



Cirurgia bariátrica e metabólica

Tire suas dúvidas

CHN Complexo
Hospitalar
de Niterói

Sumário interativo

Você pode navegar por este material clicando no assunto de seu interesse no índice ao lado e, em qualquer página, você pode avançar e voltar as páginas clicando no ícone da seta.



Boa leitura

3	O que é e para que serve?
3	Uma cirurgia diferente
3	A seleção de candidatos é muito importante
4	Tipos e técnicas
5	Para quem é indicada?
5	Quais são as contraindicações?
6	Como é o pré-operatório e que especialistas atuam nessa fase?
6	Mudanças de paradigmas com a cirurgia
7	O que é preciso fazer antes da cirurgia: checkup e dieta específica
7	Protocolos fundamentais para a realização da cirurgia: mais segurança para o paciente
8	Cirurgia: o paciente recebe alta um dia depois
8	Primeiro mês depois da cirurgia: o mais crítico
9	Dietas depois da cirurgia: líquida, pastosa e sólida
9	Cuidados com o curativo nas cirurgias por videolaparoscopia ou robótica
9	Cirurgia não é cura para a obesidade: o papel do paciente para não voltar a ganhar peso
10	Resultado duradouro: 30 anos
10	Pós-operatório: acompanhamento multiprofissional
10	Acompanhamento multiprofissional: definição da equipe individualizada
11	O papel importante do psicólogo no pós-cirúrgico: melhorar a relação com a comida
11	Atividade física pós-cirurgia
12	Deficiências de vitamina
12	Endocrinologista: acompanhamento nutricional e sobre vitaminas
13	Cirurgia bariátrica e gestação

O que é e para que serve?

As cirurgias bariátricas e metabólicas são procedimentos efetuados sobre o trato digestivo com o objetivo de tratar a obesidade e todas as comorbidades relacionadas à ela. Seus efeitos se fazem notar não somente na restrição à ingestão alimentar, como também através de outros mecanismos que aumentam a produção e eficiência de determinadas substâncias produzidas no intestino, tais como GLP I, PYY e outras que levam a um melhor controle de doenças metabólicas, como diabetes do tipo II, dislipidemias e esteatose hepáticas.

Uma cirurgia diferente

Para o cirurgião **José Antonio Pacheco**, esses procedimentos, diferentemente de muitos outros, é apenas parte de um tratamento que se inicia na seleção dos pacientes e na sua conscientização de que o papel deles é preponderante na obtenção de bons resultados.

A seleção de candidatos é muito importante

Dr. José Antonio Pacheco prossegue informando que todos que se propõem a esse tratamento terão que ser avaliados por um grupo multidisciplinar que consiste de, no mínimo, um endocrinologista, um nutricionista e um psicólogo, além de uma completa avaliação clínica e cardiológica para determinar o risco cirúrgico. As informações e avaliações podem ser feitas de maneira individual ou coletiva através de reuniões, exibição de filmes, palestras dos diversos especialistas e outros formatos.



Tipos e técnicas

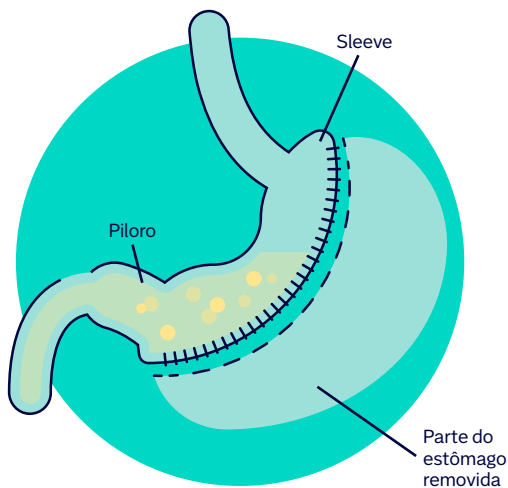
Atualmente, no Brasil, de acordo com as instituições reguladoras, utilizamos duas técnicas cirúrgica no tratamento da obesidade: Bypass Gástrico e a Gastrectomia Vertical (Sleeve). Ambas são feitas por videolaparoscopia e em determinados casos podemos nos valer também da cirurgia robótica, particularmente nos grandes obesos e nas cirurgias revisionais. Excepcionalmente, pode haver necessidade de conversão para cirurgia aberta.

Das quase 60 mil cirurgias bariátricas realizadas em 2010 no Brasil, **35%** foram feitas via videolaparoscopia.

