

E APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA?

Maria Teresa Verrone Quilici*

Atualmente, a cirurgia bariátrica é considerada o único e efetivo tratamento para a obesidade grave ou mórbida (índice de massa corpórea maior que 40 Kg/m²) e para a obesidade moderada (índice de massa corpórea entre 35 e 39,9 Kg/m²) com co-morbidades que são curadas ou melhoradas com a perda de peso. Os pacientes devem ser portadores de obesidade há mais de dois anos e falharam com os tratamentos convencionais (dieta, medicamentos, exercícios, psicoterapia, etc.).

O objetivo da cirurgia bariátrica é que os pacientes diminuam seu grau de obesidade, nem sempre atingindo o peso ideal, porém, aliviando as patologias associadas e melhorando sua qualidade de vida. O estudo de meta-análise de 136 trabalhos, que incluiu 22.094 pacientes, Buchwald e colaboradores mostraram o impacto da redução de peso em importantes co-morbidades relacionadas à obesidade: diabetes, hiperlipemia, hipertensão e apnéia do sono. O *diabetes mellitus* 2 desapareceu em 76,8% e melhorou em 86,6% dos casos. A hiperlipemia melhorou em 70% ou mais dos pacientes. A hipertensão arterial ficou controlada em 61,7% dos pacientes e melhorada ou controlada em 78,5%. A apnéia obstrutiva do sono desapareceu em 85,7% dos pacientes e ficou controlada ou melhorada em 83,6% dos pacientes. Em outro estudo, Lee e colaboradores avaliaram o impacto da cirurgia bariátrica sobre a síndrome metabólica, presente em 52,2% de 645 pacientes obesos mórbidos, observando a resolução da mesma em 95,6% dos pacientes, com a perda de peso após um ano da cirurgia.

Estudos mais recentes demonstram a melhora do controle do *diabetes mellitus* 2 logo nas primeiras semanas após a cirurgia, mesmo antes da perda de peso e da melhora da resistência insulínica. A melhora do controle glicêmico está relacionada com a melhora da sensibilidade insulínica das células beta, decorrente de alteração da secreção de hormônios gastrointestinais (GIP e GLP-1), estimulados pela chegada mais rápida dos nutrientes no íleo. O GLP-1 age como incretina, isto é, aumenta a secreção de insulina e também diminui a secreção de glucagon, determinando um melhor controle da glicemia estimulada pela refeição.

A mortalidade aumentada associada à obesidade mórbida é decorrente das co-morbidades freqüentemente presentes, tais como: resistência insulínica, diabetes, hipertensão arterial, dislipemia e distúrbios da respiração. Um estudo (Mac Donald e col.) observou o efeito da cirurgia bariátrica na progressão e na mortalidade em um grupo de pacientes obesos com *diabetes mellitus* 2 demonstrando uma significativa diminuição na taxa de mortalidade no grupo operado (9% comparado com 28% no grupo controle). Christou e colaboradores observaram uma significativa redução na taxa de mortalidade geral associada à perda de peso pela cirurgia bariátrica (0,68% comparada com 6,17% nos indivíduos controles), o que permite calcular redução do risco relativo de morte em 89%.

Para que todos os benefícios da cirurgia bariátrica sejam alcançados, o paciente deve:

- ter sua cirurgia bem indicada,

- ser avaliado e orientado por equipe multiprofissional (nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, enfermeiro, endocrinologista, cardiologista, pneumologista, psiquiatra, cirurgião bariátrico) preparada e experiente,
- estar consciente de todo o processo e comprometidos a fazer o acompanhamento após a cirurgia para o resto da vida.

A avaliação do risco cirúrgico deve levar em consideração a idade do paciente, grau de obesidade, co-morbidades e o tipo de cirurgia. A taxa de mortalidade pós-operatória relatada na literatura está entre 0,1% e 1%, e um estudo recente apresenta taxa de 0,25%, sendo menor quanto maior a experiência do grupo de cirurgia bariátrica.

As complicações pós-operatórias precoces que podem ocorrer são: embolia pulmonar, insuficiência respiratória, hemorragia, fistula, deiscências, estenoses e óbito.

