

Prof. Dra. Carolina Gomes Gonçalves

CIRURGIA DA OBESIDADE

MANUAL DO PACIENTE

PASSOS PARA A CIRURGIA BARIÁTRICA

PASSO 1 - Indicações médicas para a Cirurgia Bariátrica

PASSO 2 – Consulta com o Cirurgião

PASSO 3 – Avaliações médicas

PASSO 4 – Aprovação do Seguro Saúde

PASSO 5 – Escolher a data da cirurgia e a visita pré-operatória

PASSO 6 – Cirurgia

PASSO 7 – Consultas pós-operatórias de acompanhamento

OBESIDADE

DEFINIÇÃO

Obesidade é um problema comum e tende a ocorrer em famílias, sugerindo que existe um componente genético na sua etiologia. Entretanto, membros da mesma família geralmente compartilham os mesmos hábitos alimentares e também o mesmo estilo de vida. O meio ambiente também exerce seu papel na obesidade. Dentre os fatores ambientais podemos citar: o que e com que frequência a pessoa se alimenta, o nível de atividade da pessoa e fatores comportamentais.

O tratamento da obesidade pode ser muito difícil, especialmente quando os pacientes não possuem problemas endócrinos tratáveis, tais como doenças tireoideanas. Dietas com baixas calorias e gorduras – associada a exercício físico – geralmente são recomendadas para o tratamento da obesidade.

QUEM É OBESO?

O paciente é considerado obeso mórbido se seu peso corporal é 40-45 kg maior do que o seu peso ideal, ou se possuem um índice de massa corporal (IMC) maior do que 35 a 40.

O IMC usa uma fórmula matemática que mede tanto a altura quanto o peso da pessoa na determinação da obesidade. Para calcular seu IMC, divida seu peso em kg pela sua altura ao quadrado. Seu médico pode discutir seu IMC em maiores detalhes e determinar se você é obeso e candidato para o bypass gástrico.

QUAIS OS RISCOS DA OBESIDADE?

Existem diversas doenças que têm uma frequência muito aumentada nos obesos, e são as principais responsáveis pelo aumento das taxas de mortalidade, da diminuição da expectativa e da qualidade de vida, e representam a principal razão para se controlar o peso. Doenças como diabetes, hipertensão arterial, hiperlipidemia (aumento da gordura no sangue), doença coronariana (angina e infarto), refluxo gastro-esofágico, doenças articulares, apnéia do sono, insuficiência respiratória e cardíaca, além de diversas formas de câncer (mama, útero, vesícula biliar, etc.), têm uma elevada prevalência entre os obesos, e o controle dessas doenças sem a redução do peso torna-se extremamente complicado. Obesos possuem taxas de mortalidade maiores que a população normal, e estas taxas aumentam proporcionalmente ao IMC. A taxa de mortalidade de mulheres com 50 % além do peso, por exemplo, é o dobro das mulheres com peso normal; subindo para oito vezes se houver diabetes associado. Em pessoas com obesidade severa, o risco de apresentar diabetes está aumentado cerca de 53 vezes, o do câncer de endométrio 5,4 vezes. Outros estudos mostraram taxas de mortalidade até doze vezes maior em pacientes obesos quando comparados com pessoas magras da mesma faixa etária. Mais ainda, quando o indivíduo atinge os duzentos quilos, a chance dele viver mais sete anos é de apenas 50 %. Um outro fato dramático que ilustra a gravidade da obesidade e que mostra a baixa expectativa de vida deste grupo de doentes é ilustrado ao se avaliar os indivíduos que entraram para o Guinness Book (O livro dos recordes), onde nenhuma das pessoas consideradas as mais pesadas ultrapassou os 40 anos de idade. Para piorar, o grande obeso tem a sua **doença** “estampada na cara” para que todos o vejam, o julguem e o discriminem. Não bastassem as doenças que trazem consigo, não bastasse ter

dificuldade em realizar os mais comuns dos atos cotidianos, essas pessoas são discriminadas e humilhadas pela pior de todas as doenças, o preconceito.

QUEM É CANDIDATO PARA A CIRURGIA?

