

MANUAL DE CIRURGIA **BARIÁTRICA**



***Tudo o que você
precisa saber!***

Vitali
você mais saudável



Índice

• Equipe multidisciplinar	01
• Bem vindo!	02
• O que é Obesidade?	04
• Como calcular o seu IMC	04
• Doenças decorrentes do excesso de gordura corporal	05
• Critérios para a Cirurgia Bariátrica	06
• Critérios para a Cirurgia Metabólica	07
• Cirurgias	08
• Como é feita a cirurgia?	10
• Cirurgia Robótica	11
• Avaliação pré-operatória	12
• Objetivo do atendimento nutricional	13
• Objetivo do acompanhamento psicológico	14
• Terminei todas as avaliações e exames. E agora?	15
• Dia da cirurgia	16
• Alta hospitalar	17
• Dúvidas	18
• Dumping	23

EXPEDIENTE

Manual desenvolvido pela Clínica Vitali com o objetivo de informar e esclarecer dúvidas dos pacientes sobre a cirurgia bariátrica.

Colaboradores: Dr. Hercio Azevedo de Vasconcelos Cunha, Dr. Michel Victor Castilho, Dr. Rafael Meneguzzi Alves Ferreira, Dr. Ricardo Dutra Sugahara, Dra. Mila Pontes Ramos Cunha, Nut. Adriana Passos, Nut. Maria Esther Amaral, Psic. Adriana Modugno Leite, Conceição Aparecida Rener, Renata Cristina Rodrigues.

Diagramação: Agência Industria de Ideias Comunicação Estratégica - www.industriadeideias.com.br

Atualização 02 - Novembro 2020



Vitali

você mais saudável

Equipe Multidisciplinar

Cirurgiões

- Dr. Hercio Azevedo de Vasconcelos Cunha
- Dr. Michel Victor Castilho
- Dr. Rafael Meneguzzi Alves Ferreira
- Dr. Ricardo Dutra Sugahara

Endocrinologia

- Dra. Mila Pontes Ramos Cunha

Nutrição

- Adriana Passos Cardoso
- Maria Esther Amaral

Psicologia

- Adriana Modugno Leite



Bem Vindo ao Manual de Cirurgia Bariátrica do Instituto Campineiro de Tratamento da Obesidade!!!

Este material foi desenvolvido com o objetivo de esclarecer o processo da Cirurgia Bariátrica, incluindo aspectos da doença obesidade, a preparação para a cirurgia, os procedimentos cirúrgicos e o acompanhamento pós-operatório. Queremos ajudar a disseminar a cultura de viver saudável.

O ritmo de vida nos dias de hoje é muito acelerado. Esquecemos que temos algumas necessidades básicas, que são fundamentais para o nosso bem estar. Precisamos nos conscientizar que uma alimentação saudável e a realização de exercícios físicos devem ter prioridade equivalente ao trabalho, estudo e lazer.

Enquanto não entendermos que, como os automóveis necessitam de combustível e revisões regulares para um bom funcionamento, nós precisamos nos alimentar adequadamente e fazer exercícios regularmente (que ajudam não só no combate à obesidade, mas também em inúmeras outras enfermidades), padeceremos brigando contra a obesidade.

Hoje no Brasil, mais da metade da população está acima do peso. A cada dia que passa descobrimos mais doenças ligadas à obesidade – hipertensão arterial, diabetes mellitus, apneia do sono, dislipidemia, asma, infertilidade, doença do refluxo gastro-esofágico, diversos tipos de tumores malignos, entre outros.



Um estudo realizado no Reino Unido evidenciou que a cada 5kg/m² a mais no IMC (Índice de Massa Corpórea – abordaremos no próximo capítulo), aumenta em 30% a taxa de mortalidade geral. Acreditamos que estamos lidando com a doença do século e que se não fizermos algo para mudar, teremos que enfrentar muitos problemas relacionados a ela num futuro próximo.

“Acreditamos que estamos lidando com a doença do século e que se não fizermos algo para mudar, teremos que enfrentar muitos problemas relacionados a ela num futuro próximo.”

A equipe multidisciplinar do Instituto Campineiro de Tratamento da Obesidade quer ajudar você a ter uma vida saudável. Acreditamos que a troca de informações entre nossa equipe traz grandes resultados para nossos pacientes e por isso sempre orientamos que a preparação e o seguimento sejam realizados com todos os nossos profissionais. Este Manual é uma pequena peça do grande quebra-cabeça da Cirurgia Bariátrica. Estaremos à disposição para ajudar e também para aprender nesta relação que temos com nossos pacientes.

Atenciosamente,
Equipe ICTO

O que é Obesidade?

