

Sabrina Cosimi

Diabete gestazionale

Venerdì 10 Aprile

DIRETTA LIVE FACEBOOK h. 18 00



Un'ora con AMD-SID-SIEDP

Supporto tecnologico



DIABETE GESTAZIONALE

In gravidanza si possono avere due forme di diabete:

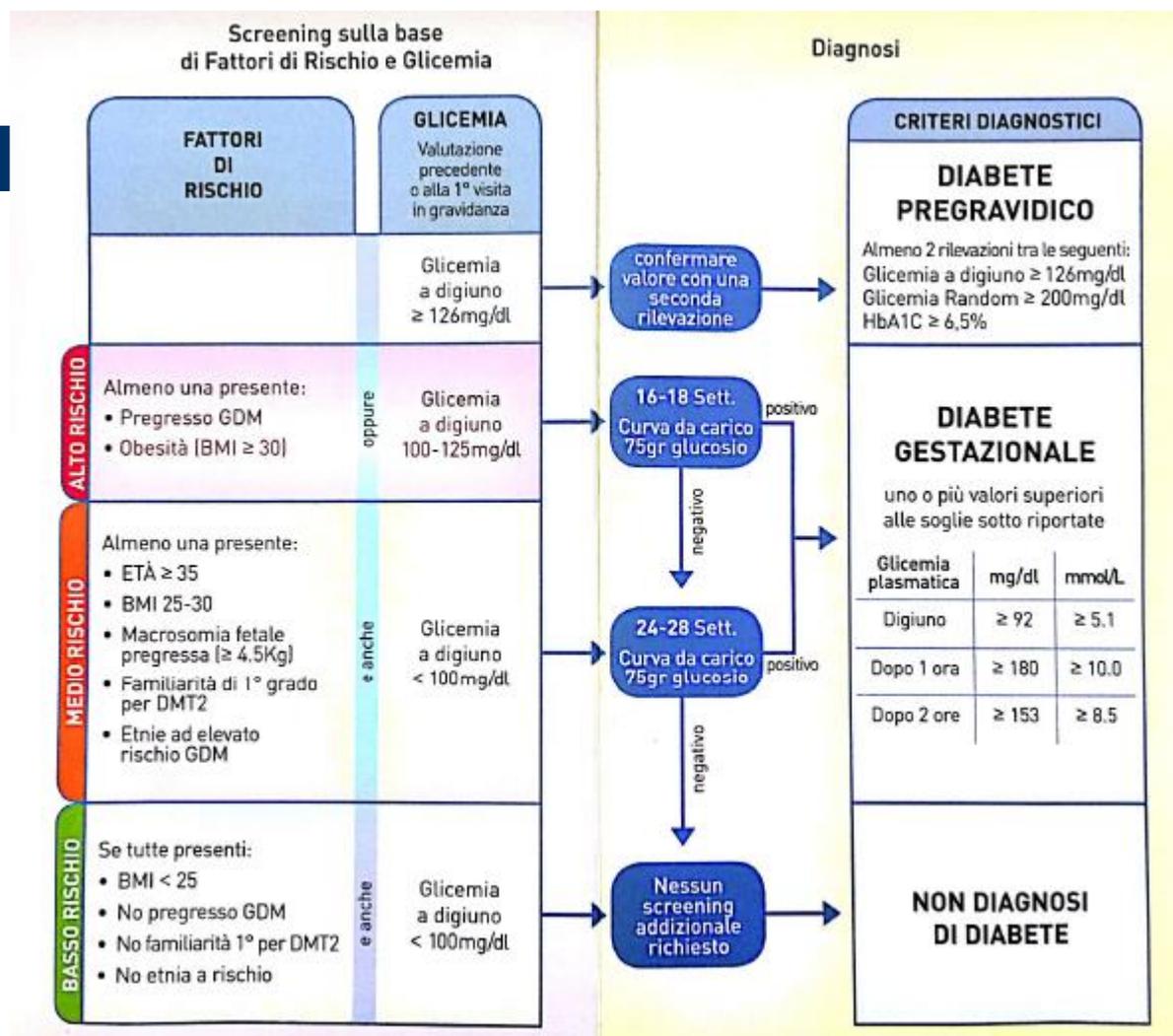
- preesistente alla gravidanza (DM1 e DM2)
- comparire in gravidanza (diabete gestazionale, GDM)