No pós-operatório imediato, o paciente está com a capacidade gástrica reduzida, na gastroplastia com derivação em Y de Roux em torno de 30 ml e nas derivações biliopancreáticas em torno de 350 ml. A dieta prescrita é hipocalórica, líquida, fracionada em pequenos volumes (50 ml) e tem como objetivo o repouso gástrico, a adaptação a pequenos volumes e a hidratação. Geralmente, esse período compreende duas a quatro semanas, com passagem gradativa para dieta pastosa e sólida após 30 dias da cirurgia, quando são iniciados os suplementos vitamínicos. A perda de peso média é de 10 % nesse período, sendo o acompanhamento nutricional e clínico essencial bem como de toda a equipe. Nas primeiras semanas os retornos são semanais com o cirurgião que faz a retirada dos drenos e acompanha a evolução das feridas cirúrgicas, com a retirada da gastrostomia entre a terceira e quarta semana. É uma fase psicologicamente difícil para o paciente, que acaba de sair de um procedimento cirúrgico, enfrenta dor, desconforto de drenos, adaptação à dieta e expectativa quanto à nova fase, devendo estar preparado e ter acompanhamento psicológico próximo. Os pacientes que realizam um preparo pré-operatório adequado, conhecendo todo o processo pelo qual irão passar e têm o apoio familiar, apresentam uma evolução pós-operatória mais favorável que aqueles que não seguem as normas estabelecidas e pulam etapas, surgindo maior incidência de complicações principalmente em relação à adaptação à dieta (engasgos, vômitos, dor abdominal, etc) e distúrbios psicológicos e psiquiátricos (depressão, ansiedade, etc).

Após o primeiro mês, a dieta deverá continuar fracionada, em pequenas porções, rica em ferro, cálcio e vitaminas. O paciente é orientado a escolher alimentos nutritivos e a mastigação exaustiva deve ser estimulada, para evitar engasgos e vômitos.

A evolução nutricional deve ser lenta e progressiva para alimentos sólidos, dependendo da tolerância individual, sendo os pacientes mais ansiosos e que não foram bem treinados para a mastigação lenta os que tendem a sentir mais desconforto e até vômitos, necessitando de maior atenção da equipe multiprofissional.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 8, n. 3, p. 30 - 32, 2006

* Professora do Depto. de Medicina - CCMB/PUC-SP, Endocrinologista do Grupo de Cirurgia de Obesidade do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. Recebido em 28/8/2006. Aceito para publicação em 28/8/2006.

O uso de suplemento multivitamínico é iniciado a partir do primeiro mês e é monitorado trimestralmente durante os dois primeiros anos do pós-operatório nas consultas, quando se avalia: evolução de peso e o índice de massa corpórea, circunferência da cintura e do quadril, sintomas gastrointestinais, dieta e atividade física e exames laboratoriais, que buscam identificar as complicações mais comuns da cirurgia bariátrica: anemia (deficiência de ferro, folato e cobalamina), desnutrição protéica (albumina), deficiência de complexo B e cálcio, bem como acompanhar os parâmetros metabólicos de glicemia, lipídeos, ácido úrico, eletrólitos, função renal, função hepática e outros.

A manutenção de dieta equilibrada em macro e micro nutrientes, com alimentos ricos em vitaminas e sais minerais e quantidades moderadas de proteínas (70 gramas) e de carboidratos e pequena quantidade de gorduras permite manter uma ingestão menor de calorias e uma perda maior peso. O uso de açúcares e gorduras podem causar sintomas de *dumping*, desencadeados pela passagem rápida dos alimentos para o intestino delgado, estimulando a produção de insulina. Os pacientes que não apresentam esse sintoma e abusam de alimentos altamente calóricos ou de bebidas alcoólicas estão predispostos à falha na perda de peso e à desnutrição. Portanto, os pacientes devem sempre ser orientados sobre a importância da adesão à dieta orientada pela nutricionista, do uso correto das vitaminas, da realização de atividade física e da realização dos exames laboratoriais e clínicos periódicos, bem como do acompanhamento psicológico.

Após o terceiro mês, o paciente geralmente está mais adaptado à dieta, a perda de peso é mais notória, há aumento da disposição e do bem-estar geral. Nessa fase, as medicações para diabetes e hipertensão arterial já não são mais necessárias ou estão bem reduzidas, fazendo uso somente dos suplementos vitamínicos. Uma das queixas comuns é a queda de cabelos e as unhas mais fracas, decorrentes da perda de proteínas que é mais intensa na fase inicial de perda de peso e que melhora com o aumento na ingestão de proteína (carne) e dos suplementos vitamínicos e minerais.