A obesidade é definida como uma doença crônica associada ao excesso de gordura corporal, com causas complexas e multifatoriais, resultando da interação de estilo de vida, genética e fatores emocionais. A definição de obesidade mais utilizada é baseada no índice de massa corporal (IMC). A gordura localizada na região central do corpo, mais especificamente a obesidade abdominal está associada a um maior risco cardiometabólico.

Como calcular o seu IMC?

O IMC (Índice de Massa Corporal) é uma maneira de calcular, de forma rápida o excesso de peso para classificarmos o paciente quanto ao grau de obesidade.

Classificação	IMC (kg/m ²)	Risco de complicações
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Faixa normal	18,5 - 24,9	Médio
Sobrepeso	25 - 29,9	Levemente aumentado
Obesidade grau 1	30 - 34,9	Moderado
Obesidade grau 2	35 - 39,9	Grave
Obesidade grau 3	≥ 40	Muito grave

IMC: Índice de Massa Corporal;
OMS: Organização Mundial da Saúde
Fonte: Adaptada de WHO, 1997.

Doenças decorrentes do excesso de gordura corporal

Síndrome metabólica (Segundo NCEP / ATPIII)

- Hipertensão arterial sistêmica
- Diabetes mellitus tipo 2
- Pré-diabetes
- Dislipidemia (Colesterol e/ou triglicérides elevados)
- Gota
- Esteatose hepática (Gordura no fígado)

Cardiopatias


- Cardiopatia isquêmica
- Insuficiência cardíaca congestiva
- Cor pulmonale
- Síndrome da Hipoventilação pulmonar associada à obesidade
- Dispneia aos esforços

Câncer

- Colo-retal (Intestino)
- Endométrio (Útero)
- Esôfago
- Mama
- Pâncreas
- Rins
- Vesícula

Síndrome dos ovários policísticos

- Infertilidade

 **Artropatias; Insuficiência venosa periférica; Apneia obstrutiva do sono; Refluxo gastro esofágico; Hérnias da parede abdominal; Incontinência urinária de esforço; Varizes; Hemorroidas; Litíase biliar (pedra na vesícula); Depressão e outras alterações emocionais.**

Critérios para a Cirurgia Bariátrica



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.131/2015

Publicada no D.O.U. em 27 dezembro de 2015, Seção I, p.205

INDICAÇÕES GERAIS

- Pacientes com índice de massa corpórea (IMC) acima de 40kg/m².
(Retificação publicada no D.O.U. 29 jan. 2016, Seção I, p. 287)
- Pacientes com IMC maior que 35kg/m² e portadores de comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que até ameaçam a vida como: diabetes, apnéia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doenças cardiovasculares incluindo doença arterial coronariana, infarto do miocárdio (IM), angina, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), acidente vascular cerebral, hipertensão e fibrilação atrial, cardiomiopatia dilatada, cor pulmonale e síndrome de hipoventilação, asma grave não controlada, osteoartroses, hérnias discais, refluxo gastroesofageano com indicação cirúrgica, colecistopatia calculosa, pancreatites agudas de repetição, esteatose hepática, incontinência urinária de esforço na mulher, infertilidade masculina e feminina, disfunção erétil, síndrome dos ovários policísticos, veias varicosas e doença hemorroidária, hipertensão intracraniana idiopática (*pseudotumor cerebral*) estigmatização social e depressão.
- Idade: Maiores de 18 anos.
- Obesidade estabelecida conforme os critérios acima, com tratamento clínico prévio insatisfatório de, pelo menos, dois anos.

Critérios para a Cirurgia Metabólica



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.172/2017

Publicada no D.O.U. em 27 dezembro de 2017, Seção I, p.205

Reconhece a cirurgia metabólica para o tratamento de pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2, com IMC entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m², sem resposta ao tratamento clínico convencional, como técnica não experimental de alto risco e complexidade.

INDICAÇÃO PARA CIRURGIA

A indicação cirúrgica do paciente deve ser feita obrigatoriamente por 2 médicos especialistas em endocrinologia, mediante parecer fundamentado atestando a refratariedade ao tratamento clínico otimizado com uso de antidiabéticos orais e/ou injetáveis e com mudanças no estilo de vida.