Para aqueles pacientes que permanecem gravemente obesos após medidas convencionais para perda de peso – tais como dieta e exercício -, ou para pacientes que possuem doenças relacionadas a obesidade a cirurgia pode ser a melhor opção de tratamento. Para outros pacientes, entretanto, esforços maiores com o objetivo de controlar o peso, tais como mudanças no hábito alimentar, modificações comportamentais e aumento da atividade física, podem ser as medidas mais apropriadas.

A resposta das seguintes questões podem ajuda-lo a decidir se a cirurgia é certa para você:

Você é morbidamente obeso (tem o IMC acima de 40?)

Você tem o IMC maior do que 35 com uma ou mais doenças relacionadas a obesidade tais como: hipertensão arterial sistêmica, diabetes, artrite, apnéia do sono, hipercolesterolemia e historia familiar e doença coronariana precoce?

Você já tentou – pelo menos por 5 anos – perder peso por meio de dieta; exercício e modificações comportamentais, mas não pode manter a perda de peso?

Você já tentou dietas no passado? Esta dieta foi combinada com terapia comportamental e exercício?

Você foi cuidadosamente avaliado por um time médico, cirúrgico, comportamental e nutricional?

Você entende perfeitamente os procedimentos de bypass gástrico?

Você está disposto a realizar um acompanhamento médico e alterações do estilo de vida para o resto da vida?

Se você está em depressão ou sob estresse excessivo, isto foi adequadamente tratado?

Você tem expectativas realistas e é motivado?

Você tem entre 16 e 70 anos?

A cirurgia está indicada para os pacientes adultos que apresentam **IMC maior que 40 Kg/m** , ou **maior que 35 Kg/m acompanhado de doenças** que venham a se beneficiar clinicamente com a redução do peso. O paciente deve estar completamente consciente dos riscos e benefícios e estar disposto a mudar seu estilo de vida, seu padrão alimentar e seguir as orientações e o acompanhamento médico. Embora apenas uma pequena parcela dos grande-obesos obtenha sucesso com o tratamento clínico, é indispensável que tratamentos bem orientados tenham sido tentados antes da cirurgia. Embora os critérios de indicação e contra-indicação sejam relativamente objetivos, o grande fator decisivo para se levar um paciente obeso à cirurgia é a sua motivação para optar pela cirurgia. Existem vários fatores: saúde, limitação física, auto-estima, qualidade de vida. Independente do fator motivacional, o indivíduo deve sentir que os problemas vivenciados por ele, decorrentes da obesidade, são fortes o suficiente para levá-lo a um tratamento cirúrgico. Mais ainda, deve entender que o fato de se utilizar uma cirurgia não o isenta de modificar seus hábitos de vida.

RESULTADOS DA CIRURGIA DE OBESIDADE

A maioria dos pacientes perderão cerca de 66 a 80% do excesso do seu peso corporal com o bypass gástrico.

BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX

O procedimento Bypass Gástrico em Y de Roux reduz o tamanho do estômago para 15 ml. Isto reduz dramaticamente a quantidade de comida assim como os tipos de alimentos que podem ser ingeridos.

Existem várias complicações médicas associadas com a cirurgia bariátrica bypass gástrico em Y de Roux incluindo:

Síndrome de Dumping – ocorre quando pedaços de comida e líquidos muito calóricos entram rapidamente no intestino resultando em diarreia, náusea, cólicas, tontura, e vômitos.

Deficiências Nutricionais – ex: vitamina A, B12, D, E) e deficiências minerais.

Hérnias do estômago e úlceras

Fístulas das linhas de grampeamento ou das conexões intestinais.

Hérnias internas.

As intercorrências relacionadas ao bypass gástrico que estão mais associadas a um risco de mortalidade são as fístulas (vazamentos do estômago e/ou intestinos para a cavidade abdominal) e a embolia pulmonar (obstrução dos vasos pulmonares). independentemente dos cuidados médicos e da boa técnica cirúrgica, complicações podem ocorrer podendo levar o indivíduo a internamentos prolongados, re-operações, e até a óbito.

