CIRURGIA BARIÁTRICA

GUIA PARA O PRÉ E PÓS OPERATÓRIO

Obesitrate
cirurgia geral e bariátrica

1ª EDIÇÃO

ÍNDICE

Introdução……...01

Indicação Cirúrgica……...02

Benefícios da Cirurgia……...05

Técnicas Cirúrgicas……...06

Videolaparoscopia……...14

Pré-Operatório……...15

Pós-Operatório……...20

Obesitrate……25

Cirurgiões……26

Equipe Multidisciplinar……27

INTRODUÇÃO

A obesidade passou a ser um problema de saúde pública nas últimas décadas pelo intenso aumento de sua prevalência. O Ministério da Saúde afirma que: em 1975 2,8% dos homens e 7,8% das mulheres eram obesas; e em 2016 esses valores saltaram para: 18,1% dos homens e 19,6% das mulheres.

Sabemos que a obesidade é fator de risco para várias doenças como diabetes, hipertensão, osteoartrose, apneia do sono, cardiopatias, tumores, dislipidemias, infertilidade, bem como problemas de cunho psicológico e de convívio social. Evidências suficientes apontam que menos de 2% dos obesos mórbidos conseguem manter uma perda de peso apenas com dieta, medicamentos e exercícios. É nesse grupo que a cirurgia bariátrica pode ser uma ferramenta para um melhor controle da obesidade.

INDICAÇÃO CIRÚRGICA

INDICAÇÃO CIRÚRGICA
De acordo com a resolução 2.131/2015 do Conselho Federal de Medicina as indicações gerais para a cirurgia são:

- Pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40 kg/m², ou maior que 35 kg/m² com comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida, tais como:

- Diabetes.
- Osteoartroses.
- Apneia do sono.
- Hérnias discais.
- Hipertensão arterial.
- Refluxo gastroesofageano
- com indicação cirúrgica.
- Dislipidemia.
- Colecistopatia calculosa.
- Doenças cardiovasculares, incluindo doença arterial coronariana.
- Pancreatites agudas de repetição.
- Infarto de miocárdio (IM).
- Esteatose hepática.
- Angina.
- Incontinência urinária de esforço na mulher.
- Insuficiência cardíaca congestiva (ICC).
- Infertilidade masculina e feminina.
- Acidente vascular cerebral.
- Disfunção erétil.
- Hipertensão e fibrilação atrial.
- Síndrome dos ovários policísticos.
- Cardiomiopatia dilatada.
- Veias varicosas e doença hemorroidária.
- Cor pulmonale e síndrome de hipoventilação.
- Hipertensão intracraniana idiopática (pseudotumor cerebral).
- Asma grave não controlada.
- Estigmatização social e depressão.

- Indivíduos com idade superior a 18 anos (pacientes acima de 65 anos e jovens entre 16 e 18 anos podem ser operados, mas exigem precauções especiais e o risco/benefício deve ser muito bem analisado).
- Pacientes que, dentro dos critérios acima descritos, tenham históricos de tratamentos clínicos prévios insatisfatórios de, pelo menos, dois anos.
- Pessoas que não façam uso de drogas ilícitas ou de álcool.
- Ausência de transtorno de humor grave, quadros psicóticos em atividade ou quadros demenciais.
- O paciente e seus familiares devem compreender os riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte no tubo digestivo, e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com equipe multidisciplinar, em longo prazo.

Como calcular seu IMC?

Pegue seu peso em kg e divida pela sua altura em metros, o resultado divida novamente pela sua altura em metros. Desta forma teremos a fórmula do IMC = peso (kg)/altura(m)².

Classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) da Obesidade de acordo com o seu IMC.

se o IMC der entre 18 e 25 você está com o peso normal.
se o IMC der entre 25 e 30 você está com sobrepeso.
se o IMC der entre 30 e 35 você está com obesidade grau 1.
se o IMC der entre 35 e 40 você está com obesidade grau 2.
se o IMC der acima de 40 você está com obesidade grau 3.

BENEFÍCIOS DA CIRURGIA

A cirurgia tem benefícios tantos fisiológicos quanto psicológicos. De imediato, a perda de peso é o primeiro benefício observado. E como vimos anteriormente, as doenças associadas à obesidade podem ter seu controle clínico diminuindo ou deixando de existir. Se não há comorbidades, as chances delas ocorrerem após a cirurgia diminuem consideravelmente. A melhora da qualidade de vida, através da mudança de hábitos, também proporciona ao paciente alguns benefícios psicológicos, como por exemplo, o aumento da autoestima.

