

TUDO QUE VOCÊ PRECISA SABER.



CIRURGIA BARIÁTRICA

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	3
1. DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DA OBESIDADE.....	4
2. FISIOPATOLOGIA DA OBESIDADE.....	5
3. OBESIDADE MÓRBIDA E DOENÇAS ASSOCIADAS.....	5
4. PSICOLOGIA E OBESIDADE SEVERA.....	6
5. TRATAMENTO CLÍNICO DA OBESIDADE MÓRBIDA.....	7
6. INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE MÓRBIDA.....	8
7. EXAMES CLÍNICOS E PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO.....	9
8. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.....	10
9. PRÉ-OPERATÓRIO, PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO E TARDIO.....	12
10. COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À CIRURGIA.....	14
11. RESULTADOS APÓS A CIRURGIA.....	15
12. REGANHO DE PESO.....	15
CONCLUSÃO.....	17

INTRODUÇÃO



A obesidade atualmente é considerada uma doença crônica e atinge um número cada vez maior de pessoas no Brasil e no mundo. Apesar de toda a sua importância, poucas doenças têm sido tão pouco valorizadas por aqueles que tratam da saúde quanto esta. A obesidade não é um problema de preguiça ou de falta de força de vontade. A obesidade mórbida, principalmente, é uma doença grave, limitante, excludente. Seu tratamento adequado e com acompanhamento em longo prazo reduz a mortalidade de pessoas que, ao contrário, teriam uma vida mais curta. Infelizmente não existe milagre, nem mágica, que leve à perda de peso sem a colaboração e a motivação do paciente e por isso os candidatos ao procedimento precisam conhecer as dificuldades pelas quais terão que passar após a cirurgia para atingir o resultado esperado.

Este manual tem por objetivo aumentar o conhecimento do paciente sobre o procedimento a que será submetido, descrevendo as etapas do diagnóstico, o porquê do tratamento, as indicações e contra-indicações da cirurgia e as rotinas da equipe multidisciplinar do Centro Clínico Gaúcho.

Não temos a finalidade de mostrar em detalhes os diversos aspectos que dizem respeito ao tratamento cirúrgico da obesidade, mas sim gerar dúvidas e

questionamentos que possam ser respondidos e esclarecidos pela equipe que está acompanhando o paciente. Não temos a pretensão de substituir o diálogo com seu médico, mas sim fornecer informações que possam ser revisadas e estudadas pelo paciente e seus familiares em um momento de reflexão e decisão. Procuramos utilizar o mínimo de termos médicos possível, mas qualquer dúvida pode ser esclarecida com a clínica ou o cirurgião da equipe.

Certamente não esgotamos o assunto neste manual, mas queremos reforçar nossa disponibilidade para esclarecer todas as dúvidas que surgirem, para que a decisão do paciente seja baseada em dados objetivos e científicos.

Este padrão de informação é o mesmo utilizado nos grandes centros de tratamento da obesidade no mundo, o que mostra, mais uma vez, o compromisso do Centro Clínico Gaúcho em oferecer um tratamento de primeira qualidade para os seus usuários.

Dra. Vanessa Cabrera
CRM 24834

1. DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DA OBESIDADE



A obesidade é uma doença multifatorial e cuja prevalência vem crescendo assustadoramente nos últimos anos. Ela traz um aumento no risco de várias doenças, como diabetes, doenças cardiovasculares, alterações na fertilidade, entre outras. Os obesos severos têm esse risco de adoecimento aumentado em até 250% se comparados com os não-obesos. É por esse motivo que precisamos tratá-los.

A obesidade resulta da desproporção entre a oferta e o gasto de energia (ou seja, o paciente ingere mais energia do que gasta) ao longo do tempo. Tem também um componente genético e hoje se sabe que filhos de ambos pais obesos têm uma chance de 70 a 80% de se tornarem obesos, enquanto que para filhos de pais não-obesos essa chance se reduz a 20%. Também é importante considerar outros fatores associados à obesidade, como raça, condições socioeconômicas, culturais e ambientais.