- IL DM pregravidico ha una elevata frequenza di malformazioni neonatali e di mortalità perinatale.
- Il GDM è invece una intolleranza ai carboidrati che insorge o che si riscontra per la prima volta durante la gravidanza e rappresenta una delle complicanze piu' frequenti, essendo presente nel 5-10 % di tutte le gravidanze.
- La complicanza piu' frequente è la macrosomia fetale
- Altre complicanze sono il parto pretermine e i tagli cesarei.
- La riduzione delle morbilità materno-fetale si ottiene sia attraverso una programmazione del parto (nei casi di DM pregravidico), sia mediante una precoce identificazione del GDM.
- Per entrambe le forme di diabete, il monitoraggio e il trattamento devono essere intensivi e mirare al raggiungimento della normoglicemia.

COME SI FA DIAGNOSI DI DMG

- 2. Nelle donne con gravidanza fisiologica è raccomandato lo screening per GDM secondo fattori di rischio definiti
- Lo screening consiste nell'effettuare una curva da carico con 75 gr di glucosio (OGTT 75 gr) e con prelievi ematici basale, ad 1 ora e a 2 ore, tempo in cui la donna deve rimanere seduta.
- Nei giorni precedenti la curva, la donna non deve avere restrizioni dietetiche

- Raccomandazioni per lo screening e la diagnosi del DGM



LO STILE DI VITA COME STRUMENTO DI PREVENZIONE E TRATTAMENTO DEL DMG

- Il diabete gestazionale si cura con un adeguato stile di vita che deve garantire un controllo glicemico ottimale senza determinare la comparsa di chetonuria.
- Se gli obiettivi glicemici non vengono raggiunti dopo due settimane di adeguato stile di vita, deve essere iniziata la terapia insulinica

Obiettivi glicemici in gravidanza

Sangue capillare intero mg/dl:

- Digiuno ≤ 90
- 1 ora dopo i pasti ≤ 130
- 2 ore dopo i pasti ≤ 120

La terapia nutrizionale in gravidanza

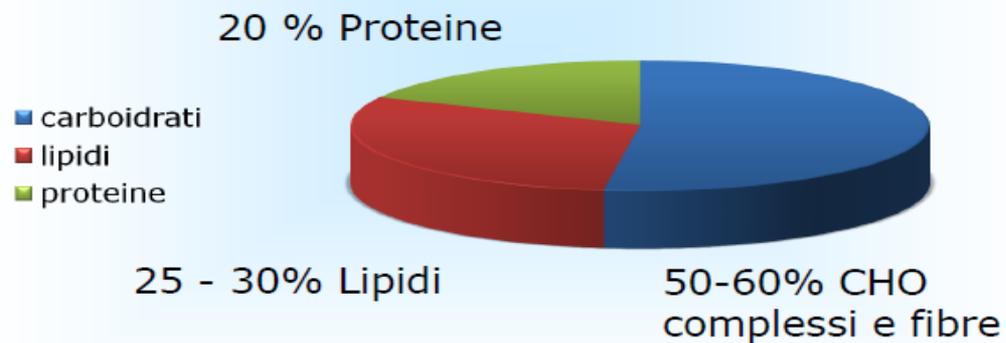
Obiettivi della Dieta nel Diabete Gestazionale

[Livello di evidenza III Forza della raccomandazione A]

- Far raggiungere un incremento corporeo adeguato al peso pregravidico e un buono stato nutrizionale
- Fornire il fabbisogno energetico e dei nutrienti necessari per un normale sviluppo della placenta e del feto
- Prevenire la chetosi
- Educare le donne ad adottare uno stile di vita benefico per la loro salute e quella del feto, mantenendo il piacere di mangiare