ELEGIBILIDADE PARA A CIRURGIA

São considerados critérios essenciais para indicação de cirurgia metabólica para tratamento de diabetes mellitus tipo 2, para pacientes com IMC entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m² (o paciente deverá preencher todos os critérios abaixo):

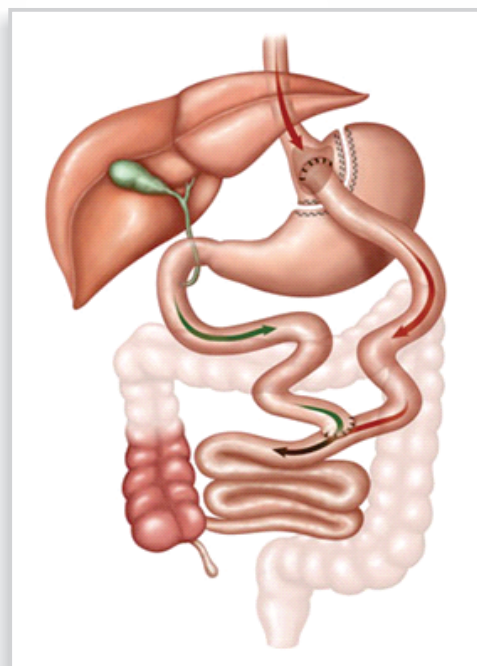
1. pacientes com IMC entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m²; 2. idade mínima de 30 anos e máxima de 70 anos; 3. pacientes com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) com menos de 10 anos de história da doença; 4. refratariedade ao tratamento clínico, caracterizada quando o paciente não obtiver controle metabólico após acompanhamento regular com endocrinologista por no mínimo dois anos, abrangendo mudanças no estilo de vida, com dieta e exercícios físicos, além do tratamento clínico com antidiabéticos orais e/ou injetáveis; 5. pacientes que não tenham contraindicações para o procedimento cirúrgico proposto.

Cirurgias

Bypass Gástrico

Estudado desde a década de 60, o bypass gástrico é a técnica bariátrica mais praticada no Brasil, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas devido à sua segurança e, principalmente, sua eficácia. O paciente submetido à cirurgia perde de 35% a 40% do peso inicial.

Nesse procedimento misto (restritivo e disabsortivo), é feito o grampeamento de parte do estômago, que reduz o espaço para o alimento, e um desvio do intestino inicial, que promove o aumento de hormônios que dão saciedade e diminuem a fome.



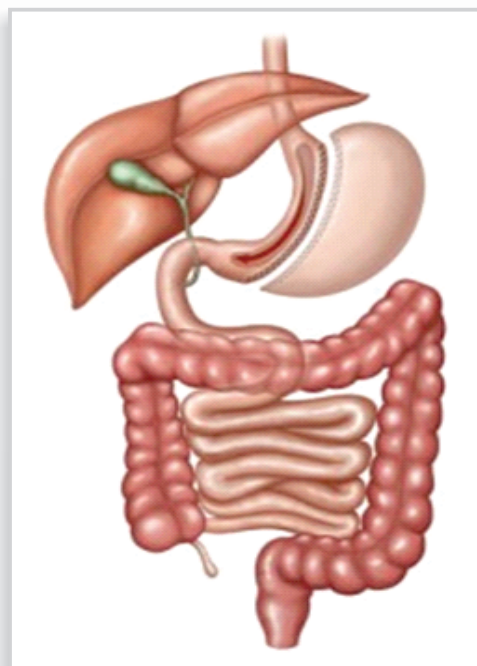
“O bypass gástrico é a técnica bariátrica mais praticada no Brasil.”

Gastrectomia Vertical (Sleeve)

Nesse procedimento, o estômago é transformado em um tubo, permanecendo com cerca de 25% de sua capacidade (150-200ml).

Essa intervenção baseia-se nos princípios da restrição do volume alimentar ingerido e retirada do fundo gástrico onde é produzido o hormônio Grelina, responsável por gerar a sensação de fome.

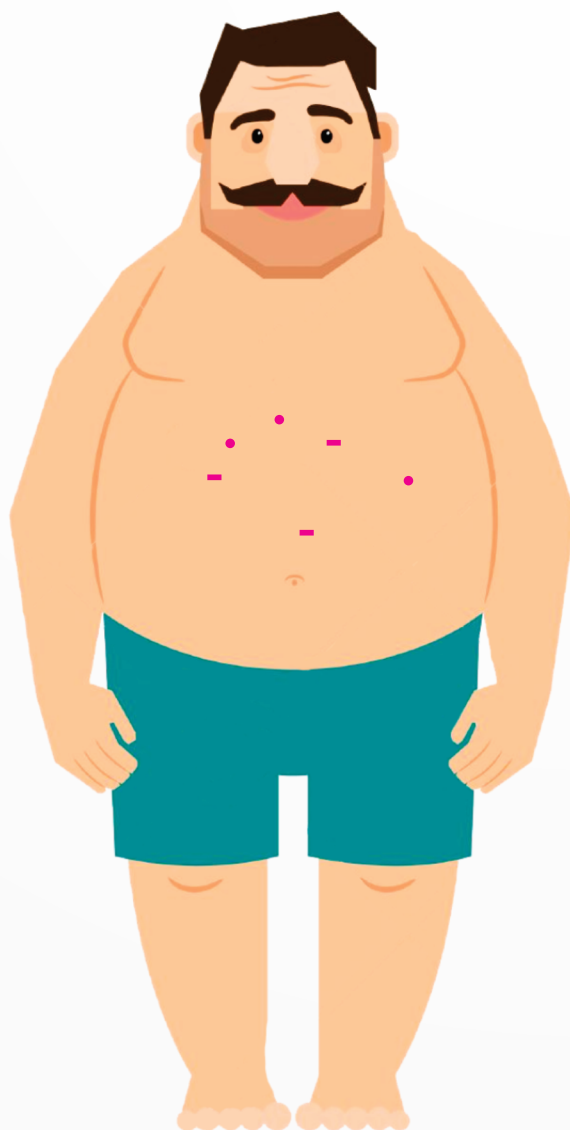
“Essa intervenção baseia-se nos princípios da restrição do volume alimentar ingerido.”



