

Cirurgia bariátrica: indicação e importância do trabalho multidisciplinar

Bariatric surgery: indication and importance of a multidisciplinary approach

Edmundo Machado Ferraz¹, Euclides Dias Martins Filho²

RESUMO

Existe consenso na indicação cirúrgica de pacientes portadores de obesidade mórbida em duas situações: 1 - IMC igual ou superior a 40; 2 - IMC igual ou superior a 35 na vigência de co-morbidades afetando o paciente. O tratamento cirúrgico deve ser evitado em crianças e adolescentes e em pacientes com doenças incapacitantes como cirrose hepática e o D.P.O.C. ou acima dos 70 anos. Não existe consenso quanto a necessidade e o tempo de tratamento conservador prévio. Outra contraindicação é doença endócrina (síndrome de Cushing), sendo contra-indicações relativas os distúrbios psicóticos, o alcoolismo e a dependência química. Em todos os casos de tratamento cirúrgico recomenda-se preenchimento pelo paciente e/ou seus familiares do consentimento informado.

Descritores: Obesidade mórbida/cirurgia; Gastroplastia; Derivação gástrica

ABSTRACT:

There is a consensus about surgical indications on morbid obesity upon two topics: 1 - BMI equal or greater than 40; 2 - BMI equal or greater than 35 in the presence of important comorbidities. It is important to avoid surgical treatment in children and in the youth and in the presence of endocrine disease such as Cushing syndrome, liver cirrhosis, other incapacitating diseases or age over 70 years old. Its also recommended to use informed consent in all surgical indication.

Keywords: Obesity, morbid /surgery; Gastroplasty; Gastric bypass

Existe um consenso dentre as principais Sociedades de Cirurgia Bariátrica e o National Institute of Health

sobre as principais indicações do tratamento cirúrgico na obesidade mórbida⁽¹⁾ que são:

- 1- IMC ≥ 40 .
- 2- IMC ≥ 35 na presença de comorbidades orgânicas ou psico-sociais causadas ou agravadas pela obesidade grave.

Recomenda-se evitar o tratamento cirúrgico em crianças e adolescentes, em pacientes com doenças incapacitantes, como DPOC e a cirrose hepática, bem como em pacientes acima de 70 anos⁽¹⁻³⁾.

Contudo, é pensamento dos membros da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica que os limites de idade estabelecidos para indicação cirúrgica (15 a 70 anos) constituem-se em uma contra-indicação relativa e não absoluta, respeitando-se a opinião de especialistas envolvidos e as peculiaridades de cada caso, tomando-se as precauções pertinentes.

Nos adolescentes devem ser cuidadosamente avaliados a indicação clínica, os riscos de comorbidades, a mutilação social importante e resultados do tratamento conservador prévio. Nos pacientes idosos (60 a 70 anos) é fundamental a avaliação cuidadosa do risco cirúrgico e a indicação de outros especialistas, como o cardiologista e o pneumologista^(1,3).

Em todos os casos e particularmente nos ainda controversos, mas já com um claro e amplo respaldo da literatura, recomenda-se a utilização de um documento de consentimento informado em que o paciente e sua família assinem a aceitação do tratamento cirúrgico com seus riscos inerentes.

Também deve ser entendido que o paciente deve ter capacidade intelectual de compreender todos os

¹ Professor Titular, Departamento de Cirurgia, Universidade Federal de Pernambuco - UFPE - Recife (PE), Brasil

² Mestre, Professor Substituto Disciplina de Cirurgia do Trauma, Universidade Federal de Pernambuco - UFPE - Recife (PE), Brasil.

Autor correspondente: Edmundo Machado Ferraz - Rua Dom Sebastião Leme, nº 171 - Aptº 2501 - Graças - CEP 52011116 - Recife (PE), Brasil - Tel.: 81 3423-5394 - e-mail: edferraz@truenet.com.br

aspectos propostos do tratamento cirúrgico, particularmente os riscos e a importância do acompanhamento em longo prazo⁽⁴⁾.

Deve também ser compreendido que as indicações cirúrgicas baseadas no peso total e no IMC são valores numéricos de referência (Guidelines), ou recomendações e nunca um limite intransponível para o julgamento clínico e cirúrgico responsável, respaldado pelo aval de outros especialistas e passíveis de sofrerem modificação com a aquisição de novos conhecimentos.

Deste modo, pacientes com IMC próximo de 35 com comprovada “Síndrome metabólica” e obesidade crônica refratária a tratamento médico podem merecer tratamento cirúrgico.

O mesmo para pacientes com IMC entre 35 e 40, sem comorbidades, porém com longa história de tratamento medicamentoso e uma definida influência genética, mantendo-se neste peso as custas de um grande esforço dietético e terapêutico que pode acarretar distúrbios de comportamento e emocionais que interferem com sua qualidade de vida.

