



Gestación tras cirugía bariátrica: una de cal y otra de arena

Pregnancy after bariatric surgery: blowing hot and cold

La obesidad materna es un factor de riesgo en la gestación, incrementando los resultados adversos materno-fetales. En los últimos años han aumentado los procedimientos de cirugía bariátrica (CB), la mitad en mujeres en edad fértil. Cada vez es más común atender a mujeres gestantes tras CB (MG-CB) y existen aspectos importantes a abordar en su manejo.

La valoración preconcepcional es imprescindible, advirtiendo a las mujeres que tras la CB aumenta la fertilidad y recomendándoles anticoncepción hasta poder planificar la gestación. Aunque el intervalo óptimo entre CB y gestación sigue siendo desconocido, suele plantearse una espera de 12-24 meses, debiendo valorarse individualmente el riesgo-beneficio de reducir o ampliar este intervalo (1,2).

Pese a una reducción del riesgo de diabetes *mellitus* gestacional (DMG) del 60-80 %, su prevalencia sigue siendo más elevada que en población general, posiblemente porque la mitad de MG-CB siguen siendo obesas periconcepcionalmente. Aunque no existen guías ni puntos de corte diagnósticos específicos, existe consenso en evitar las sobrecargas orales de glucosa como cribado y diagnóstico de DMG (al menos tras *bypass* gástrico), por su mala tolerancia y riesgo de hipoglucemia (3). De hecho, aunque los estudios son limitados, al menos la mitad de MG-CB presenta hipoglucemias durante el embarazo, independientemente de la técnica quirúrgica. Y lo que es más importante, se ha postulado una posible relación entre las hipoglucemias maternas y complicaciones fetales. La monitorización continua de glucosa es una ventana de oportunidad en MG-CB, permitiendo observar excursiones glucémicas, hipoglucemias, tiempo en rango y variabilidad, a fin de optimizar el manejo de hipoglucemias e individualizar mejor las necesidades y distribución de macronutrientes (4).

Las MG-CB presentan menor riesgo de estados hipertensivos del embarazo, corioamnionitis e infección de herida quirúrgica. Las tasas de cesárea parecen ser similares o ligeramente reducidas, si bien las MG-CB suelen tener edad más avanzada y mayor prevalencia de obesidad preconcepcional, existiendo una elevada variabilidad entre centros en la indicación de cesárea. No hay datos definitivos sobre reducción del riesgo de aborto (5).

En los aspectos fetales, se asume que la CB no tiene un impacto negativo importante en la morbimortalidad neonatal. Se ha observado reducción del riesgo de recién nacido grande para edad gestacional (del 30-80 %). Existen datos discrepantes sobre el aumento de riesgo de recién nacido pequeño para edad gestacional, aunque revisiones sistemáticas muestran un aumento de casi el doble respecto a mujeres no intervenidas. La CB no parece incrementar el riesgo de anomalías congénitas (5,6).

En alimentación no existe evidencia sólida en distribución o tipo de macronutrientes para MG-CB, asumiéndose las recomendaciones para población general obstétrica. Puede ser difícil alcanzar los requerimientos energéticos y proteicos por la restricción gástrica y la malabsorción, recomendándose consejo dietético individualizado y suplementos nutricionales si fuera necesario. El riesgo de deficiencia en vitaminas y minerales es muy elevado, por la CB y los requerimientos extra durante el embarazo. El manejo de estas deficiencias

editorial

requiere una evaluación y tratamiento protocolizados. Diferentes sociedades científicas recomiendan un suplemento polivitamínico específico para población post-CB, ya que los suplementos para población general obstétrica no cubren los requerimientos de muchos micronutrientes (7).