RIPARTIZIONE DEI NUTRIENTI

1600-2400 Kcal/die



DIABETE GESTAZIONALE

CONTENUTO DI CARBOIDRATI NELLA DIETA-1

- Il contenuto di CHO nella dieta influenza la risposta glicemica postprandiale. Questa dipende dal tipo di lavorazione, dalla quantità e tipo di fibra presente nel pasto, dalla natura del CHO
- L'iperglicemia postprandiale è il fattore critico per l'eccessiva crescita fetale.
- Il valore di glicemia postprandiale ad un'ora più che quello a due ore dal pasto correla con la macrosomia (De Veciana, 1995)

Raggiungere e mantenere un peso corporeo adeguato

INCREMENTO DI PESO CORPOREO RACCOMANDATO IN GRAVIDANZA

	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso
BMI pre gravidico (kg/m ²) →	< 18,5	18,5–25	> 25
Aumento di peso Auspicabile kg →	12,5–18	11,5–16	7,0–11,5
I° trimestre kg →	2,3	1,6	0,9
II° e III° trimestre (Kg/settimana) →	0,49	0,44	0,30

Nella gravidanza gemellare l'incremento di peso consigliato è di 16-20,5 kg

ASSICURARE UNA NUTRIZIONE ADEGUATA

- Studi condotti in donne con DGM è stato dimostrato che una dieta con CHO a basso indice glicemico mantiene un buon controllo glicemico, riducendo i picchi post-prandiali facendo diminuire di conseguenza il fabbisogno insulinico.

(Different types of dietary advice for women with gestational diabetes mellitus (Review) Han S, Crowther CA, Middleton P, Heatley E, 2013)

Distribuzione delle Calorie Giornaliere in pazienti con GDM

Pasti o spuntini	% Kcal	%CHO
Prima colazione	10-15	10
Spuntino	5-10	10
Pranzo	20-30	30
Spuntino	5-10	10
Cena	30 -40	30
Spuntino serale	5-10	10

[Livello di evidenza IV Forza della raccomandazione B]

American Diabetes Association. Preconception care of women with diabetes in pregnancy. Diabetes Care, 27 (Suppl 1):S76-8, 2004

Carboidrati e Fibre

- Privilegiare cibi a basso indice glicemico.
- 28 g di fibre/die, prevalentemente idrosolubili.
- Limitare il consumo di zuccheri semplici. [Livello di Prova I, Forza della raccomandazione A]





Proteine

Svolgono un'azione plastica che è fondamentale per lo sviluppo del feto

In gravidanza le necessità proteiche sono superiori rispetto alla norma, per via dell'aumento della massa proteica nella madre e nel feto.

Una dieta corretta in qualità e quantità fornisce tutte le proteine necessarie.

I LARN 2014 consigliano un incremento aggiuntivo di proteine differente per trimestre di gravidanza.

INCREMENTO :

