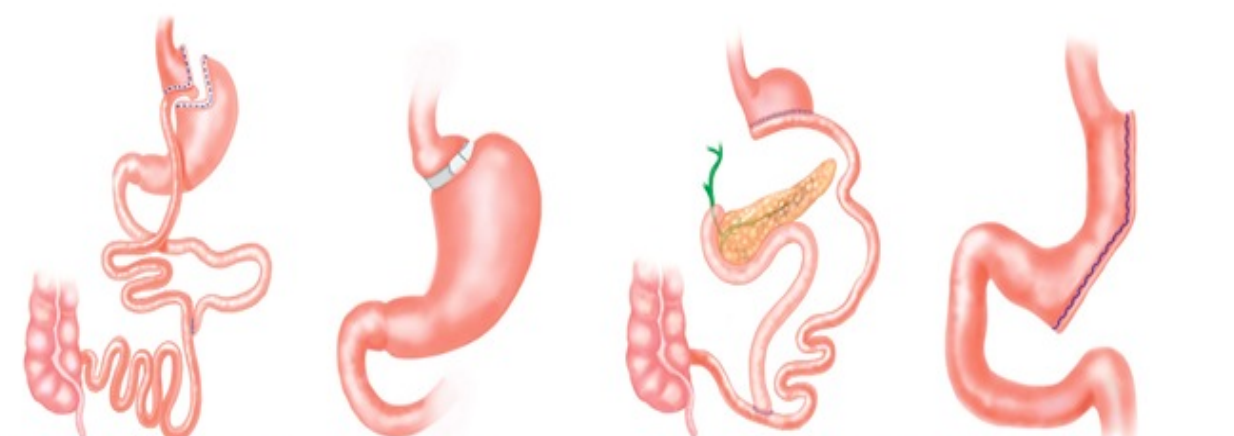


Introdução

Mais de 80% das cirurgias bariátricas são realizadas em mulheres, sendo que metade destas estão em idade reprodutiva. Assim, é cada vez mais frequente o acompanhamento de mulheres com antecedentes de cirurgia bariátrica na consulta pré-concepcional ou pré-natal pelo Médico de Família.



Derivação Gastrojejunal em Y-de-Roux

Banda gástrica

Derivação bilio-pancreática

Gastrectomia vertical

Figura 1: Tipos de cirurgia bariátrica.

Métodos

Foram pesquisadas normas de orientação clínica, revisões sistemáticas e meta-análises na PubMed, UpToDate, Direcção-Geral de Saúde e National Institute for Health and Care Excellence (NICE), publicadas entre 2010 e 2016, de acesso livre, em português e inglês, utilizando os termos MeSH “pregnancy” e “bariatric surgery”.

Resultados

A fertilidade melhora substancialmente após a cirurgia bariátrica.

É recomendado um intervalo entre a cirurgia e uma gravidez de pelo menos 12-18 meses. Contudo, a cirurgia bariátrica não está indicada como tratamento da infertilidade.

Défice de absorção de nutrientes após *bypass* gástrico:

É sugerida a pesquisa de défices de micronutrientes através da avaliação do hemograma, ferritina, ferro, vitamina B12, tiamina, ácido fólico, cálcio e vitamina D por trimestre de gravidez. Se houver défice, deve fazer-se suplementação adequada e passar para vigilância mensal.

Rastreio da diabetes gestacional

As grávidas submetidas a cirurgia do tipo restritivo fazem o rastreio por PTGO. Devido à síndrome de *dumping*, as grávidas submetidas a *bypass* gástrico fazem o rastreio por pesquisa da glicemia capilar em jejum e pós-prandial durante uma semana ou por avaliação da hemoglobina glicada.

A via de parto nestas grávidas deve obedecer a critérios obstétricos, não constituindo indicação o formal para cesariana eletiva.

A obstrução intestinal após *bypass* gástrico é uma complicação rara, mas potencialmente grave, podendo resultar em morte fetal e materna. Cursa com sintomas inespecíficos e comuns às queixas obstétricas, como hiperemese, refluxo esofágico e contratilidade uterina, sendo a TAC abdominal o método de eleição para estabelecer o diagnóstico.

Conclusões

As grávidas submetidas a cirurgia bariátrica têm menor frequência de abortos espontâneos, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e partos pré-termo comparativamente às grávidas obesas que não realizaram cirurgia bariátrica, aproximando-se da frequência das grávidas não obesas. O Médico de Família deve saber fazer o adequado acompanhamento destas grávidas e saber orientar para os cuidados de saúde secundário, quando necessário.

Bibliografia:

Nuthalapaty, FS. The impact of obesity on female fertility and pregnancy. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Acedido a 1 de Outubro, 2016.) Johansson K, Cnattingius S, Näslund I, et al. Outcomes of pregnancy after bariatric surgery. N Engl J Med 2015; 372:814. Ouyang, DW. **Fertility and pregnancy after bariatric surgery**. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Acedido a 1 de Outubro, 2016.) Karmon A, Sheiner E. Pregnancy after bariatric surgery: a comprehensive review. Arch Gynecol Obstet 2008; 277:381. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 105: bariatric surgery and pregnancy. Obstet Gynecol 2009; 113:1405.