**Método:** estudo retrospectivo, tipo caso-controle, incluindo 803 pares de mães e recém-nascidos desta população específica, distribuídos em dois grupos - macrossômicos (casos, n = 241) e não-macrossômicos (controles, n = 561). Foram comparadas variáveis relativas à idade, paridade, peso e índice de massa corporal (IMC) pré-gravídico, ganho de peso (GP), antecedentes de diabetes, hipertensão arterial e tabagismo, tipo e classificação do diabetes e indicadores do controle glicêmico no terceiro trimestre. As médias foram avaliadas pelo teste F e as variáveis categorizadas foram submetidas à análise univariada, utilizando-se o teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Os resultados significativos foram incluídos no modelo de regressão múltipla, para identificação do risco independente de macrossomia, considerando-se OR, IC 95% e valor de p. Para todas as análises foi estabelecido o limite de significância estatística de 5% ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** observou-se na análise univariada, asso-

ciação significativa entre macrossomia e GP >16 kg, IMC e  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>, antecedentes pessoais, obstétricos e, especificamente, o de macrossomia, o diagnóstico de diabetes gestacional (grupos IIA + IIB de Rudge), e as médias glicêmicas inadequadas no terceiro trimestre, a total (MG)  $\geq 120$  mg/dL e média de glicemia pós-prandial (MPP)  $\geq 130$  mg/dL. Na análise de regressão múltipla, o GP >16 kg (OR = 1,79; IC 95% = 1,23-1,60), o IMC e  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> (OR = 1,83; IC 95% = 1,27-2,64), o antecedente pessoal de diabetes (OR = 1,56; IC 95% = 1,05-2,31) e de macrossomia (OR = 2,37; IC 95% = 1,60-3,50) e a MG  $\geq 120$  mg/dL no terceiro trimestre (OR = 1,78; IC 95% = 1,13-2,80) confirmaram risco independente para macrossomia nestas gestações de risco. **Conclusão:** o GP >16 kg, o IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>, a MG  $\geq 120$  mg/dL no terceiro trimestre e a presença de antecedentes pessoal de diabetes ou de macrossomia foram identificados como fatores de risco para macrossomia fetal em gestantes portadoras de diabetes ou de hiperglicemia diária.

**Palavras-chave:** Diabetes. Complicações da gravidez. Macrossomia fetal.

## Indução do Parto a Termo com Feto Vivo com Misoprostol Vaginal: Ensaio Clínico Aberto

### Induction of Delivery at Term with a Live Fetus with Vaginal Misoprostol: An Open Clinical Assay

Aluna - Zuleika Studart Sampaio

Orientador - Prof. Dr. Carlos Augusto Alencar Júnior

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Ceará, em 12 de dezembro de 2003.

**Objetivo:** analisar a efetividade do misoprostol para indução do parto e determinar os principais fatores associados ao parto transpélvico.

**Sujeitos e Métodos:** ensaio clínico aberto, não randomizado, incluindo 61 gestantes internadas na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, em Fortaleza (CE). Todas tinham gestação única, feto vivo, idade gestacional  $\geq 37$  semanas e escore de Bishop  $\leq 7$ . Utilizou-se a dose de 50mcg de misoprostol via vaginal, repetindo-se a cada seis horas, até o máximo de quadro doses. Realizou-se análise uni e multivariada para determinação da associação entre parto vaginal e variáveis preditoras e construiu-se curvas ROC para escores de Bishop e escore Bishop e paridade.

**Resultados:** O intervalo entre administração da primeira dose e o parto variou entre 3 e 37 horas (média em torno de 12,7 horas). Aproximadamente 79% das pacientes apresentaram desengastamento trabalho de parto após única dose. Verificou-se taquissístolia em 23% dos casos, com 6,6% de síndrome de hiperestimula-

ção. A frequência de parto vaginal foi de 55,7%. As medianas dos escores de apgar, para o primeiro e o quinto minutos, foram de oito e nove. Não ocorreram óbitos fetais ou neonatais. Encontrou-se associação significativa do parto vaginal com a paridade (um ou mais partos anteriores) e escore de Bishop  $\geq 4$ , enquanto a taquissístolia reduziu a chance de parto vaginal. Através de curva ROC para os escores de Bishop e a paridade como determinantes do parto vaginal, encontrou-se VPP de 100%, com sensibilidade de 63,2%. A área sob a curva foi de 86,8% ( $p = 0,023$ ).

**Conclusões:** O misoprostol vaginal, na dose de 50 mcg, a cada seis horas, foi efetivo para indução do parto, resultando em 55,7% de partos vaginais, com resultados perinatais favoráveis. Os fatores preditivos mais importantes para parto vaginal foram a paridade (um ou mais partos) e escore de Bishop  $\geq 4$ .

**Palavras-chave:** Misoprostol. Trabalho de parto induzido. Trabalho de parto. Prostaglandinas.