Outros eventos passíveis de ocorrer são os seguintes: estenose da anastomose (retração cicatricial da junção do estômago com o intestino), estenose do anel (anel de silicone muito apertado), obstrução intestinal (aderências, hérnias internas); hemorragia intra-abdominal (sangramento) proveniente dos pequenos vasos coagulados na cirurgia ou digestivo proveniente das linhas de grampos or

das anastomoses, sangramento do baço com necessidade de sua remoção, etc. Podem correr problemas cardíacos, (infarto, arritmia, parada cardíaca); respiratórios (embolia pulmonar, atelectasia, pneumotórax, pneumonia, edema pulmonar, derrame pleural); renais (infecção urinária, insuficiência renal, retenção urinária); neurológicos (derrame, distúrbios do comportamento, depressão, problemas nos nervos periféricos por carências vitamínicas, etc). Pode ocorrer infecção no cateter, ferida cirúrgica, cavidade abdominal ou qualquer outro sistema orgânico. Podem ocorrer efeitos colaterais das drogas utilizadas, alergias ou reações adversas. Por causa do desvio duodenal, existe uma diminuição na absorção de ferro, cálcio e algumas vitaminas, o que pode ser mais importante para as mulheres que apresentam fluxos menstruais muito intensos ou nas menopausadas que já apresentam tendência a osteoporose. A carência de ferro, vitaminas ou Ácido fólico podem levar a anemia. A carência de cálcio pode levar a osteopenia ou osteoporose. Este fator pode ser eliminado ou minimizado através de uma dieta bem equilibrada e suplementação de cálcio, ferro e vitaminas. As revisões periódicas visam, entre outras coisas, prevenir e tratar precocemente essas intercorrências. Embora não haja aumento no risco de doenças na parte desviada do aparelho digestivo, esta será mais difícil de ser avaliada através de exames comuns como endoscopia e radiografias, podendo retardar o diagnóstico de alguma doença que por ventura ocorra nesta parte.

RISCOS GERAIS DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Existem complicações gerais que podem ocorrer em qualquer cirurgia (bariátrica ou não), e as específicas, que estão relacionadas a cada técnica em particular. Entre as complicações gerais, estão a trombose venosa profunda, os problemas respiratórios (embolia, pneumonia, atelectasia), cardíacos (arritmias, infarto do miocárdio), digestivos (úlceras, esofagite, gastrite, sangramentos), neurológicos, renais (infecção urinária, insuficiência renal aguda, etc). As complicações médicas são mais frequentes em pacientes com muitos fatores de risco

(doenças associadas, tabagismo, cirurgias prévias, etc), com mais idade ou com maior grau de obesidade, mas podem acontecer em indivíduos aparentemente saudáveis.

AVALIAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

Consultas especializadas

1) Cirurgião

Análise quanto a indicação cirúrgica, observação de co-morbidades relacionadas ou não com a obesidade mórbida e análise de sua importância em relação à conduta cirúrgica. Determinação da técnica cirúrgica mais apropriada ao caso e esclarecimentos a respeito de seu funcionamento, limitações pós-operatórias, cuidados, risco cirúrgico e mortalidade. Esclarecimentos quanto a necessidade de seguimento pós-operatório e aderência ao plano estabelecido pela equipe multidisciplinar para obtenção de resultados satisfatórios. Solicitação de exames complementares. Emissão de declaração médica a respeito da indicação cirúrgica.

2) Endocrinologista

Análise quanto a indicação cirúrgica, tratamento de co-morbidades freqüentemente relacionadas com a obesidade mórbida como diabetes, síndrome metabólica, distúrbios da tireóide, etc. Exclusão de patologias que possam ser responsáveis pelo quadro de obesidade mórbida. Emissão de declaração médica a respeito da indicação cirúrgica.

3) Psicólogo

Análise clínica e emissão de declaração a respeito da capacidade psicológica e compreensão do paciente a respeito das limitações impostas pela cirurgia, dos riscos e necessidade de seguimento quando indicado.

4) Cardiologista

Análise clínica quanto ao risco cardiológico do paciente. Tratamento de co-morbidades relacionadas como hipertensão arterial, dislipidemia, insuficiência coronariana, etc. Emissão de declaração médica a respeito do risco cardiológico do procedimento.

5) Nutricionista

Análise da composição corporal por bioimpedância. Explicações sobre a dieta no pós-operatório. Emissão por escrito da dieta a ser realizada nos primeiros 15 dias de pós-operatório. Emissão de declaração a respeito da orientação realizada ao paciente sobre as necessidades dietéticas no pós-operatório, limitações e necessidade de seguimento.

