



ASSISTÊNCIA À GESTAÇÃO

PÓS - CIRURGIA BARIÁTRICA

Rotinas Assistenciais da Maternidade Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

O atendimento multiprofissional e multidisciplinar às gestantes pós-cirurgia bariátrica visa corrigir possíveis deficiências nutricionais, garantindo um aporte nutricional adequado para mãe e feto; identificar e tratar possíveis complicações decorrentes do procedimento cirúrgico; prevenir, identificar e tratar comorbidades; reduzir o risco de restrição do crescimento fetal e de recém-nascidos (RN) com baixo peso.

POPULAÇÃO ALVO

Gestantes com IMC < 40 submetidas à cirurgia bariátrica prévia à gestação, seja com técnica cirúrgica restritiva (Gastrectomia *sleeve*, Banda Gástrica ajustável) ou mista (By pass gástrico em Y de Roux) ou disabsortiva (derivações bilio-pancreáticas)

ANAMNESE

- Doenças associadas à obesidade diagnosticadas antes da cirurgia
- Tipo de cirurgia bariátrica (restritiva, mista ou disabsortiva)
- Complicações cirúrgicas
- Tempo decorrido entre a cirurgia bariátrica e a gestação
- Peso antes da cirurgia bariátrica e peso pré-gestação (IMC pré-gestação)
- Perda de peso após a cirurgia e tempo
- Histórico alimentar (histórico de compulsão alimentar, dumping, picamálacia ou intolerância à lactose; avaliação da ingestão proteica)
- Sintomas de anemia ou de neuropatia
- Sintomas dispépticos e hábitos intestinais
- Avaliação da exposição ao sol e da ingestão de cálcio
- Avaliação de aspectos psicossociais
- Consumo de álcool
- Atividade física
- Medicamentos em uso (antes e durante a gestação)

EXAME CLÍNICO

- Estado geral
- Sinais de anemia
- Peso; altura e IMC
- Pressão arterial
- Aparelho cardiovascular (ACV)
- Exame pulmonar e do abdome
- Exame dos membros inferiores (edema bilateral pode estar relacionado à hipoalbuminemia)
- Exame da tireóide

- **Em caso de dor abdominal aguda** → contactar cirurgião com urgência devido possibilidade de complicações associadas à cirurgia, tais como herniação intestinal, obstrução intestinal, deslocamento da banda gástrica e colelitíase

EXAMES LABORATORIAIS

- Hemograma completo
- Ferro sérico
- Ferritina
- Glicemia de jejum
- TSH
- Cálcio
- 25 OH vitamina D
- Vitamina B12
- Proteínas totais e albumina
- Ácido fólico
- Vitamina A

O hemograma completo (e a critério médico, a cinética de ferro) podem ser repetidos mensalmente, principalmente em cirurgias com componente disabsortivo. Os demais exames para avaliação nutricional devem ser repetidos pelo menos a cada trimestre

RASTREAMENTO PARA DIABETES GESTACIONAL

- Deve ser feito entre 24 e 28 semanas de gestação.
- De acordo com a anamnese alimentar, solicitar glicemias de jejum e pós-prandial (nas impossibilitadas por apresentarem Síndrome de *Dumping*) ou Teste Oral de Tolerância à Glicose –TOTG com 75g de glicose anidra (basal, 1h e 2h)

RASTREAMENTO PARA PICAMALÁCIA E CEGUEIRA NOTURNA (DEFICIÊNCIA DE VITAMINA A), VER CAPÍTULO ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL NO PRÉ-NATAL

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS

- Ácido fólico 5mg/dia pelo menos até 12 semanas de gestação
- Suplementação de Ferro: Preferir e otimizar a reposição oral (60-100mg/dia de ferro elementar). Para tratamento de anemia ferropriva, não ultrapassar 200mg/dia. Em caso de anemia (Hb < 10g/dL) não responsiva à reposição oral, intolerância à reposição oral e/ou persistência de sintomas relacionados à anemia ou anemia severa (Hb < 7g/dL) prescrever ferro parenteral: Ferripolimaltose 100mg 01 amp IV diluído em 500ml de soro fisiológico a 0,9% (correr lentamente: em 1h) 1x/semana. Programar até 8-10 sessões visando a data provável do parto
- Para prevenir ou tratar a insuficiência (25 OH vitamina D 20-29ng/mL) ou deficiência (25 OH vitamina D <20ng/mL) de vitamina D: 1500-2000UI/dia. Em caso de deficiência de vitamina D: A dose de ataque recomendada é de 50.000UI/semana (ou 7000UI/dia) durante 6 a 8 semanas. Uma vez atingido o objetivo (25 OH vitamina D >30ng/mL), reduzir para uma dose de manutenção (cerca de 2000UI/dia – nas obesas esta dose pode ser 2-3x maior)

