Anticoncepção em portadora de obesidade mórbida: relato de caso

Contraception in morbid obesity subject: case report

Ana Beatriz Brito de Freitas[1]/[+], Clarissa Holanda Araujo[1], Izabela do Socorro Siqueira Nunes[1], Petrus Augusto Dornelas Câmara[2]

Acadêmica da Faculdade de Medicina de Olinda-FMO, MD. Professor da FMO

RESUMO: Introdução: Mulheres obesas fazem parte da população que vem crescendo rapidamente, merecendo consideração especial em seu aconselhamento e manejo quanto à contracepção. A obesidade está associada a graves desfechos de saúde a longo prazo. Assim, o uso de contraceptivo seguro e efetivo nessa população é essencial. Desse modo, pretende-se, relatar qual o melhor método contraceptivo para mulheres obesidade mórbida. **Relato de Caso:** Mulher, 32 anos, índice de massa corporal (IMC) 48,8 kg/m², em uso de preservativo masculino como única forma de contracepção. Nega morbidades e tabagismo. Relata etilismo social. Teve única gestação, parto cesariano, procurou a Clínica Escola Drº Carlos Teixeira Brandt da Faculdade de Medicina de Olinda para escolha de contraceptivo ideal na situação atual. Diante da anamnese e exame físico, a conduta foi o encaminhamento para cirurgia bariátrica, além de orientações sobre os métodos anticoncepcionais, cuja escolha foi o dispositivo intrauterino (DIU) de cobre. **Comentários:** Diante das incertezas sobre a eficácia de métodos contraceptivos em mulheres com obesidade mórbida, dos riscos oferecidos e da vontade da paciente de um método reversível de longa duração, foi sugerido o uso do DIU de cobre, que além de disponível na rede pública, não tem evidências de diminuição da efetividade devido ao aumento do IMC.

Palavras-chave: Anticoncepção. Obesidade mórbida. Riscos. Eficácia. Dispositivo intrauterino.

ABSTRACT: ***Introduction:*** *Obese women are part of a rapidly growing segment of the population, deserving special consideration in their counseling and management of contraception. Obesity is associated with serious long-term health outcomes. Therefore, the use of a safe and effective contraceptive is essential. Thus, the purpose of this report was to show the best contraceptive method for women with morbid obesity.* ***Case Report****: A 32-year-old woman, Body Mass Index (BMI) 48.8 kg/ m², using a male condom as the only form of contraception, denies morbidities and smoking, reports social alcohol habit, had a single gestation, cesarean delivery, searched Dr. Carlos Teixeira Brandt Clinical School of the Medical School - Olinda to choose the ideal contraceptive for her current situation. In the face of the anamnesis and physical examination, the conduct was the referral for bariatric surgery, as well as to follow the guidelines on contraceptive methods, whose choice was the copper intrauterine device (CIUD).* ***Comments****: In view of the uncertainties regarding the efficacy of contraceptive methods in women with morbid obesity, the risks offered and the patient's willingness to use a long-term reversible method, it was suggested to use CIUD, which, besides being available in the public health network, has no evidence of decreased effectiveness due to the increase in the BMI.*

Keywords: *Anticonception. Morbid obesity. Risks. Effectiveness. Intrauterine device.*

INTRODUÇÃO

A obesidade e suas comorbidades vem atingindo taxas epidêmicas entre mulheres em idade reprodutiva e muitas delas desejam fazer uso de contraceptivos, os quais devem atender a certas peculiaridades[1-4].

É importante salientar que a gravidez na mulher obesa está associada a fatores de risco importantes, como a Diabetes Gestacional (DG) e Doença Hipertensiva Específica da Gestação

[+]Correspondência do autor:siqueira_izabela@hotmail.com

(DHEG). O excesso de peso aumenta o risco de intolerância à glicose em gestantes, ocorrendo maior incidência de DG. Este problema é mais comum a partir da 20ª semana de gestação, o que aumenta a probabilidade de parto traumático devido à macrossomia fetal. A DHEG é mais frequente no último trimestre de gestação e está associada à mortalidade materna e neonatal[5-8]. Além de riscos maternos, a obesidade também tem sido associada com risco aumentado de morbidade neonatal, como lesão ao nascimento, menores escores de Apgar, síndrome do desconforto respiratório, sepse bacteriana, convulsões neonatais e hipoglicemia.

