Artigo completo

Manejo nutricional em gestação pós-bariátrica: um relato de caso

Nutritional management during pregnancy following bariatric surgery: a case report

Ludmilla Rodrigues Coelho Thomaz[1]

1. Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Ludmilla Rodrigues Coelho Thomaz - milacoelhobr@gmail.com

RESUMO

A cirurgia bariátrica é amplamente utilizada no tratamento da obesidade mórbida, porém, a gestação após o procedimento apresenta desafios nutricionais e riscos tanto para a mãe quanto para o feto. Este estudo tem como objetivo relatar o manejo nutricional de uma gestante de 37 anos, submetida à cirurgia bariátrica há 1 ano e 8 meses. A paciente foi acompanhada devido à êmese gravídica, anemia e perda ponderal significativa. Métodos como suplementação nutricional, controle farmacológico e monitoramento multidisciplinar foram implementados para melhorar a ingestão alimentar e estabilizar o peso. Durante o acompanhamento, houve redução dos episódios de náuseas e melhora no estado nutricional da gestante, apesar do ganho ponderal inferior ao esperado. Conclui-se que o manejo nutricional especializado é essencial para minimizar os riscos nutricionais e otimizar os desfechos materno-fetais em gestantes pós-cirurgia bariátrica.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica. Gravidez. Dietoterapia.

ABSTRACT

Bariatric surgery is widely used to treat morbid obesity; however, pregnancy after the procedure presents nutritional challenges and risks for both mother and fetus. This study aims to report the nutritional management of a 37-year-old pregnant woman, who underwent bariatric surgery 1 year and 8 months prior. The patient was monitored for hyperemesis gravidarum, anemia, and significant weight loss. Nutritional supplementation, pharmacological control, and multidisciplinary monitoring were employed to improve food intake and stabilize weight. During follow-up, there was a reduction in nausea episodes and improvement in the patient's nutritional status, although weight gain remained below the expected range. The study concludes that specialized nutritional management is essential to minimize nutritional risks and optimize maternal-fetal outcomes in post-bariatric pregnant women.

Keywords: Bariatric Surgery. Pregnancy. Diet Therapy.

DOI: 10.5935/2238-3182.2026v36s9.20

INTRODUÇÃO

A cirurgia bariátrica é reconhecida como a abordagem mais eficaz para tratar a obesidade mórbida, promovendo a melhoria e até a resolução das comorbidades. Durante a gravidez, a obesidade apresenta uma série de riscos obstétricos como diabetes mellitus gestacional, macrossomia e pré-eclâmpsia. Evidências crescentes indicam que a cirurgia bariátrica pode reduzir significativamente o risco dessas complicações, oferecendo benefícios adicionais para mulheres que engravidam após o procedimento.[1]

A gestação após a cirurgia pode ser preocupante para o binômio mãe-filho, devido risco de aborto, o desenvolvimento de deficiências nutricionais e a subnutrição em detrimento dos eventos disabsortivos.[2,3] O maior impacto para as gestantes pós-bariátrica é o desenvolvimento de bebês pequenos para a idade gestacional, risco de cesariana e internação em terapia intensiva neonatal devido à perda de peso contínua, que pode ser reduzido evitando-se gestações logo após a cirurgia bariátrica e suplementação nutricional adequada. A gestante requer a realização de acompanhamento pré-natal de qualidade integrado com uma equipe multidisciplinar, a suplementação adequada de micronutrientes são pilares fundamentais nesse contexto.[4]

Este relato de caso descreve o manejo nutricional de uma gestante pós-bariátrica, destacando a importância desses componentes essenciais para um desfecho favorável tanto para a mãe quanto para o recém-nascido.

OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é apresentar o caso de uma gestante pós-bariátrica, abordando seu manejo nutricional, desafios do acompanhamento, impacto na saúde materno-fetal e a relevância da equipe multidisciplinar no pré-natal.

METODOLOGIA

O presente trabalho conceitua-se como relato de caso de paciente admitida em serviço secundário para acompanhamento em pré-natal de alto risco (PNAR) da Maternidade Odete Valadares, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), confeccionado através de informações obtidas via prontuário eletrônico, a partir da análise descritiva do mesmo e seleção de informações de destaque para construção de raciocínio clínico e laboratorial.