IMC (kg/m ²)	Classificação	Grau de Obesidade	Risco
25 a 29,9	Sobrepeso	0	Moderado
30 a 34,9	Obesidade leve	I	Alto
35 a 39,9	Obesidade moderada	II	Muito alto
40 a 49,9	Obesidade grave	III	Altíssimo
> 50	Superobesidade	IV	Extremo

Tabela: IMC x risco de doença x classificação da obesidade (OMS)

Diagnóstico de obesidade: Pode ser quantitativo (relacionado à

massa corporal) ou qualitativo (relacionado à distribuição da gordura corporal).

O primeiro é avaliado através do cálculo do IMC (índice de massa corporal = peso/altura²), mas tem algumas desvantagens:

- Não diferencia massa magra de tecido adiposo (gordura);
- Não distingue gordura central de gordura periférica.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{Altura} \times \text{Altura}}$$

De acordo com o IMC as pessoas são consideradas:

de 25 a 30 kg/m ²	sobrepeso
de 30 a 35kg/m ²	obesidade grau I
de 35 a 40kg/m ²	obesidade grau II
mais de 40kg/m ²	obesidade grau III

Um paciente, por exemplo, com peso de 136kg e altura de 1,60m terá o seguinte índice de massa corpórea:

$$\text{IMC} = 136 \quad (1,6 \times 1,6) = 53,12\text{kg/m}^2$$

(obesidade grau III)

O diagnóstico qualitativo é feito através da medida da circunferência

abdominal, sendo os valores normais até 88cm para mulheres e até 102cm para homens. Essa medida permite

avaliar a gordura abdominal e ter uma idéia do risco cardiovascular do paciente.

2. FISIOPATOLOGIA DA OBESIDADE

Geralmente pensamos que os obesos ingerem uma quantidade muito maior de calorias do que os não-obesos. Na verdade, os estudos mostram que é a maior ingestão de gorduras, doces e bebidas alcoólicas que contribui decisivamente para o aumento na prevalência de obesidade que vem ocorrendo em todo o mundo, associado à modificação de hábitos de vida, como o aumento do sedentarismo, por exemplo.

A fisiopatologia da obesidade, ou seja, por que alguns indivíduos engordam e outros permanecem magros, ainda não está totalmente esclarecida.

Não há dúvida de que o ambiente em que vivemos atualmente, com uma oferta ilimitada de alimentos saborosos,

baratos, práticos, mas com uma enorme concentração de calorias, favorece o aumento de peso. Da mesma maneira, o aumento da criminalidade e da violência estimula a permanência das pessoas em casa ao invés da prática de exercícios.

Acredita-se que os mecanismos envolvidos no aumento de peso são, entre outros:

- Comer mais (particularmente gorduras);
- Queimar menos calorias;
- Formar gorduras mais facilmente;
- Oxidar menos gorduras.

Naturalmente, esses fatores variam muito de indivíduo para indivíduo, sujeitos a variações genéticas e ambientais de cada um.

3. OBESIDADE MÓRBIDA E DOENÇAS ASSOCIADAS

De acordo com a OMS, conforme aumenta o IMC, aumenta o risco de desenvolvimento de doenças. Sabemos que 90% dos pacientes com diabete tipo II, por exemplo, são obesos.

A obesidade mórbida está associada também a outros graves problemas, como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, alterações tromboembólicas, refluxo gastroesofágico,

doenças articulares, diversas formas de câncer (mama, útero, vesícula biliar, etc.), entre outros.

Esses fatores aumentam o risco de morte em doze vezes, em 7 anos. 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.

Entre as doenças associadas à obesidade, temos:

- Doenças cardíacas (hipertensão, angina);
- Diabetes, intolerância à glicose, alterações no colesterol, gota;
- Esteatose hepática, “pedras” na vesícula;
- Infertilidade, complicações na gestação;

- Apnéia do sono;
- Doenças articulares;
- Compulsão alimentar e outros distúrbios alimentares;
- Síndrome dos ovários policísticos;
- Alguns tipos de câncer.

A obesidade severa aumenta o risco de desenvolver hipertensão em 16 vezes. Cerca da metade dos obesos mórbidos têm apnéia do sono, o que por sua vez aumenta o risco de morte súbita. A sobrecarga de peso também é o mecanismo básico de lesão articular em joelhos e quadril de obesos.

O maior risco de adoecimento e morte associado à obesidade mórbida está nas doenças associadas, a maioria das quais alcança uma melhora substancial com a cirurgia bariátrica.