Como é feita a cirurgia?

A cirurgia é realizada por cirurgia minimamente invasiva utilizando a cirurgia videolaparoscópica ou cirurgia robótica.

Nos dois métodos são realizados de cinco à seis pequenas incisões no abdômen, tendo como principais vantagens: o menor risco de desenvolvimento de hérnias e infecções, menor índice de dor no pós-operatório e retorno precoce às atividades rotineiras.

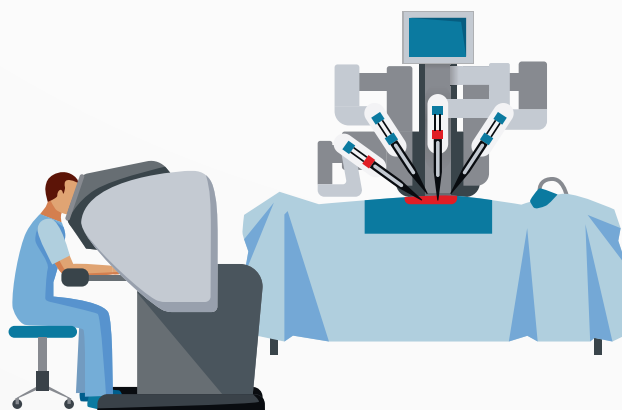


Cirurgia robótica

Atualmente já podemos realizar todos os métodos de cirurgias bariátricas com auxílio da robótica. Hoje, a cirurgia robótica é o modo de se operar mais avançado do mundo, sendo uma evolução da cirurgia laparoscópica. Além do cirurgião ter uma visão tridimensional das estruturas internas do paciente, os braços do robô são menores, mais delicados, reproduzem exatamente os movimentos das mãos humanas e são preparados para não tremer, fatores que tornam os procedimentos mais precisos e seguros, mantendo a vantagem das cirurgias laparoscópicas de incisões pequenas. Ao contrário do que muita gente acredita, quem realiza as cirurgias é o cirurgião, sendo que o robô potencializa a destreza do médico.

Vantagens da cirurgia robótica:

- Menos dor no pós-operatório;
- Menor tempo de internação do paciente;
- Recuperação mais rápida do paciente para retornar as atividades cotidianas;
- Maior precisão dos movimentos, cortes e dissecções;
- Menor risco de sangramentos;
- Acesso mais fácil a áreas críticas do corpo humano;
- Maior segurança em cirurgias revisionais (pacientes que já foram submetidos a cirurgias anteriormente);
- Melhor ergonomia para o cirurgião;
- Visão tridimensional, tornando o procedimento mais intuitivo, facilitando os movimentos do cirurgião..



Avaliação pré-operatória

O bom preparo pré-operatório do paciente candidato à cirurgia é fundamental para o sucesso do procedimento. A avaliação deve ser multidisciplinar e minuciosa, identificando adequadamente qualquer fator que possa interferir no resultado da cirurgia.

Exames complementares são necessários para identificar condições que possam piorar o risco cirúrgico do indivíduo, tais como causas secundárias da obesidade, complicações metabólicas decorrentes do excesso de peso, entre outras.

Os pacientes deverão ser avaliados por cirurgião, endocrinologista, cardiologista, pneumologista, psicólogo e/ou psiquiatra e nutricionista.

Perder peso antes da cirurgia é fundamental para facilitar o procedimento, diminuir riscos e acelerar sua recuperação.

O paciente tabagista deve parar de fumar pelo menos 8 a 12 semanas antes da cirurgia para minimizar o risco de complicações tromboembólicas e infecciosas.

A suspensão de contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal por 1 mês antes da cirurgia é aconselhável.