O trabalho foi conduzido de acordo com os princípios éticos e normas regulatórias aplicáveis, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG sob o parecer número 6.815.503 e CAAE 79448824.2.0000.5119 em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RELATO DE CASO

Trata-se de RR, 37 anos, G3A2. Ao completar 6+3 semanas de gestação, apresentou queixa de náuseas, vômitos (cerca de 6 episódios ao dia) e fraqueza, sem sangramento, com diurese preservada, sem disúria, sem febre e outros sintomas. Referia histórico de cirurgia bariátrica há 01 ano e 8 meses, sem alergias medicamentosas e vícios, em uso de suplemento multivitamínico.

Os dados registrados do pré-natal de risco habitual (PNRH) da primeira consulta, apresentava-se normotensa e os exames externos revelavam anemia (hemoglobina 10,8 mg/dL, hematócrito: 32% e ferritina: 12,9 ng/ml), sem outras alterações associadas. A paciente não possuía comorbidades em sua história pregressa.

Dessa forma, foi admitida no pré-natal de alto risco (PNAR) com impressão diagnóstica de êmese gravídica e anemia com 8+3 semanas de idade gestacional. Estava em uso de dimenidrinato associado a vitamina B6 8/8h (paciente não tolera metoclopramida devido reação extrapiramidal), além do óleo mineral (1 colher de sopa) 12/12h devido constipação intestinal. Ademais, não estava fazendo a suplementação de sulfato ferroso ou outras vitaminas porquê alegava náuseas e vômitos. Foram prescritos pela equipe do PNAR: antiemético dimenidrinato associado a vitamina b6 6/6h, sulfato ferroso 80 mg como dose profilática e não terapêutica devido vômitos, além do ácido fólico 0,2 mg/ml 40 gotas por dia + laxativo osmótico na dosagem de 1 sachê por dia.

Devido êmese gravídica, fraqueza e perda ponderal de cinco quilos, paciente procurou pelo serviço de urgência da unidade hospitalar com 10+5 semanas de idade gestacional, quando foi submetida à internação até 11 semanas gestacionais para tratamento médico e interconsulta com o serviço de nutrição.

Iniciou o acompanhamento nutricional no PNAR com 11 semanas de idade gestacional ainda com êmese gravídica, constipação intestinal crônica e sedentária. O relato da ingestão habitual da paciente apontava uma dieta hipocalórica, de baixa densidade nutricional – baixo consumo de vegetais (frutas, legumes e verduras); baixo consumo de leite e derivados; baixo consumo ou nenhum de alimentos fonte de ferro e de proteínas.

Dados da avaliação nutricional revelaram estado nutricional de sobrepeso pré-gestacional:

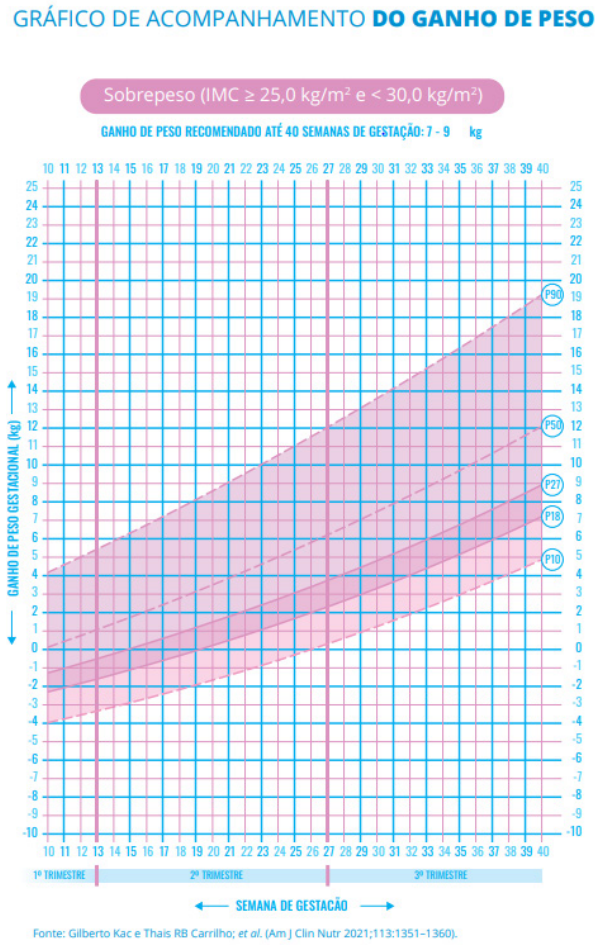
Peso pré-gestacional = 68 kg
Altura = 1,54 m
IMC = 28,67 kg/m2.