4. PSICOLOGIA E OBESIDADE SEVERA



O psicólogo tem um papel muito importante tanto no preparo quanto no seguimento pós-operatório dos pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. Na maioria das vezes, o paciente é apenas avaliado e preparado psicologicamente para as mudanças que deverão acontecer na sua imagem, auto-estima e no modo de se relacionar com a comida após o procedimento cirúrgico. No entanto, é de fundamental importância avaliar e quantificar o grau

de depressão, de ansiedade e de compulsão, bem como o grau de comprometimento da qualidade de vida e da auto-estima decorrentes do excesso de peso.

A psicóloga da equipe vai avaliar problemas que tenham contribuído para a instalação da obesidade ou que tenham surgido em consequência desta, fazendo um trabalho especialmente dirigido para a cirurgia, o que é bastante

diferente de psicoterapia.

É indispensável que o paciente tenha a intenção de mudar seus hábitos de vida e que permaneça sob o acompanhamento da equipe multidisciplinar, principalmente no primeiro ano após o procedimento cirúrgico. A psicóloga poderá colaborar grandemente para que o paciente se conscientize de que precisa cooperar e aderir às rotinas e consultas com a equipe. O acompanhamento psicológico irá ajudar a traçar metas realistas quanto à perda de peso e à imagem futura, e auxiliar na reintegração do indivíduo com o meio em que vive e consigo mesmo.

5. TRATAMENTO CLÍNICO DA OBESIDADE MÓRBIDA

Sabemos que a perda de 5 a 10% do peso corporal, mesmo em pacientes com IMC abaixo de 35, já melhora as doenças associadas à obesidade. Em pacientes obesos mórbidos, no entanto, essa perda pode não ser suficiente para diminuir as comorbidades, já que os pacientes estão muito acima do peso ideal. Nos que vão se submeter à cirurgia, devemos estimular a perda de peso pré-operatória, já que a mesma reduz o risco de complicações, tanto durante como após a cirurgia.

No paciente com obesidade severa, a diminuição do peso, através de dieta, exercícios e/ou uso de medicamentos,

Além das sessões com a psicóloga no consultório, nós promovemos encontros semanais, onde os pacientes podem ouvir palestras e explicações mais detalhadas a respeito da cirurgia e da obesidade, além de poderem compartilhar experiências entre si e com outros pacientes em diferentes fases do tratamento. Nestas reuniões, algumas pessoas fazem depoimentos mostrando os benefícios e as dificuldades que eles experimentam no dia-a-dia, e aqueles que estão na fase de preparo pré-cirúrgico podem conversar com os já operados, permitindo troca de experiências e ajuda mútua.

desencadeia um aumento do apetite e uma diminuição no gasto energético, fazendo com que seja muito difícil para esse paciente manter o peso perdido a longo prazo.

Assim, o objetivo do tratamento clínico do grande obeso é fazer com que ele chegue a um equilíbrio metabólico, com níveis adequados de glicose, colesterol, triglicérides, ácido úrico e controle de pressão arterial, para só então poder ser submetido à cirurgia.

Na maioria dos casos, o tratamento clínico da obesidade mórbida é muito frustrante e a cirurgia bariátrica,

atualmente, é considerada a terapia mais bem sucedida nesses pacientes, já que, além de melhorar a qualidade de vida, ainda tem um efeito importante na melhora das doenças associadas à obesidade.

De qualquer maneira, os pilares do tratamento clínico continuam sendo uma dieta hipocalórica, prática de exercícios físicos, e, em alguns casos, uso de medicamentos anti-obesidade.

Os medicamentos para tratar a obesidade podem e devem ser utilizados nas seguintes situações:

- Paciente com IMC igual ou maior que $30\text{kg}/\text{m}^2$;
- Paciente com IMC igual ou superior a $25\text{kg}/\text{m}^2$, associado a outros fatores de risco, como hipertensão, diabetes, alterações no colesterol, etc.

Considerando a obesidade como

uma doença crônica (assim como a diabetes e a hipertensão, por exemplo), foi proposto que o seu tratamento medicamentoso se mantivesse a longo prazo, talvez pela vida toda, mesmo após o paciente ter atingido o peso ideal. No entanto, não se tem estudos que demonstrem a segurança dos medicamentos anti-obesidade por um período maior que dois anos. Por esse motivo, atualmente este é o período máximo pelo qual eles podem ser utilizados.