A taxa de mortalidade média é de apenas 0,23% – abaixo do índice de 1% estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) –, contra 0,8% a 1% da cirurgia aberta (laparotomia). Vale lembrar que, em algumas situações raras, o cirurgião pode precisar converter a videolaparoscopia em cirurgia aberta.

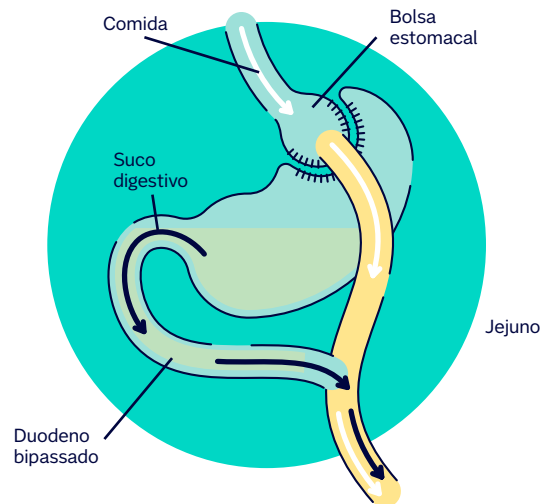
Principais técnicas:

Gastrectomia Vertical ou Sleeve



Redução de cerca de 80% do volume gástrico

By-pass Gástrico



Associa a redução do estômago com o desvio do intestino



Para quem é indicada?

Atualmente utilizamos o índice de massa corpórea para indicar a cirurgia. Abaixo, apresentamos a fórmula com um exemplo. De acordo com esse índice, temos obesidade grau I, II ou III:

Para calcular o IMC, basta dividir o peso (em quilogramas) pela altura (em metros) elevada ao quadrado.

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso (kg)}}{\text{altura (m)} \times \text{altura (m)}} =$$

Exemplo de uma pessoa com 85kg e 1,65m:

$$\text{IMC} = \frac{85 \text{ (kg)}}{1,65\text{m} \times 1,65\text{m}} = \mathbf{31}$$

[Clique aqui para calcular seu IMC](#)

Obesidade Grau I (IMC de 30 a 35): somente se indica cirurgia para pacientes portadores de diabetes do tipo II de difícil controle.

Obesidade Grau II (IMC entre 35 a 40): a indicação será baseada na existência de comorbidades relacionadas ao excesso de peso, tais como diabetes tipo II, esteatose hepática, hipertensão arterial, apnéia do sono, dislipidemia, problemas ortopédicos e outros.

Obesidade Grau III (IMC > 40): apenas a ocorrência desse IMC já justifica a indicação cirúrgica.

Dr. José Antonio Pacheco ressalta também que sempre deve ser considerada a possibilidade de um tratamento conservador, a princípio, deixando a cirurgia nos casos nos quais esse tratamento não surta efeito.

Quais são as contraindicações?

São condições adversas à realização de procedimentos cirúrgicos para o controle da obesidade:



Limitação intelectual significativa.



Pacientes sem suporte familiar adequado.



Incluindo abuso crônico de álcool ou drogas ilícitas.



No entanto, quadros psiquiátricos graves, alcoólatras e adictos sob controle não são contraindicativos à cirurgia.



Doenças genéticas.



Como é o pré-operatório e que especialistas atuam nessa fase?

O pré-operatório de uma cirurgia bariátrica e metabólica é marcado pela necessidade de avaliação de vários profissionais:

- Cirurgião.
- Cardiologista.
- Endocrinologista.
- Nutricionista.
- Psicólogo.

O endocrinologista e o cardiologista avaliam os resultados dos exames e acompanham as doenças associadas à obesidade. O cardiologista elabora o laudo do risco cirúrgico, liberando o paciente para cirurgia.

O nutricionista analisa o histórico familiar e orienta com relação à dieta do pré e pós-operatório. A recomendação de perda de peso do pré-operatório tem por objetivo reduzir a gordura abdominal e, conseqüentemente, a diminuição do tamanho do fígado, o que ajuda a minimizar o tempo de cirurgia e os riscos de complicações.

O psicólogo avalia se há algum fator psicológico que represente risco no pós-operatório, prepara o paciente emocionalmente para a cirurgia e para as mudanças drásticas que ocorrerão após a sua realização.