Por volta do sexto ao oitavo mês da cirurgia, espera-se que o paciente tenha perdido por volta de 30% do peso inicial. O paciente já tem bastante segurança para escolher os alimentos de sua dieta, pois compreende a importância de compor seu cardápio com elementos ricos em proteínas, cálcio, ferro, vitamina A, vitamina C, folatos, além dos glicídios e lipídios. Psicologicamente, os pacientes experimentam grande euforia, pois tudo é novo, sentem-se bem dispostos, começam a ter vida social, procurar emprego, voltam a estudar, enfim, tentam retomar uma vida normal. Nessa fase é importante a terapia voltada para a nova imagem corporal, que geralmente o obeso perde durante a vida, pois deixa de se olhar pelas frustrantes dietas que levaram a tantas oscilações de peso, não tendo mais noção de seu corpo. Pacientes que usavam a gordura para se proteger ou esconder conflitos podem ter dificuldades emocionais, chegando a "burlar" a dieta, ingerindo alimentos altamente calóricos com a finalidade de dificultar sua perda de peso. Esses pacientes precisam de ajuda para vencer a angústia e a ansiedade gerada pela nova fase, aprendendo a se relacionar com o novo corpo e com as situações diferentes daquelas vividas anteriormente, agora sem as dificuldades impostas pela obesidade.

Após um ano da cirurgia, geralmente a perda de peso estabiliza em torno de 30-40% do peso inicial, o paciente encontra-se adaptado à sua dieta e às suas atividades físicas, a

fase de novidades passa e muitas vezes a depressão pode se instalar se o paciente colocar na cirurgia (tornar-se magro) a expectativa de resolver todos os seus problemas de relacionamentos ou de trabalho. É necessário reorganizar-se e estruturar-se novamente nessa fase da vida, muitas vezes com ajuda profissional. Estudos mostram que os pacientes obesos mórbidos apresentam alta prevalência de conflitos psicológicos, que se modificam com a perda de peso, porém, não desaparecem, sendo necessária adequada avaliação e tratamento pré-operatório bem como o acompanhamento no pós-operatório para evitar complicações futuras. O acompanhamento nutricional, clínico e cirúrgico continua sendo trimestral ou semestral até o segundo ano, e depois anual.

As complicações cirúrgicas tardias são as estenoses, úlceras anastomóticas ou do coto gástrico, dilatação da bolsa ou do esôfago distal, esofagite, colelitíase, náuseas e vômitos persistentes, ou falha na perda de peso, que serão detectadas pela equipe cirúrgica preparada e atenta, sendo importante o acompanhamento do paciente, como já foi citado anteriormente, pois são complicações passíveis de tratamento, evitando-se as complicações maiores.

Sabemos que os riscos da cirurgia bariátrica existem, principalmente as complicações gastrintestinais e respiratórias, além das deficiências nutricionais, porém, para os pacientes com indicação cirúrgica adequada e precisa, os benefícios da perda de peso suficiente e mantida, aliviando e retardando a progressão das co-morbidades relacionadas com a obesidade, estão bem estabelecidas. A necessidade de comprometimento do paciente à orientação dietética e ao acompanhamento médico por toda a vida pode não garantir todos os benefícios e os efeitos sobre a mortalidade, sendo necessário mais estudos de longo prazo para conhecermos as conseqüências da cirurgia bariátrica.

Atualmente, organizações internacionais americanas (*National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases*) estão realizando estudos para levantar os riscos e benefícios da cirurgia bariátrica (*Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery LABS*), que virão somar-se aos dados dos estudos já existentes, principalmente do SOS (Sjöström e colaboradores). Enquanto aguardamos, os dados disponíveis mostram que a obesidade mórbida cursa com alta taxa de morbidade e mortalidade, e que a cirurgia bariátrica é, atualmente, o tratamento disponível mais eficaz e duradouro, reduzindo morbidade e mortalidade e melhorando a qualidade de vida dos pacientes, com melhores resultados nos pacientes preparados e acompanhados por equipe multiprofissional experiente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2004; 292:1724-37.
2. Lee WJ, Huang MT, Wang W, Lin CM, Chen TC, Lai IR. Effects of obesity surgery on the metabolic syndrome. *Arch Surg*. 2004; 139:1088-92.
3. Guidone C, Manco M, Valera-Mora E, Iaconelli A, Gniuli D, Mari A, et al. Mechanisms of recovery from type 2 diabetes after malabsorptive bariatric surgery. *Diabetes*. 2006; 55: 2025-31.
4. MacDonald KG Jr, Long SD, Swanson MS, Brown BM, Morris P, Dolum GL, et al. The gastric bypass operation reduces the progression and the mortality of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *J Gastrointest Surg*. 1997; 1:213-20.

5. Christou NV, Sampalis JS, Liberman M, Look D, Auger S, McLean AP, et al. Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use um morbidly obese patients. *Ann Surg.* 2004; 240:416-23.
6. Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchar d C, Carlsson B, et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med.* 2004; 351:2683-93.
7. Mango VL, Frishman WH. Physiologic, psychologic, and metabolic consequences of bariatric surgery. *Cardiol Rev.* 2006;14:232-7.