Os pacientes que vão se submeter à cirurgia da obesidade devem começar a modificar seus hábitos e estilo de vida antes da cirurgia e, para isso, devem ser esclarecidos a respeito da importância de um plano alimentar adequado, da atividade física e do comportamento alimentar saudável, com o objetivo de obter uma melhor resposta ao tratamento cirúrgico.

6. INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE MÓRBIDA

Segundo a Federação Internacional para a Cirurgia da Obesidade (IFSO) e a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), os critérios mínimos para indicação da cirurgia da obesidade são os seguintes:

- Grau de obesidade severo (IMC acima de $40\text{kg}/\text{m}^2$ ou acima de $35\text{kg}/\text{m}^2$ associado a outras doenças);
- Resistência ao tratamento clínico;
- Risco cirúrgico aceitável;



- Capacidade do paciente de compreender as conseqüências da cirurgia.

Quanto ao tempo de doença, consideramos o tratamento cirúrgico em:

- Pacientes com IMC e comorbidades na faixa de risco há pelo menos 2 anos;
- Pacientes que tenham realizado

tratamentos convencionais prévios (reeducação alimentar, exercícios físicos, medicações com eficácia comprovada, grupos de apoio) pelo menos uma vez, por período não inferior a 3 meses, e ter tido insucesso ou recidiva do peso, através de dados colhidos na história clínica;

- Exceção: em caso de pacientes com IMC acima de 50kg/m² esta exigência fica dispensada. (ABESO, 2008)

Além desses critérios, a maioria dos cirurgiões também incluem o apoio da família, a motivação e o comprometimento com acompanhamento a longo prazo com a equipe multidisciplinar

como condições para a realização da cirurgia.

A cirurgia é contra-indicada para pacientes que tenham grande propensão a não seguir as instruções pós-operatórias e o acompanhamento médico, bem como em situações de risco adicional, como:

- Depressão importante, alcoólatras e usuários de drogas ilícitas;
- Crianças e adolescentes, exceto em situações especiais;
- Infecção estabelecida ou suspeitada que possibilite a contaminação da cirurgia;
- Presença de doença cardio-respiratória grave e descompensada.

7. EXAMES CLÍNICOS E PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO

Vale lembrar que a cirurgia de redução do estômago funciona como um instrumento para a perda de peso. O cirurgião e toda a equipe multidisciplinar devem ensinar o paciente como usá-lo adequadamente para obter os melhores resultados no pós-operatório, tanto no aspecto físico como emocional.

A consulta pré-operatória inicia com uma avaliação clínica, onde são pesquisadas todas as doenças do paciente, hábito alimentar, uso de cigarros, álcool ou drogas, cirurgias prévias, uso de medicamentos e dosagens dos mesmos. Essa consulta inicial se completa com o exame físico,

onde são avaliados pressão arterial, peso, altura, IMC, circunferência abdominal, ausculta cardíaca e respiratória, além da pesquisa de edema (inchaço) e/ou varizes nos membros inferiores.

Nessa primeira consulta também solicitamos alguns exames, principalmente laboratoriais, para avaliar as doenças associadas à obesidade.

Se o paciente não apresentar nenhuma contra-indicação clínica para a realização da cirurgia da obesidade, então ele será encaminhado para consulta com a nutricionista e com a psicóloga da equipe, que farão o número

de consultas necessário para preparar o paciente para o procedimento.