Mudanças de paradigmas com a cirurgia

A partir do pré-operatório, o paciente precisa mudar paradigmas para o resto da vida para que a cirurgia resulte em sucesso, que é o efetivo tratamento da obesidade. Seguem as premissas:

- O consumo de doces, que é um vício socialmente aceito, deve ser descontinuado.
- A atividade física deve ser praticada regularmente.
- O consumo de álcool meses após a cirurgia não é absolutamente contraindicado, porém é uma causa frequente de recidiva da obesidade (novo ganho de peso). Cada caso precisa ser avaliado e discutido com seu cirurgião e com a equipe multidisciplinar.



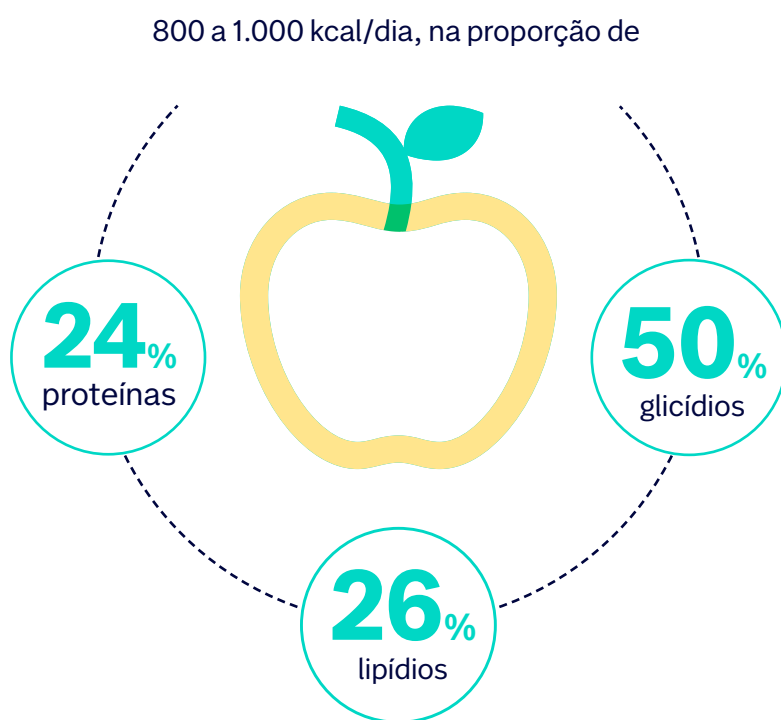
O que é preciso fazer antes da cirurgia: checkup e dieta específica

A dieta pré-cirúrgica deve ser baseada em alimentação saudável e balanceada, por isso é imprescindível acompanhamento por um nutricionista.

Alguns estudos mostram que o paciente que segue corretamente a dieta de baixa caloria durante 10 a 20 dias no pré-operatório tem melhor resultado no pós-operatório.

A dieta pré-operatória reduz o tamanho do fígado, diminuindo assim a dificuldade da técnica cirúrgica, melhora da resposta inflamatória sistêmica e facilidade na recuperação.

Dessa forma, a dieta de baixa caloria é recomendada nos dias que antecedem a cirurgia.



Protocolos fundamentais para a realização da cirurgia: mais segurança para o paciente

Outra proposta que vem ganhando destaque no pré-operatório é seguir o protocolo ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) que visa reduzir o tempo de internação e as complicações nessas cirurgias, assim como já comprovadamente reduz em outras cirurgias.



O hospital São Lucas aplica o programa ERAS (da sigla, em inglês, *Enhanced Recovery After Surgery*), que compreende uma série de protocolos que vão desde avaliação pré-operatória e otimização do paciente antes do procedimento (o que envolve a participação de enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, anestesistas e cirurgiões), às medidas imediatamente antes, durante e após a cirurgia.

Eles envolvem cuidados nutricionais (suplementação nutricional, retorno precoce à alimentação oral), anestésicos (manejo de volume de líquidos por via oral e intravenosa e analgesia), técnicas cirúrgicas (preparo intestinal e preferência por via minimamente invasiva), mobilização precoce do paciente (cuidados fisioterapêuticos) e cuidados de enfermagem (monitorização do paciente, coordenação de ações e coleta de dados).

O objetivo principal é melhorar a recuperação pós-operatória, reduzir o tempo de internação após a cirurgia e garantir ao paciente o seu retorno de forma mais rápida às suas atividades habituais, sendo estas as suas vantagens.

Cirurgia: o paciente recebe alta um dia depois

A cirurgia tem duração de 1 a 2 horas e, geralmente, o paciente já é encaminhado para o quarto, podendo ficar em observação no hospital por 1 a 2 dias. A maioria dos pacientes vão de alta com menos de 24 horas de internação.