Mulheres obesas merecem consideração especial em seu aconselhamento e manejo quanto à contracepção, já que diversos métodos hormonais contribuem para o aumento do risco de morbidades que o obeso tem predisposição, como doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral e tromboembolismo[1,3,9]. Outro fator que merece destaque é a diferença no metabolismo e na farmacocinética de obesas que podem tornar certos métodos menos efetivos em prevenir a gravidez. Alterações farmacocinéticas relacionadas à obesidade podem ser atribuídas a alterações em fatores fisiológicos, como proteínas plasmáticas, enzimas e transportadores de drogas metabolizadoras, tecido adiposo e massa corporal magra, massa orgânica, débito cardíaco e fluxo sanguíneo esplâncnico[1]. Três aspectos principais da farmacocinética alterados pela obesidade são a distribuição, o metabolismo e a excreção de drogas[1]. Por outro lado, as obesas mórbidas podem apresentar interação entre diversas drogas, incluindo os anticoncepcionais orais[1].

Devido aos ensaios clínicos sobre anticoncepção terem excluído mulheres obesas, ainda há incerteza sobre a eficácia contraceptiva de certas formas de anticoncepção, tornando importante a escolha de um método seguro com alta eficácia para esse tipo específico de paciente[10]. Nessa perspectiva, pretende-se, diante das evidências científicas e conhecimentos estabelecidos, indicar qual o melhor método para mulheres com obesidade, além de realizar considerações a respeito da conduta no atendimento realizado com a paciente com obesidade mórbida na Clínica-Escola Doutor Carlos Brandt da Faculdade de Medicina de Olinda.

RELATO DE CASO

KMFAA, 32 anos, gênero feminino, branca, índice de massa corpórea (IMC) 48,8, foi a Clínica-Escola Drº Carlos Teixeira Brandt da Faculdade de Medicina de Olinda para escolha do contraceptivo ideal para a sua situação atual. Faz uso de preservativo masculino como única forma de contracepção. Referiu menarca aos 11 anos com ciclos menstruais regulares, teve uma única gestação, parto cesariano. Além disso, negou tabagismo e informou uso de bebidas alcoólicas duas vezes por semana. Diante da anamnese e exame físico, a conduta realizada foi o encaminhamento para cirurgia bariátrica, além de orientações sobre os métodos anticoncepcionais, cuja escolha foi o dispositivo intrauterino (DIU) de cobre.

COMENTÁRIOS

Uma vez que a obesidade associada a gravidez oferece riscos importantes para a mulher, o contraceptivo ideal deverá oferecer segurança em relação a eficácia e a possível gravidez indesejada[5-8]. Um estudo de coorte contemporâneo de contraceptivos nos Estados Unidos mostrou eficácia superior da contracepção reversível de longa duração (LARCS), que uma vez inserida proporciona pelo menos três anos de proteção contínua contra a gravidez. O uso dos LARCS tem menores taxas de falha, maiores taxas de aceitação e continuação, diminuindo as chances de gravidez indesejada e todas as complicações que podem vir com isso[10,11].

Dentre os LARCS, encontra-se o DIU de cobre, o DIU de levonorgestrel e o implante subcutâneo, os quais apresentam categoria 1 (sem restrição ao uso do método) nos critérios médicos de elegibilidade da Organização Mundial de Saúde para o uso de contraceptivos em pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) maior que 30/kg/m². Além disso, não há evidências que esses métodos tenham sua efetividade alterada pelo aumento do IMC[1,3]. De todos esses métodos, o DIU de cobre é o único oferecido na rede pública de saúde devido ao menor custo, sendo a opção sugerida à paciente.