Os dados de peso e ganho de peso às 11 semanas gestacionais:

Peso = 65,3 kg
Ganho de peso (peso atual – peso pré-gestacional) = - 2,7 kg (< p10 das curvas de ganho de peso gestacional para mulheres brasileiras, de acordo com o índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional (Figura 01).[5]

Recomendação de ganho de peso total = 7 a 9 kg (conforme faixas de recomendação de ganho de peso gestacional segundo o índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional.[6,7]

Figura 01. Gráfico de Acompanhamento do Ganho de Peso.



Fonte: Gilberto Kac e Thais RB Carrilho; *et al.* (Am J Clin Nutr 2021;113:1351–1360).

Foram feitas orientações nutricionais para alimentação diária saudável conforme tolerância, para ganho de peso adequado na gestação, de ingesta hídrica abundante sobre a importância do fracionamento dietético e sobre os alimentos fonte de nutrientes-alvo na gestação: ferro, ácido fólico, ômega-3 e vit.C, da importância de realização de atividades físicas. Além da prescrição de suplemento multivitamínico destinado a gestantes na dosagem de 1 cápsula / dia e mastigação de gengibre para náuseas.

A paciente recebeu acompanhamento nutricional nas seguintes semanas gestacionais: 16; 23+5 e 31 semanas. Evoluiu com redução dos episódios de náuseas, uso de ondansetrona 4mg via oral 8/8h, ácido acetilsalicílico 100mg por dia, citoneurin a cada trinta dias, vitamina D 2000 UI, aumento da dosagem de sulfato ferroso para 160mg por dia e manutenção do suplemento multivitamínico específico para gestantes.

Durante todo acompanhamento nutricional, a paciente evoluiu com pequeno ganho de peso, 1,6 kg. Tolerava melhor a alimentação, mas com aversão ao consumo de carnes e com melhora do hábito intestinal.

Evolução do ganho de peso:
Início do acompanhamento nutricional = 65,3 kg
16 semanas gestacionais = 65,7 kg
23+5 semanas gestacionais = 66,2 kg
31 semanas gestacionais = 67,8 kg
Ganho de peso final (peso da última consulta – peso pré-gestacional) = -200g, ainda permanecendo abaixo do p10.

RESULTADOS

Espera-se que este relato de caso proporcione uma compreensão mais aprofundada dos quadros clínicos em gestantes pós-bariátricas, potencializando as chances de desfechos favoráveis para a saúde tanto da mãe quanto do feto. Isso será alcançado por meio de um manejo aprimorado dos sintomas gastrointestinais e suas complicações durante a gestação nessa população específica.

DISCUSSÃO

A obesidade é notoriamente difícil de controlar. Quando as intervenções médicas falham, a cirurgia bariátrica é o método mais bem-sucedido de perda de peso, efetivo no aumento da fertilidade e na redução das complicações obstétricas e da morbidade materna e neonatal em comparação com mulheres obesas.[8]

Este relato de caso apresenta uma série de desafios comuns durante a gestação, exacerbados pela história de cirurgia bariátrica e pela condição de sobrepeso pré-gestacional.

Êmese gravídica e a cirurgia bariátrica adiciona complexidade ao caso, já que pode afetar a absorção de nutrientes essenciais, como ferro e vitaminas, aumentando o risco de deficiências nutricionais durante a gestação. Após cirurgia bariátrica, os pacientes frequentemente passam por uma fase de rápida perda de peso, levantando a preocupação teórica de possíveis desnutrição tanto para a mãe quanto para o feto durante uma gravidez subsequente. Além disso, as deficiências específicas de nutrientes como ferro, folato, B12, cálcio e vitamina D, devido a má absorção, podem resultar em complicações para o feto, como parto prematuro, baixo peso ao nascer, hipocalcemia ou raquitismo neonatal, bem como osteomalácia materna, retardo mental fetal e defeitos do tubo neural. Portanto, a suplementação nutricional e o monitoramento cuidadoso do estado nutricional antes e durante a gravidez são elementos essenciais no cuidado da gestante.[9]