I trimestre = 1 g/die

II trimestre = 9 g/die

III trimestre = 29 g/die

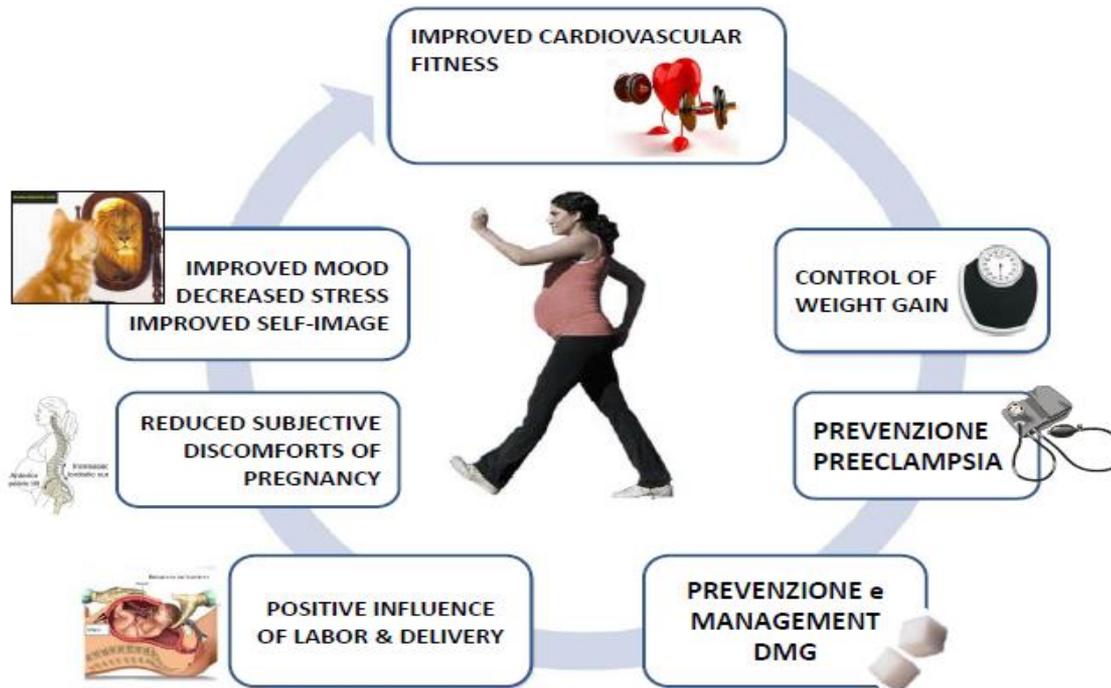


Grassi

- 300 mg/colesterolo/die.
- 10% grassi saturi.
- Adeguato apporto di acidi grassi mono e poli-insaturi $\omega 3$ e $\omega 6$. Particolare interesse riveste il DHA ($\omega 3$), per il suo ruolo nello sviluppo della retina e delle strutture nervose del feto. Non è stato definito un livello di assunzione raccomandato in gravidanza, tuttavia i nuovi LARN indicano un intervallo di riferimento per l'assunzione di 100-200 mg /die.
- [Livello di Prova I, Forza della Raccomandazione A]

Attività' fisica in gravidanza

BENEFICI ATTIVITA' FISICA IN GRAVIDANZA

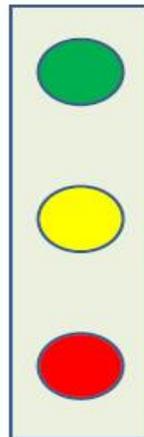


LONG TERM CONSEQUENCES: mother

PREVENZIONE DM2 NELLE DONNE CON PREGRESSO DMG !!



Il Semaforo dell'Attività Fisica in Gravidanza



Raccomandabile

- Nuoto
- Bicicletta
- Passeggiata
- Ergometro per arti superiori
-

Accettabile

- Aerobica
-

Non accettabile

- Esercizi anaerobici
- Arti marziali
- Giochi con il pallone
- Esercizi con alto rischio di cadute

Tabella 1 **Controindicazioni assolute** **e relative allo svolgimento** **dell'attività fisica in gravidanza**

GENERALI

- Anemia
- Anoressia nervosa
- Bulimia
- Malattie cardiache
- Convulsioni
- Malattie renali
- Obesità eccessiva

OSTETRICHE

- Rottura prematura delle membrane
- Sanguinamento uterino
- Diagnosi di placenta previa
- Preeclampsia
- Gravidanze multiple
- Parto pretermine

INFINE RICORDIAMO CHE....

Le donne che hanno avuto DMG sono:

- ad alto rischio di sviluppare il DMT2, tipico dell'età adulta, nei successivi 10 anni dopo il parto
- piu' a rischio di sviluppare malattie cardio-vascolare.

QUINDI

**MANTENERE UN CORRETTO STILE DI VITA ANCHE DOPO IL PARTO
E MANTENERE UN NORMOPESO**

BUONANUONAVITAATUTTECELAFAREMO!

Sabrina Cosìmi

Diabete gestazionale

GRAZIE!



Un'ora con AMD-SID-SIEDP



Seguici su Facebook

Associazione Medici Diabetologi AMD

Fondazione Diabete Ricerca Onlus

SIEDP Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica

Supporto tecnologico