Exames complementares

- 1) Endoscopia digestiva alta
- 2) Ecografia de abdômen total
- 3) Eletrocardiograma
- 4) Rx tórax ap e perfil
- 5) Bioimpedância

Exames laboratoriais pré-operatórios

Ácido Fólico
Beta- HCG
Cálcio
Coagulograma Completo
Hemograma Completo
Ferritina
Ferro Sérico
Fósforo
Gama-GT
Grelina
Glicemia
Fosfatase Alcalina
Anti-HIV
Anti-HCV
Anti-HBC IgG
Anti-HBC IgM
HDL-Colesterol
Lipidograma completo (colesterol total, LDL, triglicerídeos, VLDL)
leptina
Insulina Basal
SGOT / SGPT
Sódio/ Potássio
Creatinina/Uréia
PTH
Proteínas totais e frações
Parcial de Urina com Sedimento Corado
Vitamina B12
Vitamina D 25 OH
T3/ T4 / TSH
Hemoglobina glicosilada (HbA1c)
Cortisol Basal – jejum
Ácido úrico
Homocisteína
Lipoproteína A

ROTEIRO NUTRICIONAL PARA A CIRURGIA DE OBESIDADE

Propósito

Esta dieta é designada para restringir a ingestão calórica e produzir a perda de peso desejada, para ajudar a desenvolver hábitos dietéticos saudáveis e para prevenir obstrução ou outros problemas com a bolsa gástrica.

Além disso, é muito recomendado que ocorra perda de peso ANTES da cirurgia. Mesmo poucos quilogramas perdidos podem contribuir para uma diminuição significativa dos riscos cirúrgicos.

PRINCIPAIS OBJETIVOS:

1. Tomar bastante líquido para manter o corpo hidratado – mínimo 2 litros e meio ao dia.
2. ingerir quantidades adequadas de proteína
3. ingestão de suplementos de vitaminas e minerais para atingir as necessidades diárias

PRINCIPIOS DIETÉTICOS

1. Tomar 8-10 copos de água por dia
 - a. Pequenos goles de água – por exemplo, tomar um copo de água em 1 hora
 - b. Não tomar líquidos 30-60 minutos antes ou depois das refeições
 - c. Ingerir apenas líquidos recomendados
 - d. Não usar canudinhos
2. Bebidas ricas em carboidratos, salgadinhos, ou qualquer outro tipo de “petiscos” são proibidos

3. Quando seu médico permitir, iniciar os suplementos de vitaminas, minerais e cálcio diariamente. Vitamina B12, ferro e zinco também podem ser recomendados.
4. Comer BEM DEVAGAR. Os Alimentos devem ser cuidadosamente mastigados!!
5. Parar de comer assim que se sentir satisfeito. Indicações: a) sensação de pressão no centro do abdome logo abaixo da margem costal, b) sensação de náusea, c) dor na área dos ombros ou tórax superior.
6. Proteína deve ser o primeiro alimento a ser ingerido em cada refeição. É necessário pelo menos 60 gramas de proteína ao dia.
7. A dieta após a cirurgia deve avançar gradualmente, dependendo da tolerância:
 - i. Fase I Dieta líquida restrita (água, chá, gelatina, sucos) (apenas no hospital)
 - ii. Fase II Dieta líquida (inclui sopas) (1-2 semanas)
 - iii. Fase III Dieta pastosa (2 semanas)
 - iv. Fase IV Dieta leve (2 semanas)
 - v. Fase V Dieta regular (2 semanas)

FASE I – DIETA LÍQUIDA RESTRITA (2 dias)

1. Após a cirurgia você não poderá iniciar qualquer alimentação até que esta seja liberada pelo cirurgião
2. Uma vez aprovada, você receberá água, caldo de galinha, suco de frutas não adoçado ou chá descafeinado (fluidos vermelhos não são permitidos). Você poderá ingerir apenas 30 ml a cada hora. Caso você consiga tolerar 30 ml por hora no primeiro dia, no segundo dia você poderá avançar para 60 mls de líquido por hora.