Primeiro mês depois da cirurgia

O primeiro mês após a realização da cirurgia bariátrica é o mais intenso, pois o paciente passa por uma grande mudança da dieta (líquida, pastosa, branda e leve), enquanto perde peso em uma velocidade bastante rápida.

Ao final do primeiro mês, a perda de peso já é mais contundente: em torno de 10% do peso corporal. E, no terceiro mês após a cirurgia, o paciente percebe uma grande melhora das medidas corporais e já entende os benefícios de ter feito o procedimento. O sentimento, nesse momento, é:



-10%
do peso corporal

“ Me arrependo
de não ter
operado antes. ”



Dietas depois da cirurgia: líquida, pastosa e sólida

Após a cirurgia, a dieta passa por adaptações, indo de líquida a leve. Confira:



Cuidados com o curativo nas cirurgias por videolaparoscopia ou robótica

As cirurgias realizadas por videolaparoscopia necessitam apenas de:

- Lavagem diária com sabonete neutro nas pequenas incisões.
- Secagem com gaze.
- Manter as pequenas incisões descobertas.

Normalmente, a finalização da cicatrização da ferida ocorre por volta do décimo quinto dia, não sendo necessária a retirada dos pontos por esses serem totalmente absorvidos pelo organismo.

Cirurgia não é cura para a obesidade: o papel do paciente para não voltar a ganhar peso

Após 18 a 24 meses de cirurgia, o peso do paciente atinge a estabilidade. Nesse momento, é fundamental que o paciente mantenha bons hábitos adquiridos no período de pós-operatório para manutenção adequada do peso.

É necessário que ele continue seguindo a dieta saudável, indicada pelo nutricionista, mantenha atividades físicas frequentes e, também, o acompanhamento psicológico.

Ou seja, sabemos que a cirurgia bariátrica/metabólica não é a cura para a obesidade, mas sim, uma ótima ferramenta para que o paciente possa lutar contra o ganho de peso. O paciente é o protagonista nessa luta.



Resultado duradouro: 30 anos

É muito comum que a cirurgia bariátrica traga bons resultados em até dois anos. É preciso que os resultados sejam sustentados por décadas. E essa precisa ser a preocupação do cirurgião bariátrico. Diversos trabalhos mostram que pacientes operados têm menor risco de sofrer de infartos, acidentes vasculares cerebrais e trombozes.

Pós-operatório: acompanhamento multiprofissional

No pós-operatório, além da proibição do consumo de doces e da necessidade de realização de atividade física, é fundamental o acompanhamento de um profissional de nutrição. A boa notícia é que após a cirurgia muitas coisas mudam como o paladar e olfato, por isso alguns hábitos ruins podem não fazer falta neste período. Cada perfil de paciente responde de um jeito ao tratamento, ou seja, a alimentação é totalmente individualizada. Não tem nada a ver com o peso, e essa medida deveria ser proibida na cirurgia bariátrica. O peso não é parâmetro, e sim a porcentagem de gordura corporal. De forma geral, o paciente começará a mastigar com 15 a 20 dias, de forma personalizada.

Quando há um distúrbio de compulsão alimentar, configura-se uma doença psiquiátrica. Nesses casos, é necessário também o acompanhamento de um profissional de psicologia e de um psiquiatra para administrar medicações.

Acompanhamento multiprofissional: definição da equipe individualizada

A definição da equipe multiprofissional deve ser definida com base nas necessidades de cada paciente. De modo geral, são fundamentais:



Nutricionista: é quem vai ter o vínculo com o paciente para o resto da vida. O acompanhamento com nutricionista começa antes de o paciente se internar, com programação nutricional completa e individualizada.



Psicólogo e psiquiatra: para casos de compulsão alimentar.



Endocrinologista: para evitar o reganho de peso.





O papel importante do psicólogo no pós-cirúrgico: melhorar a relação com a comida

O acompanhamento psicológico é fundamental no tratamento do paciente que se submeteu à cirurgia bariátrica. Esse apoio garante a estabilidade emocional que permite a continuidade do processo de mudança, tão importante na nova vida.

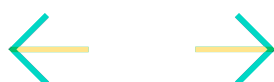
É preciso que o paciente tenha comprometimento com as novas rotinas e se esforce para melhorar a saúde e a qualidade de vida. Entre os principais papéis do acompanhamento psicológico estão:

- Auxílio na compreensão do paciente em relação ao seu novo corpo (imagem) e na adaptação de novos e saudáveis hábitos alimentares e físicos.
- Estímulo do amor-próprio e do autocuidado, incentivando o paciente a prosseguir com o tratamento multiprofissional e seguir as orientações médicas.
- Acompanhar a evolução do paciente e sua adaptação ao novo estilo de vida;
- Ajudar na retomada de seus projetos de vida.
- Auxiliar na administração do estresse diário e dos sintomas de ansiedade que ele pode promover.