Mulheres em idade reprodutiva devem utilizar um método contraceptivo seguro para prevenir gestação até estabilizar o peso, pelo menos nos primeiros 12 meses de pós-operatório, pois não há segurança em relação aos contraceptivos orais após a cirurgia bariátrica. Mulheres em idade fértil devem realizar um teste de gravidez antes do procedimento cirúrgico.



Objetivo do atendimento nutricional

- Informar o paciente sobre as mudanças das necessidades nutricionais decorrentes da cirurgia;
- Avaliar o padrão alimentar do paciente e da família;
- Identificar hábitos alimentares que podem auxiliar ou prejudicar a evolução cirúrgica;
- Avaliar a composição corporal (peso atual, circunferências e bioimpedância elétrica);
- Avaliar a ocorrência de deficiências de nutrientes;
- Auxiliar na manutenção do peso atual ou na redução do peso corporal, quando necessário;
- Orientar a dieta para o período pré e pós operatório;
- Emitir o parecer nutricional, mediante diagnóstico nutricional;
- Garantir o emagrecimento de forma saudável;
- Atingir o peso corporal adequado no pós-operatório.



“Aconselhamos mudanças do padrão e do comportamento alimentar..., e a prática de atividade física regular.”

O atendimento nutricional no pós operatório acontecerá de forma periódica, sendo imprescindível a participação ativa do paciente, para minimizar complicações nutricionais, como as deficiências de nutrientes e/ou recidiva da obesidade a médio e longo prazo.

A evolução da dieta acontecerá de forma gradual, sendo a primeira fase líquida e depois evoluindo para a consistência semi-pastosa, semi-sólida e normal. Aconselhamos mudanças do padrão e do comportamento alimentar, a importância do uso contínuo da suplementação prescrita e da prática de atividade física regular.

Objetivos do acompanhamento psicológico

Prepará-lo para as mudanças físicas, psicológicas e sociais:

- Alimentação e hábitos alimentares;
- Sensações e experiências corporais;
- Imagem corporal;
- Novos sentimentos;
- Novo estilo de vida;
- Mudanças significativas e inesperadas nas relações com outras pessoas;



Este contato com a Psicologia oferece uma oportunidade de auto-conhecimento, de pensar sobre sua escolha de forma responsável e consciente, discutir suas expectativas com relação à cirurgia e suas motivações pessoais para buscar esta mudança neste momento.

O acompanhamento pós-cirúrgico auxilia na adaptação a um novo corpo (elaboração entre o corpo que imaginou e o corpo que vai se formando), na adaptação aos novos hábitos e nas novas relações que o paciente vai estabelecer com si próprio e com os outros. Aderir de forma mais eficiente ao tratamento, ajudá-lo a se manter motivado e responsável pela criação de uma nova identidade.

É recomendado que o acompanhamento psicológico seja realizado pelas psicólogas da equipe, pois o(a) psicólogo(a) responsável pelo seguimento dos pacientes antes e após a cirurgia deve estar capacitado e ter experiência no tratamento que envolve especificamente as questões da obesidade e da cirurgia bariátrica.

O paciente de cirurgia bariátrica vivenciará mudanças que também repercutirão na vida dos familiares. Nossa equipe incentiva a participação da família em todo o processo porque entende que ela tem um papel de extrema importância na boa evolução do paciente. O entendimento, participação e posturas adotadas pelos familiares terão impacto no processo vivido pelos pacientes antes e depois da cirurgia.

“O acompanhamento pós-cirúrgico auxilia na adaptação a um novo corpo.”

Terminei todas as avaliações e exames pré-operatórios, e agora?



O que devo fazer agora?

O profissional da equipe que vai terminar o processo é o seu cirurgião. Após a avaliação dos exames e dos relatórios multidisciplinares, ele irá solicitar a liberação junto ao seu convênio médico.



Aguardando a liberação do convênio:

O tempo para liberação varia de convênio para convênio. Inclusive alguns exigem que você passe por um perito médico. Nossa equipe não tem como adiantar ou interferir neste processo. A data da cirurgia só poderá ser confirmada após a liberação.



A cirurgia foi liberada pelo convênio:

Após a liberação do convênio nossa assistente responsável pelo agendamento irá entrar em contato com você para orientar quanto ao pré-operatório.



Itens do pré-operatório:

- Agendamento da consulta com o médico anestesista;
- Assinatura do termo de consentimento informado (documento que explica o processo da cirurgia e seus riscos);
- Receita com as medicações que usará no pós-operatório;
- Orientações dos itens obrigatórios (meia elástica, botas pneumáticas);
- Agendamento da data da cirurgia;
- Preenchimento da ficha de segurança;
- Agendamento do retorno na clínica: 7 a 10 dias após a cirurgia.