- Para prevenir e tratar a deficiência de vitamina A (retinol sérico $<1,05\mu\text{mol/L}$ ou cegueira noturna presente), indicar o uso de 1 bife pequeno de fígado bovino, com frequência de 1 vez/semana (almoço ou jantar), que também ajudará na prevenção e tratamento da anemia gestacional. Caso a gestante não goste de fígado ou vísceras, prescrever 10.000UI/dia de vitamina A gotas ou 25.000UI 1 vez/semana, reforçando a orientação que a dose não pode ser ultrapassada. Estimular o uso de outras fontes alimentares de vitamina A como folhosos verdes e alaranjados, derivados de leite integral e, preferir alimentos fortificados com vitamina A.
- Repor 500-1000mg/dia de cálcio adicional (carbonato de cálcio ou de preferência citrato de cálcio) considerando a anamnese alimentar e o tipo de cirurgia bariátrica
- Para deficiência de Vitamina B12: Tentar reposição oral e rever em 15 dias. Se níveis de B12 se mantiverem baixos, utilizar a Vitamina B12 parenteral: Dose de ataque (01 ampola IM de 5000UI 1x/semana durante 4 semanas e posteriormente 01 ampola mensal (ou de acordo com o resultado dos exames).
Objetivo: manter a vitamina B12 idealmente $> 400\text{pg/mL}$
- Se feto estiver evoluindo com CIUR ($< p10$) e/ou albumina $< 3,0\text{g/dL}$, encaminhar à nutrição para suplementação proteica oral. Se hipoalbuminemia severa (albumina $< 2,6\text{g/dL}$), a paciente deve ser transferida para o HUCFF-UFRJ visando nutrição parenteral.

AValiação ANTROPOMÉTRICA E PROGRAMAÇÃO DO GANHO DE PESO GESTACIONAL VER CAPÍTULO ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL NO PRÉ-NATAL, ADOTANDO-SE OS MESMOS CUIDADOS PARA GESTANTES SEM HISTÓRIA DE CIRURGIA BARIÁTRICA

REVISÃO PÓS-PARTO

- Deve ser realizada 4 semanas após o parto (junto com a revisão pós-parto da Obstetrícia). Todos os exames da avaliação laboratorial inicial devem ser repetidos. Checar desfechos da gestação (complicações, tempo do parto, via de parto...), necessidade de UTI neonatal, Peso do RN e amamentação. Repetir TOTG naquelas que apresentaram DMG
- Durante o período de amamentação, as reposições iniciadas como prevenção ou tratamento de deficiências nutricionais devem ser mantidas e ajustadas de acordo com os exames laboratoriais.

LEITURA SUGERIDA

- Chagas C. et al. Vitamin A status and its relationship with serum zinc concentrations among pregnant women who have previously undergone Roux-en-Y gastric bypass. **Int J Gynaecol Obstet.**, v. 133, n.1, p. 94-97, 2016. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.08.020.
- Hezelgrave NL et al. Pregnancy After Bariatric Surgery: A Review. **Journal of Obesity**, v.2011, p. 1-5, 2010. Article ID 501939, doi:10.1155/2011/501939
- JEFFREY, I. et al. AACE/TOS/ASMBS Bariatric Surgery Guidelines. **Endocr Pract**, v. 14, 2008. doi: 10.1038/oby.2009.28
- Johansson, K. et al. Outcomes of Pregnancy After Bariatric Surgery. **N Engl J Med**. v. 372, p. 814-24, 2015. doi: 10.1056 / NEJMoa1405789
- Kominiarek MA. Pregnancy After Bariatric Surgery. **Obstet Gynecol Clin N Am**, v.37, n. 2, 2010, p. 305-320. <http://dx.doi.org.ez29.periodicos.capes.gov.br/10.1016/j.ogc.2010.02.010>.

- Maeda SS et al. Recomendações da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) para o diagnóstico e tratamento da Hipovitaminose D. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v.58, n.5, p. 411-33, 2014.
- Magdaleno Jr R et al. Pregnancy After Bariatric Surgery: a current view of maternal, obstetrical and perinatal challenges. **Arch Gynecol Obstet**, v. 285, n. 3, p. 559-566, 2012. doi : 10,1007 / s00404-011-2187-0
- Nicolaidis KH et al. Maternal and neonatal outcomes in women undergoing bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.** v. 181, p. 45-53, 2014. <http://dx.doi.org.ez29.periodicos.capes.gov.br/10.1016/j.ejogrb.2014.07.015>