Nesse período, o paciente também fará uma consulta com o cirurgião que

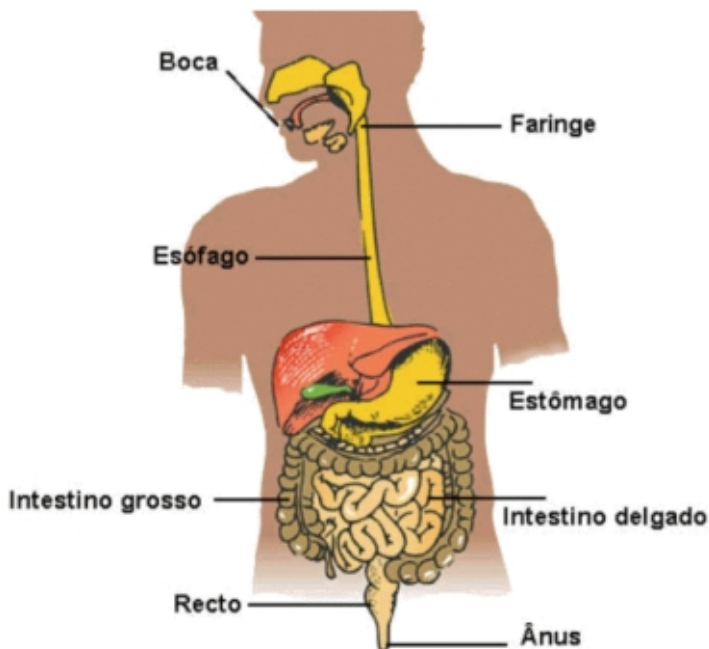
vai operá-lo, que fará a sua avaliação embasada pelos dados obtidos pela equipe e pelos exames complementares.

8. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Antes de falar sobre o procedimento cirúrgico, é muito importante conhecer um pouco mais sobre o nosso aparelho digestivo.

O aparelho digestivo é composto de uma série de estruturas ocas formando um tubo que inicia na boca e termina no ânus. O esôfago é o órgão para o qual os

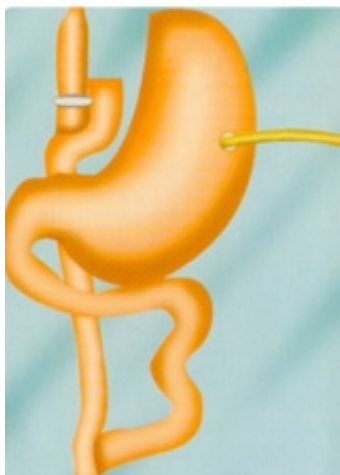
alimentos são impulsionados após a deglutição. Ele transporta os alimentos até o estômago, onde eles são misturados ao suco gástrico e transportados ao intestino delgado, onde ocorre o processo de digestão e absorção de nutrientes. O que resta chega ao intestino grosso e é eliminado pela evacuação.



Aparelho Digestivo

A cirurgia mais realizada atualmente no Brasil e no mundo é a cirurgia de Fobbi-Capella, também conhecida como

gastroplastia com derivação gastrojejunal ou em Y de Roux.



Gastroplastia em Y de Roux
(Cirurgia de "Capella")
Convencional ou Laparoscópica

Consiste em reduzir o volume do estômago a não mais do que 30ml e conectá-lo ao intestino. Pode ser feita sem anel ou com anel ("Capella"), que diminui mais a velocidade de esvaziamento do estômago. O procedimento pode ser realizado por via laparoscópica (realizada

através da introdução de pinças especiais no abdome por 6 pequenos cortes) ou através de um corte no abdome (entre 10 e 15cm), sempre sob anestesia geral. Aqui no Centro Clínico Gaúcho, realizamos a cirurgia aberta (com corte).

Indicação	Obesos mórbidos
Contra-indicação	Dependência de drogas e álcool, cirrose
% perda de peso	30 a 40% do peso total em média
Riscos	Fístulas, embolia pulmonar
Falhas	Perda de peso insuficiente rara
Internação hospitalar	72 horas Tempo cirúrgico aproximado: 2 horas Recuperação anestésica: 3 horas
Dieta	Líquida 30 dias
Acompanhamento	Consultas periódicas

Adaptado do site do Instituto Garrido

9. PRÉ-OPERATÓRIO, PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO E TARDIO



Na véspera da cirurgia, o paciente deverá fazer jejum a partir da meia noite do dia anterior, inclusive de água. No dia da cirurgia, para os homens, são raspados (tricotomia) os pêlos do abdome.