“Parabéns, você tomou uma grande decisão de mudança em sua vida!”

Dia da cirurgia




- Você deve levar ao hospital todos os seus exames, receitas médicas, o termo de consentimento informado, meia elástica e itens de higiene pessoal.
- Estar em jejum absoluto (inclusive água) desde as 22:00 do dia anterior à cirurgia.
- Faça a dieta pré-operatória conforme orientação da nutricionista.
- Com relação às suas medicações de rotina, siga a orientação do médico anestesista.
- No hospital, dirija-se a central de internação. Não esqueça do seu documento de identidade, carteirinha do convênio e a guia de liberação da cirurgia.
- A cirurgia dura em média 1 hora e meia, mas esse tempo pode variar. Porém, o período entre a saída do quarto e o retorno ao mesmo leva em média 6 horas (transporte ao centro cirúrgico, anestesia, cirurgia, acordar da anestesia e recuperação pós anestésica e retorno ao quarto).
- É rotina da nossa equipe chamar o acompanhante na entrada do centro cirúrgico quando a cirurgia termina. Caso seu acompanhante queira conversar com seu cirurgião, é **OBRIGATÓRIO** que o mesmo aguarde no quarto do paciente ou no local orientado pela recepção do hospital.
- A recuperação na UTI normalmente não é necessária a não ser em casos específicos.
- Se algum dos seus médicos orientou medicações específicas durante a internação, leve-as consigo para o hospital.
- A média de internação é de 2h horas.
- Assim que achar que tem condições, comunique a enfermagem para avaliação quanto a caminhar, é a melhor maneira diminuir os gases abdominais e de evitar trombose (coágulo na perna). De qualquer forma em até 06 horas após a cirurgia um profissional da fisioterapia do hospital irá avaliá-lo e realizar um trabalho de deambulação. Você pode caminhar assim que chegar no quarto, não existe contra indicação..
- Em média, 06 horas após a cirurgia é iniciada a oferta da dieta específica para o pós operatório.

Alta hospitalar



- Um médico da equipe vai passar visita nos dias em que você estiver internado e na alta. Todos os médicos da Equipe Vitali estão habilitados a acompanhar os pacientes internados.
- Não esqueça seus exames no hospital.

Cronograma de consultas



7-10 dias	Cirurgião
15 dias	Nutricionista
30 dias	Psicóloga
45 dias	Cirurgião / Nutricionista
2 meses	Psicóloga
3 meses	Endócrino
4 meses	Nutricionista / Psicólogo
6 meses	Cirurgião / Psicólogo / Nutricionista
9 meses	Endócrino / Psicólogo
10 meses	Nutricionista
12 meses	Cirurgião / Nutricionista
18 meses	Nutricionista

Após 1 ano de cirurgia, se tudo estiver indo bem, o acompanhamento será: Cirurgião 1x ao ano / Endocrinologia 1x ao ano (intercalado com cirurgião) / Nutricionista 6 em 6 meses / Psicóloga 6 em 6 meses.

Dúvidas



Perde-se mais peso nos primeiros seis meses?

Sim. Por isso a importância do paciente seguir com disciplina as recomendações dos profissionais nessa primeira etapa do pós-operatório.

Será que estou perdendo pouco peso?

Uns perdem mais no início, outros têm perda menor, mas constante. A perda, no entanto, é sempre proporcional ao peso inicial: os mais pesados perdem mais. Após o desvio do estômago, observa-se uma média de perda de peso que, um ano após a cirurgia, varia de 30 a 40 % do peso inicial .

Após um ano da cirurgia, o paciente normalmente engorda?

Não é verdade. Na maioria dos casos, o ganho de peso ocorre quando o paciente não assume hábitos saudáveis, como a adoção de dieta menos calórica e mais nutritiva e a prática de exercícios físicos regulares.

Corro risco de emagrecer demais?

Todo ser humano tem um peso ideal em torno do qual o corpo tende a se estabilizar, ainda que pequenas variações para mais ou para menos sejam comuns ao longo dos anos. Pacientes que emagrecem mais do que o previsto, normalmente apresentam alguma alteração associada, seja nutricional, metabólica, endocrinológica ou psicológica, por isso o seguimento multidisciplinar é necessário.

Posso voltar a engordar após a cirurgia?

Até aproximadamente 01 ano e 03 meses após a cirurgia, o paciente normalmente ainda perde peso. A partir do momento que esse processo se estabiliza, é possível haver algum ganho, caso o paciente “baixe a guarda” e não se esforce para manter o peso. Esforço, significa manter uma dieta balanceada e atividades físicas, o que é recomendado para os operados ou não. A cirurgia é apenas o primeiro passo rumo a uma nova vida e é preciso abandonar antigos hábitos e adotar uma forma de vida mais saudável, que inclui dieta equilibrada e a prática de exercícios.