A obesidade acarreta um risco aumentado para inúmeras doenças[1]. Os riscos começam a aumentar a partir de um IMC acima de 25 Kg/m², tornando-se preocupantes quando o IMC estiver acima de 35 Kg/m². A incidência de morte súbita em pacientes com obesidade mórbida, sem etiologia determinada por autópsia, pode ser 40 vezes mais frequente nesse grupo de indivíduos do que na população geral[12]. Portanto, como medida de saúde geral e como forma de assegurar uma possível gestação futura sem os riscos associados à obesidade, foi realizada a conduta de encaminhar a paciente à cirurgia bariátrica[2], visto que ela preenche um dos critérios de indicação "Pacientes acima de 18 anos com IMC igual ou superior a 40 kg/m²" presente na Resolução no 1942/2010 do Conselho Federal de Medicina.

REFERÊNCIAS

1. Stanczyk FZ, Burke AE, Hong KM, Archer DF. Morbid obesity: potential effects of hormonal contraception. Contraception. 2018; 98(3):174-180. doi: 10.1016/j
2. Mengesha BM, Carter JT, Dehlendorf CE, Rodriguez AJ, Steinauer JE.Perioperative pregnancy interval, contraceptive counseling experiences, and contraceptive counseling experiences, and contraceptive use in women undergoing bariatric surgery. Am J Obstet Gynecol. 2018; 219(1):81.e1-81.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2018.04.008.
3. Morse JE, Pathak PR. Contraceptive care of obese woman. Obstet Gynecol Surv. 2018; 73(1):56-66. doi: 10.1097/OGX.0000000000000523.
4. Graham YN, Mansour D, Small PK, Hinshaw K, Gatiss S, Mahawar KK, McGarry K, Wilkes S. A survey of bariatric surgical and reproductive health professionals knowledge and provision of contraception to reproductive-aged bariatric surgical patients. Obes Surg. 2016; 26(8):1918-23. doi: 10.1007/s11695-015-2037-4.
5. Yang Z, Phung H, Freebairn L, Sexton R, Raulli A, Kelly P. Contribution of maternal over weight and obesity to the occurrence of adversepregnancy outcomes. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2018; doi: 10.1111/ajo.12866.
6. Nassr AA, Shazly SA, Trinidad MC, El-Nashar SA, Marroquin AM, Brost BC. Body fat index: A novel alternative to body mass index for prediction of gestational diabetes and hypertensive disorders in pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018; 228:243-48. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.07.001.

7. Antza C, Cifkova R, Kotsis V. Hypertensive complications of pregnancy: A clinical overview. Metabolism. 2018; 86:102-11. doi: 10.1016/j.metabol.2017.11.011.
8. Wang L, Leng J, Liu H, Zhang S, Wang J, Li W, Li W, Li N, Zhang T, Baccarelli AA, Hou L, Yang X, Yu Z, Hu G. Association between hypertensive disorders of pregancy and the risk of postpartum hypertension: a cohort study in women with gestational diabetes J Hum Hypertens. 2017; (11):725-30. doi: 10.1038/jhh.2017.46.
9. Hubacher D, Spector h, Monteith C, Chen PL, Hart C. Long-acting reversible contraceptive acceptability and unintended pregnancy among women presenting for short-acting methods: a randomized patient preference trial. Am J Obest Gynecol. 2017 ;216(2):101-9. doi: 10.1016/j.ajog.2016.08.033.
10. Rocha ALL, Campos RR, Miranda MMS, Raspante LBP, Carneiro MM, Vieira CS, Reis FM. Safety of hormonal contraception for obese women. Expert Opin Drug Saf. 2017; 16(12):1387-93. doi: 10.1080/14740338.2018.1389893.
11. Bhuva K, Kraschnewski JL, Lehman EB, Chuang CH. Does body mass index or weight perception affect contraceptive use? Contraception. 2017; 95(1):59-64. doi: 10.1016/j.contraception.2016.09.003.
12. Sadeghi M, Soleimani A, Roohafza H, Yazdekhasti S, Oveisgharan S, Talaei M, Sarrafzadegan N. Cardiovascular disease events and its predictors in women: Isfahan Cohort Study (ICS). J Carciovasc Thorac Res. 2017;9(3):158-63. doi: 10.15171/jcvtr.2017.27.