No entanto, ainda não há um consenso definitivo sobre como manejar a nutrição de mulheres em idade fértil e durante a gravidez após a cirurgia bariátrica. Existem variações nos níveis de deficiências de micronutrientes durante a gravidez, dependendo do tipo específico de cirurgia bariátrica realizada. Por exemplo, uma pesquisa demonstrou uma prevalência maior de anemia gestacional entre mulheres submetidas a procedimentos cirúrgicos de má absorção, como a bypass gástrico em Y de Roux em comparação com cirurgias restritivas, como a gastrectomia vertical em banda.[10] Logo, o acompanhamento nutricional especializado é essencial em casos como o de RR, pois pode ajudar a otimizar a ingestão de nutrientes e garantir o ganho de peso adequado durante a gestação. Isso envolve ajustar a dieta de acordo com as necessidades específicas da paciente e fornecer suplementação quando necessário.

Vale salientar que a terapia farmacológica desempenhou um papel importante no controle dos sintomas de náuseas e vômitos em RR, da suplementação de ferro e outras vitaminas foi essencial para corrigir deficiências nutricionais.

CONCLUSÃO

A melhora gradual dos sintomas de RR e o pequeno ganho de peso reforçam a importância do acompanhamento nutricional contínuo. Além disso, o monitoramento rigoroso e ajustes terapêuticos são essenciais para uma gestação saudável. O caso destaca os desafios de gestantes com náuseas e vômitos severos, agravados por condições pré-existentes, como cirurgia bariátrica e sobrepeso. Sendo assim, o suporte multidisciplinar é fundamental para garantir os melhores desfechos para mãe e bebê.

REFERÊNCIAS

1. Kwong W, Tomlinson G, Feig DS. Maternal and neonatal outcomes after bariatric surgery; a systematic review and meta-analysis: do the benefits outweigh the risks? Am J Obstet Gynecol. 2018 Jun;218(6):573-580.
2. Pinheiro RCM, Bastos AA, Araújo MSM. Implicações nutricionais da gravidez após cirurgia de bypass gástrico: uma revisão da literatura Nutritional implications of pregnancy after gastric bypass surgery: a literature review. Com. Ciências Saúde. 2014; 25(1): 69-78.
3. Akhter Z, Rankin J, Ceulemans D, Ngongalah L, Ackroyd R, Devlieger R, *et al*. Pregnancy after bariatric surgery and adverse perinatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2019 Aug 6;16(8):e1002866.
4. Pg Baharuddin DM, Payus AO, Abdel Malek Fahmy EH, Sawatan W, Than WW, Abdelhafez MM, *et al*. Bariatric surgery and its impact on fertility, pregnancy and its outcome: A narrative review. Ann Med Surg (Lond). 2021 Nov 11;72:103038.
5. Ministério da Saúde. Caderneta da gestante. 6ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022.
6. Kac G, Carilho TRB, Rasmussen KM, Reichenheim ME, Farias DR, Hutcheon JÁ, *et al*. Gestational weight gain charts: results from the Brazilian Maternal and Child Nutrition Consortium. Am J Clin Nutr. 2021 May 8;113(5):1351-1360.
7. Carrilho TRB, Hutcheon JA, Rasmussen KM, Reichenheim ME, Farias DR, Freitas-Costa NC, *et al*. Gestational weight gain according to the Brazilian charts and its association with maternal and infant adverse outcomes. Am J Clin Nutr. 2023 Feb;117(2):414-425.
8. Ducarme G, Revaux A, Luton D. Chirurgie bariatrique et obstétrique. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2009 Apr;38(2):107-16.
9. Beard JH, Bell RL, Duffy AJ. Reproductive considerations and pregnancy after bariatric surgery: current evidence and recommendations. Obes Surg. 2008 Aug;18(8):1023-7.
10. Watanabe A, Seki Y, Haruta H, Kikkawa E, Kasama K. Maternal impacts and perinatal outcomes after three types of bariatric surgery at a single institution. Arch Gynecol Obstet. 2019 Jul;300(1):145-152.