Situações de recidiva da obesidade são mais observadas entre o terceiro e quinto ano pós cirurgia. O principal fator para ganho de peso posterior é a não adesão ao tratamento, que não se resume apenas às cirurgias bariátricas. O tratamento deve ser sempre multidisciplinar e por toda a vida.



Posso ter diarreia após a cirurgia?

As técnicas de gastroplastia com bypass e gastrectomia vertical normalmente não causam diarreia. As técnicas predominantemente disabsortivas cursam com diarreia frequentemente.

Posso ficar com o intestino preso?

Após a cirurgia, principalmente nas primeiras semanas, a dieta é bem diferente da rotina anterior. No começo não há ingestão de fibras, o volume consumido é reduzido e alguns pacientes podem sentir dificuldade para evacuar, somado às alterações alimentares, passamos por um processo que envolve mudança da flora intestinal.

Normalmente o hábito intestinal torna-se regular no decorrer das semanas.

Vou sentir fome no pós-operatório?

Muitos pacientes têm medo de sentir fome no pós-operatório e de não conseguirem se alimentar. Normalmente o paciente não apresenta fome no período pós-operatório devido à diminuição dos níveis do hormônio chamado grelina, responsável pela sensação de fome. Os pacientes devem se alimentar seguindo rigorosamente as orientações nutricionais para não sentirem fraqueza ou tonturas.

Fome ou vontade de comer?

Outro fator importante no pós-operatório é distinguir o que é fome (necessidade) e o que é vontade de comer (hábito). Nem sempre é fácil, mas é uma parte importante das mudanças propostas neste tratamento e o acompanhamento psicológico irá ajudá-lo neste aprendizado.

Vou sentir tontura, fraqueza, sudorese ou desmaio?

Podem ocorrer principalmente no primeiro mês quando a adaptação alimentar é importantíssima. Estas sensações estão associadas à falha da ingestão dos alimentos nos intervalos orientados pela equipe de nutrição. Outra situação relacionada com estes sintomas é a síndrome de dumping.



Posso engravidar após a cirurgia?

Uma das vantagens da cirurgia bariátrica é melhorar a fertilidade. Recomenda-se que a mulher aguarde 18 meses depois da cirurgia para engravidar, assim o organismo estará mais adaptado. Durante esse período, recomenda-se a anticoncepção. Os anticoncepcionais orais (pílulas) devem ser evitados.

É importante ter um acompanhamento médico e nutricional durante toda a gravidez, para evitar a carência de vitaminas essenciais para o bebê. Se for o caso, o médico pode indicar uma suplementação oral ou injetável. O pré-natal deve ser acompanhado pelo nutricionista, endocrinologista e obstetra.

Posso tomar pílula depois da cirurgia?

Nas cirurgias restritivas não há problemas, mas nas cirurgias que privilegiam a má absorção, pode ser que a pílula anticoncepcional tenha eficácia reduzida. Em muitos casos, recomenda-se a utilização de dois métodos anticoncepcionais associados, mas essa é uma avaliação que deve ser feita pelo ginecologista.

Vou precisar de cirurgia plástica após a cirurgia?

Nem todos os operados necessitam ou querem fazer cirurgia plástica, mas sempre se deve aguardar pelo menos 1 ano e 6 meses após a cirurgia bariátrica para iniciar as plásticas. Cada caso deve ser avaliado criteriosamente pelo cirurgião plástico.

Posso consumir bebida alcoólica após a cirurgia?

As bebidas alcoólicas são absorvidas rapidamente por conta da cirurgia. Além de embriagá-lo mais depressa, prejudicam o fígado, o pâncreas e o cérebro. Além disso, as bebidas alcoólicas são altamente calóricas e podem contribuir com a recidiva da obesidade.

NÃO RECOMENDAMOS O CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA

Posso fumar logo após a cirurgia?

Independente da cirurgia, recomendamos que você deixe de fumar. A tosse causada pelo cigarro causa dores, forçando o corte, que não cicatrizará bem, favorecendo a formação de uma hérnia. Fumando, você terá mais chances de ficar gripado e até mesmo de adquirir uma pneumonia.

Se você fuma, recomendamos que deixe de fumar de 8 a 12 semanas antes da cirurgia.



Vou ter queda de cabelo após a cirurgia?

A queda de cabelo acontece com certa frequência, principalmente na fase de perda de peso mais intensa, do terceiro ao sexto mês. Mas ela não é permanente e os fios voltam a crescer. Também é comum que as unhas se tornem fracas e a pele, ressecada, por algum tempo. A ingestão de bastante proteína minimiza essas ocorrências. Se necessário, a equipe poderá prescrever medicamentos para a recuperação.