- Menor risco cardiovascular a longo prazo.
- Melhor convivência social.
- Retorno a uma vida saudável com atividade física regular e alimentação equilibrada.
- Melhor mobilidade.
- Melhor vida sexual.
- Melhor qualidade de vida.

O grande ganho da cirurgia bariátrica é proporcionar saúde e autoconfiança ao paciente, com controle das comorbidades e diminuição dos riscos cardiovasculares da síndrome metabólica.

TÉCNICAS CIRÚRGICAS

O Conselho Federal de Medicina autoriza a realização de quatro técnicas cirúrgicas. Não existe a melhor técnica, cada uma tem vantagens e desvantagens e essa definição é feita pelo cirurgião juntamente com o paciente. Na realidade, em longo prazo, o que define se o paciente vai manter o peso depende mais da mudança do estilo de vida (cuidados com a alimentação e atividade física) do que do tipo de cirurgia realizada.

1 - Bypass gástrico.
2 - Sleeve gástrico.
3 - Banda gástrica.
4 - Derivações biliopancreáticas.

Bypass Gástrico

O bypass gástrico em Y de Roux consiste na redução do estômago associado a um desvio intestinal. Com isso, o paciente irá ingerir pequenas porções de alimentos e este só terá contato com o suco gástrico, biliar e pancreático a partir do segundo metro do intestino (temos em média cinco metros). Isso promoverá uma boa perda de peso e um bom controle das doenças, principalmente diabetes, hipertensão, refluxo etc. Como desvantagem, a absorção das vitaminas fica alterada e o paciente precisará sempre fazer reposição. Devido ao desvio intestinal, fica também mais difícil o acesso, por endoscopia, a essa parte do estômago que ficou exclusa e ao canal da via biliar.

Sleeve Gástrico

O sleeve gástrico ou gastrectomia vertical é um procedimento que consiste na remoção de 70 a 80% do estômago, transformando-o num tubo fino. O paciente não terá mais a capacidade de ingerir grandes porções de alimentos e estes, por não terem mais o estômago como um grande reservatório, já irão direto para o intestino. Isso levará a uma boa perda de peso e também a um bom controle das doenças associadas. Como vantagem: por essa técnica não ter o desvio intestinal, a carência de vitaminas é menor e o acesso às vias biliares é normal. Como desvantagem: é possível que alguns pacientes mantenham o refluxo gastroesofágico.

Banda Gástrica

A banda gástrica consiste na colocação de uma prótese de silicone em volta da parte inicial do estômago, impedindo que o paciente consiga ingerir porções maiores de alimentos. Como vantagem: é um método reversível e com pouca alteração nas vitaminas. Por outro lado, a perda de peso é insuficiente a longo prazo e, com isso, fica reservado para casos excepcionais.

Derivações Biliopancreáticas (Duodenal Switch e cirurgia de Scopinaro)

As derivações biliopancreáticas têm duas variações: duodenal switch (gastrectomia horizontal) e a cirurgia de Scopinaro (gastrectomia vertical). Ambas são associadas a um desvio intestinal longo. Como vantagem: leva a uma excelente perda de peso e controle das doenças associadas. Entretanto, devido ao desvio longo do intestino, as carências de vitaminas e desnutrição tendem a ser mais graves. Com isso, é pouco utilizada em nosso meio.

Balão Intragástrico

Na área da endoscopia, o balão intragástrico faz parte das técnicas autorizadas pelo CFM. Este procedimento é realizado através da colocação de um balão dentro do estômago. O mesmo é insuflado, passando a ocupar boa parte do estômago, diminuindo a capacidade gástrica. Como vantagem: é um procedimento não cirúrgico, reversível e com baixa taxa de complicação. Como desvantagem: após a retirada, o paciente tende a reganhar o peso perdido. A indicação mais precisa é para pacientes muito obesos em que a perda de peso com o balão vai ajudar na diminuição dos riscos na hora da cirurgia bariátrica.