A cirurgia dura cerca de 2 a 3 horas. Quando termina a operação, o paciente é levado à sala de recuperação pós-anestésica, permanecendo lá durante a noite e até estar bem acordado, para então ser levado ao quarto. Alguns pacientes, por estarem muito acima do peso ou por terem algum problema clínico anterior, passam a primeira noite na UTI (unidade de terapia intensiva). Isso acontece apenas por excesso de cuidado, e não significa que houve qualquer complicação. Chegando ao quarto, o paciente deve procurar ficar deitado, podendo se levantar para urinar, com ajuda. O paciente não poderá ingerir nada pela boca e vai estar com 2 tubos finos na barriga, que são os drenos: um fica na gordura, sob a pele e será retirado no dia da alta; o outro, à direita, será retirado em 7 dias. Também estará com soro, para as medicações. É normal sentir um pouco de dor e náuseas, apesar de estar tomando medicações; estas sensações podem persistir com menor intensidade no dia seguinte.

No dia seguinte à cirurgia, o paciente

ainda receberá soro e começará a tomar água e chá (em pequenos goles), tomar banho de chuveiro, sentar fora da cama e andar.

No segundo dia após a cirurgia, o paciente já começa a se sentir melhor, mais disposto e passa a tomar caldos, refrescos, água de coco, leite desnatado, gelatina, tudo em pequenos goles, a cada 3 ou 4 minutos.

No terceiro ou quarto dia após a cirurgia, se não houver nenhuma intercorrência, o paciente receberá alta do hospital e será retirado o dreno que está na gordura abaixo da pele.

Em sete dias, o paciente deve retornar para consulta com o cirurgião, quando será retirado o dreno do abdome. No 14º dia, o paciente deve retornar novamente para retirar os pontos.

Após 30 dias da cirurgia, o paciente deve retornar para nova consulta com o clínico e a nutricionista da equipe. Os demais retornos serão agendados conforme a evolução e a necessidade do paciente.

Durante os primeiros 30 dias após a cirurgia, o paciente pode tomar pequenos comprimidos inteiros, gotas, xaropes e comprimidos grandes dissolvidos ou macerados (esmagados).

Dessa maneira, devem ser tomados analgésicos, antibióticos e medicação para o estômago, diabetes ou pressão alta, conforme a prescrição do seu médico.

O paciente não deve fazer esforços físicos, como carregar pesos ou exercícios abdominais, nos primeiros 90 dias após a cirurgia. É permitido, e até aconselhado, caminhar à vontade e subir escadas quando necessário. Após 3 a 4 semanas da cirurgia, é permitido dirigir. Relações sexuais devem ser evitadas nos primeiros 30 dias após o procedimento.

Muitas vezes ocorre a saída de um líquido amarelado ou rosa claro pelo corte, até mesmo em grande quantidade, mas isso não significa necessariamente infecção ou problemas internos; na maioria das vezes, é apenas líquido acumulado na gordura sob a pele.

A alimentação nos 30 primeiros dias após a cirurgia é constituída apenas de líquidos pouco calóricos e só deve ser adoçada com adoçantes dietéticos. O uso de alimentos calóricos (pudins, milkshakes, leite condensado, sorvetes) poderá causar mal-estar (a chamada "Síndrome de Dumping") além de prejudicar a perda de peso. A Síndrome de Dumping é constituída de diarreia, tontura, suor frio, batimento acelerado do coração e queda da pressão arterial, e provoca grande desconforto ao paciente.

Nos primeiros 6 meses após a cirurgia, o paciente não deve tomar refrigerantes, porque o gás lhe causará sensação de mal-estar e "estufamento", além de ocasionar náuseas e vômitos. As bebidas alcoólicas são absorvidas rapidamente devido à cirurgia, o que além de embriagar mais depressa, prejudica muito mais o fígado.

Deve-se tomar pelo menos 2 litros de líquidos por dia, incluindo caldos salgados. Isso fará com que a urina fique "clara", evitando a desidratação e a formação de cálculos renais (pedras nos rins). Portanto, a cada 2 ou 3 minutos, enquanto estiver acordado, o paciente deve tomar 20ml (1/2 xícara de café) de líquido.

Sensações passageiras de mal-estar são normais e não são permanentes. O paciente não deve fumar, já que o cigarro, além de reconhecidamente ser prejudicial a saúde, vai trazer sérios transtornos no pós-operatório. A tosse devido ao cigarro causa dores, forçando o corte que não cicatrizará bem, favorecendo a formação de uma hérnia. Além disso, os fumantes têm mais chances de desenvolver uma gripe e até mesmo uma pneumonia.