Quando posso fazer atividades físicas?

Em cirurgias por vídeo os pacientes podem realizar atividade física em 30 dias. Os exercícios físicos fazem parte do tratamento da obesidade, independente da técnica utilizada. Os benefícios do exercício são ainda maiores para os operados: aceleração do processo de emagrecimento, ganho de massa magra (músculo), redução da flacidez, melhora do condicionamento físico, melhora do desempenho cardiorrespiratório, fortalecimento dos ossos e ganho de disposição.

Pacientes com pedra na vesícula podem realizar a retirada da vesícula no mesmo ato da cirurgia bariátrica?

Sim, em raras exceções isto não é possível. A perda de peso acentuada é fator de risco para desenvolver pedra na vesícula.

O refluxo melhora após a cirurgia?

A obesidade é uma das causas da doença do refluxo e pode ser tratada com algumas técnicas de cirurgia bariátrica.

Posso engolir comprimidos inteiros após a cirurgia ?

Não existe contra indicação para a ingestão de comprimidos no pós-operatório, Caso tenha receio, você pode masserar o comprimido ou dividi-lo .



Quando poderei ter relações sexuais após a cirurgia?

Após duas semanas da cirurgia você poderá manter relações sexuais.

Quando posso trabalhar?

Normalmente após o décimo quinto dia os pacientes retornam ao trabalho, dependendo da função que exercem.

Vou precisar de vitaminas após a cirurgia?

Polivitamínicos deverão ser tomados a partir da alta hospitalar e devem ser mantidos pelo resto da vida.

Dumping

A síndrome de dumping é um efeito colateral comum após a Gastroplastia Redutora com Bypass Intestinal. Cerca de 85 % dos pacientes submetidos a este tipo de cirurgia vai experimentar síndrome de dumping em algum momento. Os sintomas podem variar de leve a grave.

O dumping ocorre geralmente devido a escolhas alimentares erradas. Ele está relacionado com a ingestão de açúcares refinados (incluindo xarope de milho rico em frutose) ou carboidratos de alto índice glicêmico. Ele também pode ocorrer com os produtos lácteos, algumas gorduras e alimentos fritos. Estes alimentos passam rapidamente pela bolsa gástrica para o intestino delgado, desencadeando uma cascata de eventos fisiológicos .

“A síndrome de dumping é um efeito colateral comum após a Gastroplastia Redutora com Bypass Intestinal.”

O efeito do dumping é duplo. É bom e ruim . A vantagem é que quando o paciente tem dumping após ingestão destes tipos de alimentos, é menos provável que ele queira ingeri-los novamente. É um mecanismo que diz: "Eu não deveria ter comido pela primeira vez, e eu definitivamente não vou comê-lo novamente". Isso é chamado de reforço negativo. O fato é que estes alimentos poderão interferir com a perda de peso a longo prazo, e não devem ser consumidos de qualquer maneira. Portanto, os pacientes que apresentam algum grau de dumping, têm menos chance de ganho de peso a longo prazo.

A notícia ruim é que o dumping faz você se sentir muito mal, o que pode ser confundido com outros problemas.

Existem dois tipos de dumping:

- 1.** O dumping precoce: que ocorre 30-60 minutos após a ingestão e pode durar até 60 minutos. Seus sintomas incluem sudorese, rubor, tontura, taquicardia, palpitações, desejo de se deitar, plenitude gástrica, náuseas, diarreia e cólicas.
- 2.** O dumping tardio: que ocorre 1-3 horas após a ingestão. Seus sintomas estão relacionados à hipoglicemia reativa (baixa de açúcar no sangue), que incluem sudorese, tremores, perda de concentração, fome, podendo ocorrer até desmaios.

O diagnóstico da síndrome de dumping é feito principalmente pela história da presença de sintomas clássicos relacionados com a ingestão de alimentos.

O tratamento para o dumping precoce é simples: Sentar ou deitar e esperar os sintomas passarem. Porém o tratamento definitivo é evitar os alimentos relacionados ao dumping.

Em resumo, apesar de incômodo e preocupante, a síndrome de dumping não é um problema com risco de vida. A educação alimentar do paciente é fundamental para seu manejo.

Ficou com
alguma dúvida?

Não deixe de
entrar em contato!



MANUAL DE CIRURGIA
BARIÁTRICA



Vitali

você mais saudável



Instituto Campineiro de Tratamento da Obesidade



Vitali

você mais saudável



Endereço: Rua Américo de Moura, 5
Taquaral – Campinas – S.P.

CEP: 13.076-628

Fone: (19) 3579-1515

contato@clinicavitali.com.br

www.clinicavitali.com.br