Cirurgias Experimentais

Qualquer outra técnica cirúrgica é considerada experimental e, com tal, tem de ser regulamentada dentro dos protocolos de pesquisa, só podendo ser realizada sob a supervisão de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e/ou Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) até a aprovação pelo Conselho Federal de Medicina.

Cirurgia Metabólica
(Cirurgia para controle de diabetes)

Essa é um capítulo à parte na cirurgia bariátrica. Após vários pacientes obesos com diabetes serem submetidos à cirurgia bariátrica, começou-se a observar que os mesmos passaram a necessitar de menos medicações para o controle da diabetes, mesmo antes da perda de peso. Com os estudos posteriores, foi descoberto que a cirurgia estimula certos hormônios que aumentam a produção de insulina e, junto com a perda de peso, diminui a resistência insulínica (na resistência de insulina, o paciente produz a insulina, mas ela não tem "força suficiente" para diminuir a glicose do sangue). Com isso, em 2017, o Conselho Federal de Medicina aprovou a cirurgia metabólica. Essa cirurgia está indicada para pacientes com diabetes tipo 2 e obesidade leve (IMC entre 30 a 34,9) que não estão tendo um bom controle da glicose com o tratamento clínico.

VIDEOLAPAROSCOPIA

Considerado o procedimento menos invasivo para a cirurgia bariátrica, é auxiliada por uma endocâmera que é introduzida no abdômen através de pequenos orifícios na parede abdominal e requer anestesia geral. Pacientes submetidos a esse procedimento normalmente recebem alta em pouco mais de 36 horas. O pós-operatório é rápido e com menores chances de complicações. Em média com 15 dias, o paciente já pode voltar às suas atividades normais. As marcas da cirurgia são de cinco a seis cicatrizes com cerca de um centímetro de tamanho.

Desde 2012 no Brasil, a cirurgia bariátrica por videolaparoscopia está autorizada pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) a ser realizada pelas operadoras de saúde.

Primeira Consulta

Nessa consulta será realizada uma avaliação sobre a história da obesidade do paciente, tratamentos anteriores, doenças associadas, cálculo do IMC e classificação da obesidade, bem como a definição do tratamento.

Exames

O paciente fará os seguintes exames: hemograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, ureia, creatinina, cálcio, magnésio, ácido úrico, TAP, TTPA, proteína total e frações, vitamina B12, ácido fólico, zinco, TGO, TGP, fosfatase alcalina, GGT, colesterol total e frações, triglicerídeos, ferro sérico, ferritina, 25-hidroxivitamina D, PTH, T4, TSH, anti-HIV, anti-HVC, anti-HBC, HBsAg, sumário de urina, ultrassom abdominal, endoscopia digestiva alta, ECG e raio x de tórax. Outros exames serão solicitados de acordo com a necessidade do paciente.

Consulta com Equipe Multidisciplinar

Endocrinologista

Este profissional irá fazer uma avaliação sobre o tempo de obesidade, tratamentos anteriores, tratamentos de outras doenças endocrinológicas. Se o paciente estiver dentro dos critérios para a cirurgia, ele emitirá um laudo indicando o procedimento.

Nutricionista

O nutricionista fará uma avaliação sobre a história da obesidade, hábitos alimentares, condutas alimentares anteriores, avaliação antropométrica e outros testes desenvolvidos pelo setor nutricional com o intuito de tornar a avaliação mais completa e específica. O nutricionista, após essa criteriosa avaliação e constatando que o paciente atende às considerações para a cirurgia, emitirá o laudo nutricional.

Cardiologista e Pneumologista

Estes profissionais farão avaliações do risco cirúrgico cardiovascular e do sistema respiratório do paciente, respectivamente, e emitirão laudos onde constam suas avaliações.

Psicólogo

Será avaliado o estado psicológico do paciente e sua capacidade de compreender a cirurgia, além de uma pesquisa da história de etilismo e de transtornos psicológicos e psiquiátricos (neste último caso será feita uma interconsulta com psiquiatra). Estando apto do ponto de vista psicológico, será emitido um laudo informando que o paciente tem estabilidade emocional para entender e suportar as mudanças que a cirurgia acarretará.

Reunião

Este encontro tem por objetivo o maior conhecimento sobre os aspectos da cirurgia bariátrica. É indispensável a presença de um familiar para que este também seja bem informado a respeito da cirurgia.

