



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
PERINATAL DA MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



ASSISTÊNCIA À GESTAÇÃO PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

Rotinas Assistenciais da Maternidade Escolada 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 (*Bypass* 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, picamalácia 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 hérniação 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 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 μmol/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 > 400pg/mL

- Se feto estiver evoluindo com CIUR (< p10) e/ou albumina < 3,0g/dL, encaminhar à nutrição para suplementação proteica oral. Se hipoalbuminemia severa (albumina < 2,6g/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 POS-PARTO

- Deve ser realizada 4 semanas após o parto (junto com a revisão pós-parto da Obstetria). 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