Uso de medicamentos no pós-operatório:

- Tireóide (Synthroid, Euthirox, Puran T4, Tetroid): volte a ingerir quando iniciar a dieta líquida. Macere (triture) os comprimidos, se necessário.
- Pressão: quando iniciar a dieta

líquida, utilize 1/3 da dose habitual do(s) medicamento(s).

- Coração: quando iniciar a dieta líquida, use normalmente (macere os comprimidos, se necessário).
- Ácido Úrico: quando iniciar a dieta líquida, use normalmente (macere os comprimidos, se necessário).

- Diabetes: suspenda toda a medicação anterior e volte a usar a medicação somente sob orientação do médico.
- Depressão: Fluoxetina e outros anti-depressivos podem ser usados normalmente após a liberação da dieta líquida.

10. COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À CIRURGIA



O risco de vida associado à redução de estômago é o mesmo de qualquer operação de grande porte (menor que 0,5%, isto é, aproximadamente, 1 morte a cada 200 cirurgias), mas existe e deve ser considerado. Por vezes, a mortalidade é precedida de reoperações, longos períodos em UTI (unidade de terapia intensiva), o que causa sofrimento e pesar para todos.

Portanto, a cirurgia para tratamento da obesidade mórbida deve ser bem avaliada pelo paciente e familiares, que precisam estar cientes dos riscos de mortalidade e complicações.

As principais causas de mortalidade são:

- Deiscência, que é a abertura de um

ponto nas suturas (pontos) do estômago ou intestino, levando a saída de líquido para a cavidade abdominal, causando peritonite e septicemia (infecção generalizada). Isto pode levar o paciente à nova cirurgia para reparar esta abertura, mas mesmo assim, pode causar a morte.

- Embolia pulmonar (sangue coagulado nos pulmões) que é o "entupimento" de uma ou várias artérias que irrigam o pulmão, e algumas vezes pode levar o paciente à morte por insuficiência respiratória.

Outras causas bem menos comuns como: insuficiência respiratória, infarto do miocárdio e insuficiência renal, também podem levar o paciente à morte.

11. RESULTADOS APÓS A CIRURGIA



Como todo procedimento médico, a cirurgia no obeso traz uma série de riscos. Entretanto, os resultados vão depender do comprometimento do paciente, não importa a técnica escolhida.

Para alcançar bons resultados após a cirurgia, é necessário ingerir alimentos de baixo teor calórico e praticar exercícios físicos, hábitos que aceleram a perda de peso e diminuem o tempo de retorno à faixa de peso normal.

A velocidade e a intensidade da perda de peso são muito variáveis. Alguns pacientes emagrecem muito rapidamente, enquanto, para outros, o processo é mais lento. A maioria permanece com algum excesso de peso, variando de acordo com o peso

pré-operatório e as modificações nos hábitos de vida. É comum a perda de peso durar cerca de 2 anos, quando tende a se estabilizar. Na maioria dos pacientes, a perda varia entre 50 e 75% do excesso de peso.

Nos primeiros seis meses, a perda costuma ser mais intensa, e a maior parte é obtida no primeiro ano, podendo melhorar ainda até o quarto ano após o procedimento.

Os melhores resultados em perda de peso são obtidos com a técnica de Fobbi-Capella, que apresenta uma menor variação de respostas. De qualquer maneira, é importante ressaltar que seus resultados dependem muito do comportamento individual de cada paciente.

12. REGANHO DE PESO



Cerca de 25% dos pacientes operados terão perda insuficiente de peso e muitos apresentam um reganho gradual de peso após o 3º ano. Ambos decorrem de falsas expectativas com a cirurgia bariátrica, que precisa ser encarada como um poderoso auxiliar de um programa nutricional e de atividade física que deverá perdurar por toda vida.

A vida sedentária e a falta de atividades físicas são alguns dos principais responsáveis pela obesidade. Por isso, é extremamente importante que, além da modificação dos hábitos alimentares, o exercício físico seja introduzido na rotina do paciente, como parte da sua nova postura em relação à saúde e ao seu estilo de vida.

À medida que se perde peso, um mecanismo compensatório é ativado para que, automaticamente, o gasto de energia diminua. O gasto energético passa a ser aproximadamente 15% menor que o esperado para o peso atingido, na tentativa de poupar o consumo de nutrientes. Por isso, é comum o indivíduo voltar a engordar depois de algum tempo.