Atividade física pós-cirurgia

O programa ERAS proporcionou a quebra de alguns tabus e a ideia é fazer o corpo voltar ao normal o mais rápido possível.

Então, a alta da cirurgia bariátrica ocorre em até 24 horas de internação. O paciente pode voltar a trabalhar nos próximos dias da alta (dependendo da atividade programada). Exercícios físicos podem ser iniciados após os 15 dias da cirurgia, porém, academia para a realização de musculação apenas após completados 30 a 45 dias da cirurgia.



Atividades:

- Caminhada, a base para as demais atividades.
- Exercícios coordenados, anaeróbios.
- Atividades aquáticas: hidroginástica e condicionamento físico na água.

Deficiências de vitamina

As deficiências de vitaminas não são mais comuns nas modernas técnicas de bariátrica, e a reposição se tornou muito mais fácil com fórmulas modernas específicas para os pacientes submetidos à gastroplastia.

As moderadas técnicas cirúrgicas provocam menos deficiências nutricionais nos pacientes. As mais comuns, no pós-operatório, são as deficiências vitamínicas.

As vitaminas D, E, K, tiamina, riboflavina, niacina, folato e vitamina B12 não podem ser sintetizadas e precisam de monitoramento constante. Os pacientes precisam ingerir essas vitaminas (solúveis em água). As vitaminas A, D, E e K são solúveis nas gorduras e, por isso, podem ter a sua absorção prejudicada.

O ferro é absorvido na primeira porção do intestino delgado, área envolvida nas bariátricas. Dessa forma, a reposição de ferro é ainda uma necessidade muito comum. Sua deficiência pode ocasionar anemia (diminuição dos glóbulos vermelhos no sangue), que pode dar a sensação de fraqueza, fadiga, palidez da pele e mucosa e, nos casos mais graves, falta de ar.

Endocrinologista: acompanhamento nutricional e sobre vitaminas

O endocrinologista tem papel fundamental no pré e pós-operatório. Ele é responsável por avaliar se o paciente está apto e compensado para a cirurgia sob o ponto de vista metabólico e hormonal (curva de peso, perfil glicêmico, hormônios tireoidianos, sexuais e de crescimento e outros).

No pré-operatório, o endocrinologista faz a avaliação clínica do paciente, observando o controle das comorbidades associadas e verificando se ele está apto ou não para a intervenção cirúrgica.

Por meio da análise de alguns exames tais como glicemia, hemoglobina A1c, peptídeo C, insulina, TSH, T4 livre, perfil lipídico, hemograma, vitamina B12, sorologias, função renal e hepática, entre outros, o especialista pode auxiliar a equipe multiprofissional a definir o momento mais seguro de submeter o paciente à cirurgia bariátrica.



O pós-operatório é uma das etapas mais longas e difíceis para o paciente, pois há um desgaste emocional e físico muito grande. E o papel do endocrinologista é orientar, apoiar e ser um agente facilitador ao paciente para que assim o resultado do procedimento seja positivo.

Atribuições para o pós-operatório:

- Orientar e ajustar os medicamentos necessários.
- Analisar mudanças no metabolismo do paciente.
- Auxiliar no controle do peso.
- Solicitar exames de glicemia, colesterol e hormonais.
- Monitorar a remissão ou melhora de doenças metabólicas tais como o diabetes.

Cirurgia bariátrica e gestação


Já sabemos que pacientes portadoras de obesidade que engravidam são gestantes de alto risco devido as chances de diabetes gestacional, hipertensão, eclâmpsia, aborto e bebês grandes para a idade gestacional (o que pode acarretar maiores problemas traumáticos no parto). O ideal é emagrecer antes de engravidar.

Pacientes operadas pode, sim, engravidar. O recomendado é que esperem pelo menos 12 a 18 meses para iniciar as tentativas. Nesse período e após a avaliação de toda a equipe, os riscos são infinitamente menores.





 Rua La Salle, 12, Centro, Niterói, RJ

 www.chniteroi.com.br     chniteroi

Resp. Téc.: Dr. Paulo Cesar Santos Dias CRM 52.0041468-8