Consultas com o Cirurgião

Nesse intervalo de preparação, o paciente fará novas consultas com o cirurgião onde irá apresentar os exames. Serão feitos os tratamentos necessários no período e a cada consulta o paciente será informado sobre a cirurgia, os cuidados no pré e no pós-operatório. Assim como na reunião, é solicitada a presença de um familiar em pelo menos uma das consultas.

Solicitação da Cirurgia

Após o período de preparação, a cirurgia será solicitada. O paciente irá autorizar o procedimento em seu convênio e o mesmo será agendado.

Anestesista

O paciente fará uma avaliação com o anestesista antes da cirurgia.

Fisioterapeuta e Fonoaudiólogo

O paciente fará consultas com esses profissionais nos quinze dias que antecedem a cirurgia para avaliação pré-operatória, treinamento respiratório e orientações sobre a mastigação.

Na última consulta pré-operatória é indispensável a presença de um familiar.

Última Consulta Pré-Operatória

Na semana que antecede a cirurgia o paciente deve retornar ao consultório para a última consulta pré-operatória, onde terá as orientações finais sobre o ato cirúrgico e o pós-operatório imediato.

PÓS OPERATÓRIO

Após o procedimento cirúrgico o paciente permanecerá, em média, dois dias internado. Durante esse período, tomará medicamentos para controle de dor e náuseas, anticoagulante etc. e ficará em dieta zero no primeiro dia. No outro dia será iniciada a dieta líquida, 25ml de 30/30min, e no dia seguinte, estando tudo bem, receberá alta. É imprescindível o paciente caminhar assim que possível. O fisioterapeuta ajudará nesse processo.

Em casa, o paciente manterá a dieta rigorosa de acordo com a orientação da nutricionista, usará medicações conforme orientação médica e manterá repouso para atividades que exigem esforço físico. Fará caminhadas dentro de casa. É comum sentir dores leves, náuseas e até episódios de vômitos. Caso sinta algo fora do padrão, o paciente deverá contactar imediatamente um dos membros da equipe.

Após 15 dias, se o paciente estiver bem, já pode começar a voltar às atividades laborais (atividades laborais que não exijam esforço físico) e depois de 30 dias, para atividades laborais que exijam esforço físico.

Atividade física é fundamental e deve ser encarada como parte do tratamento para toda a vida.

O acompanhamento pós-operatório é de grande importância para o sucesso da cirurgia. Assim sendo, o paciente retornará na primeira semana para o cirurgião e o nutricionista. Em seguida, os retornos acontecerão mensalmente nos primeiros seis meses; trimestralmente entre seis meses e um ano; e semestralmente entre o primeiro e o segundo ano. Após o segundo ano, a orientação é de que o paciente mantenha uma consulta semestral ou, no, mínimo anual, com cirurgião e nutricionista.

Esse acompanhamento é fundamental para que o paciente mantenha uma boa nutrição, evite carências de vitaminas e complicações a longo prazo com a cirurgia, bem como reganho de peso. Normalmente, os pacientes que abandonam o acompanhamento, reganham muito peso.

O acompanhamento psicológico também é relevante e esse será determinado de acordo com a necessidade do paciente.

O fonoaudiólogo será indicado por ocasião da mudança para dieta sólida para orientação e exercícios sobre a mastigação.

Demais especialistas (endocrinologista, cardiologista, ginecologista etc.) serão necessários de acordo com a demanda de cada paciente.

Alimentação no pós-operatório

Fase líquida

Nas primeiras 24 horas após a cirurgia, a dieta líquida clara não deverá conter açúcar e deverá ser ministrada em pequenos volumes que irão evoluir, gradativamente, de 25ml para 50ml, sempre lentamente e em intervalos de 30 minutos, enquanto o paciente estiver acordado. Alguns alimentos permitidos são: chás, água de coco, isotônicos e suplementos específicos que serão indicados pelo nutricionista de acordo com cada paciente.

É de suma importância leves caminhadas nessa fase, a fim de evitar o acúmulo de gases.