É por isso que a maioria das medidas usualmente adotadas para a perda de peso não apresenta resultados permanentes, principalmente nos pacientes que precisam perder muito peso. O exercício físico atua, então, de duas maneiras, e ambas levam à perda de peso: aumentando o gasto energético

e acelerando o metabolismo em repouso.

Este fator dribla o efeito compensatório e evita o reganho de peso.

Os pacientes bariátricos devem iniciar suas atividades físicas e aumentá-las aos poucos. A prática de atividade física pode iniciar a partir do 45º dia pós-operatório. À medida que o peso vai se normalizando, a prática da atividade física vai se tornando mais fácil e prazerosa.

Equipe Saúde em Dia
51.3287.9290

CONCLUSÃO



Sabemos que a obesidade hoje é considerada uma epidemia pela Organização Mundial de Saúde, uma doença crônica de difícil manejo e que requer acompanhamento multidisciplinar por toda a vida.

A cirurgia da obesidade é o tratamento mais efetivo para perda do excesso de peso e manutenção dos resultados a longo prazo, quando consideramos pacientes com obesidade mórbida.

Este procedimento deve ser considerado em pacientes com IMC acima de 40kg/m² ou acima de 35kg/m², associado a doenças relacionadas à obesidade.

Evidências de estudos recentes mostram que a cirurgia da obesidade para pacientes portadores de obesidade mórbida se associa a uma importante diminuição no índice de mortalidade total. Por esse motivo, nosso papel como agentes de promoção da saúde vai além de auxiliar o paciente na perda de peso: consiste, principalmente, em indicar o melhor tratamento para cada caso e estimular a adoção de hábitos de vida mais saudáveis, baseados numa alimentação correta e na manutenção de atividade física regular. O Saúde em Dia é composto por uma equipe multidisciplinar (médica, enfermeira, nutricionista e psicóloga) que se coloca a disposição para esclarecer dúvidas e acrescentar informações a todos os pacientes através do telefone: 51.3287.9290 ou e-mail:

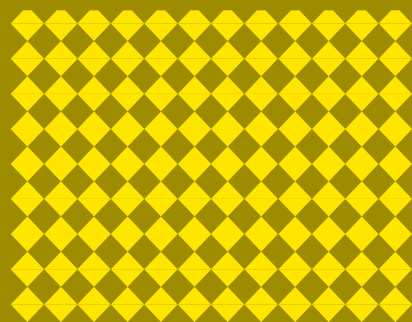
saudeemdia@centroclinicogaucho.com.br

ou pelo site:

www.centroclinicogaucho.com.br

Bibliografia

1. Consensus Conference Statement Bariatric Surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals and third-party payers Buchwald, Henry Surgery for Obesity and Related Diseases 1 (2005) 371-381
2. Gastrointestinal and Nutritional Complications After Bariatric Surgery G. Anton Decker, M.B.B.Ch., M.R.C.P.; James M. Swain; Michael D. Crowell; James S. Scolapio The American Journal of Gastroenterology Published: 11/19/2007
3. Consenso Brasileiro Multissocietário em Cirurgia da Obesidade - 2006
4. Surgical treatment of obesity
Mariëlle J F Bult, Thijs van Dalen and Alex F Muller European Journal of Endocrinology, Vol 158, Issue 2, 135-145 - 2008 European Society of Endocrinology
5. The practical Guide - Identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults NHLBI Obesity Education Initiative 2000
6. Bariatric Surgery - A Systematic Review and Meta-analysis
Henry Buchwald, MD, PhD; Yoav Avidor, MD; Eugene Braunwald, MD; Michael D. Jensen, MD; Walter Pories, MD; Kyle Fahrback, PhD; Karen Schoelles, MD - JAMA. 2004;292:1724-1737
7. Bariatric Surgery in Patients With Morbid Obesity and Type 2 Diabetes Guntram Schernthaner, MD and John M. Morton, MD





Centro Clínico Gaúcho
Planos de Saúde Empresariais

ANS - nº 39.280-4

Rua Cel. Frederico Linck, 25

Fone: (51) 3287.9290

www.centroclinicogauchocom.br