A pesar del aumento en el número de publicaciones en los últimos años sobre gestación y CB, la evidencia disponible sigue siendo limitada en todos los aspectos comentados. El tamaño muestral de estudios aislados es pequeño para poder extraer conclusiones rotundas, además de las consideraciones éticas de la investigación en gestantes y menores de edad. Ante la necesidad de investigación que analice los complejos aspectos materno-fetales que rodean a la gestación tras CB, Ángel Martínez y cols. publican en este número de la revista *Nutrición Hospitalaria* un estudio observacional retrospectivo de MG-CB frente a un grupo de mujeres gestantes no intervenidas con distintos grados de obesidad. Sus principales resultados son similares a los descritos en la literatura en los últimos años: un riesgo significativamente menor de DMG, en paralelo con un aumento del riesgo de crecimiento intrauterino retardado y menor peso del recién nacido, en las gestantes intervenidas (8). Además destaca como aspecto positivo en su cohorte de estudio la reducción en la tasa de cesáreas en el grupo intervenido; y como foco de atención para el manejo estrecho de estas pacientes, el riesgo de aborto espontáneo aumentado.

Como conclusión, la CB parece asociarse tanto a beneficios como a riesgos durante la gestación y el posparto. Sigue habiendo controversias en muchos puntos y quedan muchas incógnitas por aclarar en futuras líneas de investigación, como la ganancia ponderal adecuada, la dosis óptima de ácido fólico, la vía de parto más segura, el papel de la homeostasis de la glucosa en los resultados materno-fetales y, sobre todo, la salud metabólica de recién nacido y madre a largo plazo. Por este motivo, las MG-CB requieren un seguimiento estrecho entre Endocrinología y Nutrición, Obstetricia, Cirugía, Anestesiología y Atención Primaria.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de interés.

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

Irene González Navarro, Andrés Jiménez Sánchez

Unidad de Nutrición Clínica. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Bibliografía

- Cheah S, Gao Y, Mo S, Rigas G, Fisher O, Chan DL, et al. Fertility, pregnancy and post partum management after bariatric surgery: a narrative review. *Med J Aust* 2022;216(2):96-102. DOI: 10.5694/mja2.51373
- Shawe J, Ceulemans D, Akhter Z, Neff K, Hart K, Heslehurst N, et al. Pregnancy after bariatric surgery: Consensus recommendations for periconception, antenatal and postnatal care. *Obes Rev* 2019;20(11):1507-22. DOI: 10.1111/obr.12927
- Benhalima K, Minschart C, Ceulemans D, Bogaerts A, Van Der Schueren B, Mathieu C, et al. Screening and Management of Gestational Diabetes Mellitus after Bariatric Surgery. *Nutrients* 2018;10(10):1479. DOI: 10.3390/nu10101479
- Burlina S, Dalfrà MG, Lapolla A. Pregnancy after Bariatric Surgery: Nutrition Recommendations and Glucose Homeostasis: A Point of View on Unresolved Questions. *Nutrients* 2023;15(5):1244. DOI: 10.3390/nu15051244
- González I, Rubio MA, Cordido F, Bretón I, Morales MJ, Vilarrasa N, et al. Maternal and perinatal outcomes after bariatric surgery: a Spanish multicenter study. *Obes Surg* 2015;25(3):436-42. DOI: 10.1007/s11695-014-1387-7
- Kjær MM, Lauenborg J, Breum BM, Nilas L. The risk of adverse pregnancy outcome after bariatric surgery: a nationwide register-based matched cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2013;208(6):464.e1-5. DOI: 10.1016/j.ajog.2013.02.046
- Bretón I, Ballesteros-Pomar MD, Calle-Pascual A, Alvarez-Sala LA, Rubio-Herrera MA. Micronutrients in Pregnancy after Bariatric Surgery: A Narrative Review. *J Clin Med* 2023;12(16):5429. DOI: 10.3390/jcm12165429
- Martínez González Á, Miguel Toquero R, Riobo Gestido A, Sieiro Peña CE, Rodríguez Castiñeira TC, Silva Sousa JI, et al. Impacto de la cirugía bariátrica en los resultados materno-fetales de la gestación en comparación con mujeres con obesidad no operadas. *Nutr Hosp* 2024;41(4):804-9. DOI: 10.20960/nh.05168