Dieta pastosa

A dieta pastosa, como o próprio nome diz, tem consistência pastosa e deve ser ministrada em pequenas quantidades. É nesta fase que o paciente deverá treinar, exaustivamente, a mastigação e se dar mais tempo para as refeições. O paciente deve manter-se bastante hidratado ao longo do dia (a ingestão de água será calculada individualmente pelo nutricionista) para evitar complicações maiores como pedra nos rins e infecção urinária. Essa orientação poderá ser seguida nas outras fases da dieta e por toda a vida

Dieta regular

Essa é a fase em que a alimentação volta ao “normal”, com uma série de restrições e cuidados específicos, pois existem vários alimentos que podem causar entalos, intolerâncias e, nesse caso, manter um acompanhamento com o nutricionista da equipe será o diferencial para evitar tais problemas. Esse período é usado também para a prática de escolhas alimentares saudáveis, onde incluem alimentos ricos principalmente em proteínas, cálcio, ferro, vitaminas do complexo B e outros nutrientes necessários para a saúde.

Guia de atividade física

Primeiros dez dias de pós-operatório: caminhadas curtas em casa e sem pegar peso.
Do 11º ao 30º dia: caminhadas regulares de 15 a 30 minutos, para início de estímulo cardiovascular.
Do 31º ao 60º dia de pós-operatório: pode-se iniciar caminhadas de cerca de 45 minutos; elíptico, esteira e bicicleta ergométrica já são considerados permitidos.
Após 61 dias da cirurgia os pacientes estarão liberados para todas as atividades físicas, sem restrições.
Recomendamos fortemente uma associação de exercícios aeróbicos, com aqueles que tragam um desenvolvimento muscular.

Obesitrate
cirurgia geral e bariátrica

A Obesitrate nasceu do desejo de possibilitar aos nossos pacientes cuidado e atenção, oferecendo-lhes um acompanhamento de qualidade e procurando, desde a sua primeira consulta, dar-lhes as informações de forma minuciosa.

Passo a passo, o nosso paciente vai conhecendo as etapas de atendimento do cirurgião em conjunto com a equipe multiprofissional, rotina pré e pós-operatória, exames, consultas com especialistas, contato com convênios, enfim, todo o caminho que o levará à realização da cirurgia com toda a segurança necessária.

Com o passar dos dias de tratamento, nossos pacientes tornam-se amigos e o relacionamento entre equipe e pacientes é muito acolhedor e atencioso. Temos certeza de que isso faz toda a diferença no acompanhamento, principalmente, pós-operatório.

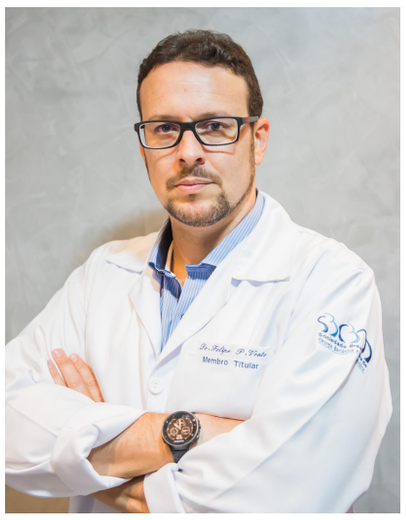
O sucesso no combate à obesidade é sempre muito comemorado por todos os integrantes da equipe.

CIRURGIÕES

Dr. Vanilson Ribeiro

CRM: 9051 | RQE: 3631 (Cir. Geral)
RQE: 7755 (Cir. Bariátrica)

Cirurgião geral e bariátrico.
Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM).



Dr. Felipe Vento

CRM: 10017 | RQE: 6391 (Cir. Geral)
RQE: 7810 (Cir. Bariátrica)

Cirurgião geral e bariátrico.
Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM).

Dr. Eduardo Demes

CRM: 10992 | RQE: 4174(Cir. Geral)
RQE: 4175(Laparoscopia)

Cirurgião geral, laparoscópico e bariátrico.
Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM).

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Dr. Renê Luz
Anestesista

Dr. Tiago Rodrigues
Anestesista

Dra. Raquel Pessoa
Nutricionista

Dra. Thais Barbosa
Nutricionista

Dra. Thayana Cavalcante
Nutricionista

Dra. Iria Amorim
Nutricionista

Dra. Vanessa Feijó
Fonoaudióloga

Dr. Alexandre Brasil
Psicólogo Clínico

Dra. Virgínia Serpa
Psicóloga Clínica

Dr. Marcello Siqueira
Fisioterapeuta

Jane Queiroz
Secretária

re modelar
re construir
re inventar-se
cirurgia geral e bariátrica
Obesitrate
www.obesitrate.com.br