3. SEMPRE lembre-se de ingerir líquidos LENTAMENTE e nunca use canudinhos.
4. Algumas vezes grandes quantidades de líquidos podem ser oferecidos a você no hospital. Você NÃO tem que terminar todo líquido. Sempre que se sentir cheio pare!!
5. É comum apresentar sintomas de náusea ou vômitos nos primeiros dias após a cirurgia. Sempre lembre de ingerir líquidos lentamente.

Café ou qualquer líquido com cafeína deve ser evitado após a cirurgia pois são diuréticos. Isto irá causar perda de fluídos e dificultar sua hidratação após a cirurgia.

Se você utilizar canudinhos após a cirurgia, você irá promover maior entrada de ar no seu novo (e pequeno) estômago. Isto irá criar uma sensação de plenitude e você terá menos espaço para a ingestão de líquidos, que são essenciais para a hidratação.

FASE II – DIETA LÍQUIDA (1-2 semanas)

1. Após a sua alta do hospital você irá iniciar esta dieta líquida.
2. Você deverá permanecer nesta dieta por 1 a 2 semanas
3. Para prevenir náusea e vômitos. Beba líquidos SEMPRE DEVAGAR. Beba $\frac{1}{4}$ de copo de líquidos a cada meia hora. Você não precisa terminar tudo. Quando você se sentir satisfeito ou “cheio” PARE.
4. Beba ao menos 8-10 copos de água ou de líquidos com baixa quantidade de calorias ao dia. Lembre-se que não são permitidos líquidos calóricos ou com gás
5. Nesta fase você deverá tomar todos os suplementos vitamínicos e minerais, além de cálcio, como instruído pelo seu médico.

6. Você deve tomar nota do tipo e da quantidade de proteína que você toma. Lembre-se que você precisa de ao menos **60 gramas** de proteína por dia.

Exemplos de fontes de proteína que você pode incluir na sua dieta líquida:

1 copo de leite desnatado – 8 gramas de proteína

1 copo de leite de soja – 8 gramas de proteína

Sopas cremosas feitas com leite (evitar tomate, cogumelos ou pedaços de milho) = 8 gramas de proteína

Suplementos protéicos comerciais podem ser adicionados (Diet shake ou outros “shakes”), entretanto deve ser sempre mostrado ao seu cirurgião ou nutricionista antes de iniciar o uso.

FASE III – DIETA PASTOSA

1. Todos os alimentos nesta fase devem ter a consistência de “comida de bebê” quando ingeridos.
2. Você pode continuar a incluir os alimentos da dieta líquida.
3. É muito importante **MASTIGAR** os alimentos cuidadosamente, para evitar náusea ou obstrução. Cada refeição deve consistir de 2 a 4 colheres de sopa de alimentos.
4. Lembre-se de sempre incluir **PRIMEIRO AS PROTEÍNAS** em cada refeição. Você precisa de (no mínimo) 60 gramas de proteína por dia.
5. Mantenha-se hidratado! Beba ao menos 6 a 8 copos de água ou líquidos de baixas calorias entre as refeições. Leite desnatado pode ser incluído como parte da sua ingestão diária de fluídos.

EXEMPLOS DE ALIMENTOS

- GRUPO DA CARNE (7 GRAMAS DE PROTEÍNA POR PORÇÃO)
 - 2 colheres de sopa de carnes magras bem cozidas (purê) – frango, peixe.
 - ¼ de copo de comida de bebê pronta
 - ¼ de copo de queijo cottage
 - ¼ de copo de queijo ricota

- GRUPO DO LEITE (8 GRAMAS DE PROTEÍNA POR PORÇÃO)
 - 1 copo de leite desnatado
 - ¾ de copo de yogurte light
 - 1 copo de pudim light
 - um copo de sopa cremosa sem gordura

- GRUPO DO CARBOHIDRATO (ZERO GRAMAS DE PROTEÍNA)
 - ½ Copo de creme de cereal
 - ½ copo de purê de batata
 - ½ copo de sopa maggie

- GRUPO DAS FRUTAS (ZERO GRAMAS DE PROTEÍNAS)
 - ½ copo de peras, pêssegos, melão ou banana amassados (sem casca ou semente)
 - ½ copo de suco de frutas light

- GRUPO DOS VEGETAIS (2 GRAMAS DE PROTEÍNA POR PORÇÃO)
 - ½ copo de purê de cenoura, chuchu, abobrinha ou abóbora