Uma outra consideração importante é o tempo de tratamento conservador (dieta e medicamentos) e seu período de duração.

Alguns autores consideram falência do tratamento, tentativas de 2 a 5 anos de duração, não devendo contudo esse período de tempo ser utilizado como medida protelatória de um tratamento cirúrgico claramente indicado⁽⁵⁻⁶⁾.

O medo devido pelas complicações e resultados da cirurgia levam frequentemente pacientes pouco esclarecidos a tentativas prolongadas e intermitentes de tratamento conservador, não raramente utilizando tratamentos mal definidos e ou não referendados por especialistas idôneos, que se prolongam por um longo tempo e não apresentam resultados adequados⁽⁴⁾.

Endocrinologistas com formação acadêmica e comprovada seriedade profissional, consideram que a probabilidade de um paciente obeso mórbido tratado pelos métodos atualmente recomendados, permanecer emagrecido por um período superior a cinco anos é simplesmente desprezível.

Pacientes obesos graves que se beneficiam temporariamente e com um expressivo emagrecimento pelo tratamento conservador oscilam entre 5 a 8%, porém caindo a taxa para 1 ou 2% quando se considera uma evolução de 5 anos⁽⁵⁻⁶⁾.

Este fato não corrobora, de acordo com a literatura, uma espera de 2 a 5 anos em pacientes que tenham uma clara e definida indicação cirúrgica com uma pretensa e remota esperança de que o paciente beneficiado venha a se constituir uma virtuosa exceção que se situa em um grau de probabilidade na faixa de 1 a 2%^(5,7-8).

Por outro lado, todos esses pacientes obesos graves, acima de 30 anos, apresentam em decorrência das comorbidades, particularmente a hipertensão arterial, um risco de vida pela doença obesidade maior do que o risco proporcionado pela operação, o que sem dúvida define e justifica a indicação do tratamento cirúrgico⁽⁹⁻¹⁰⁾.

É importante assinalar que o controle temporário de uma ou mais comorbidades (hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, etc...) por medicação não contra-indica o tratamento cirúrgico e até mesmo o emagrecimento obtido por meio de métodos como o balão intragástrico também não constitui contra-indicação para a realização da cirurgia.

Finalmente, o paciente candidato ao tratamento cirúrgico deve ter um risco compatível com o procedimento, não deve ser portador de doença endócrina (Síndrome de Cushing, por exemplo) que acarreta a obesidade grave, em caso de distúrbio psicóticos, alcoolismo e ou dependência química, ter acompanhamento e liberação do psiquiatra, fisioterapeuta, nutricionista e assistente social além de uma estrutura hospitalar adequada para esse tipo de tratamento⁽¹⁻²⁾.

Constitui direito do paciente a precisa informação sobre os detalhes do procedimento cirúrgico a que irá se submeter com a análise profissional de seus fatores de risco e complicações possíveis de ocorrer e os resultados de seu tratamento, bem como, de total acesso ao cirurgião bariátrico e sua equipe multidisciplinar durante todas as fases de seu tratamento, enfatizando-se a importância do suporte familiar ou estrutura de apoio equivalente neste empreendimento, bem como o compromisso de adesão e seguimento permanente pelo paciente.

REFERÊNCIAS

1. National Institute of Health Consensus Development Program. Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity. NIH Consensus Statement. 1991;9(1):1-20.
2. Matielli JD, Ferraz EM, Arruda PCL, Ferraz AAB, Martins ACA, Garrido Jr AB. Rotina Pré-operatória: Exames clínicos e preparo. In: Garrido Jr AB, Ferraz EM, Barroso FL, Marchesini JB, Szego T. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 1-7.
3. Buchwald H. Bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals, and third-party payers. *J Am Coll Surg*. 2005;200(4):593-604.
4. Yale CE. Gastric surgery for morbid obesity. Complications and long-term weight control. *Arch Surg*. 1989;124(8):941-6.
5. Fisher BL, Schauer P. Medical and surgical options in the treatment of severe obesity. *Am J Surg*. 2002;184(6):9-16.
6. Benotti PN, Forse RA. The role of gastric surgery in the multidisciplinary management of severe obesity. *Am J Surg*. 1995;169:361-7.
7. Rosenbaum M, Leibel RL, Hirsch J. Medical Progress: Obesity. *New Engl J Med*. 1997;337(6): 396-405.
8. Teixeira LC. Obesidade grave: análise crítica do tratamento clínico e cirúrgico [tese] Universidade Federal de Pernambuco, Recife; 2002.
9. Sjostrom LV. Morbidity of severely obese subjects. *Am J Clin Nutr*. 1992;55(2):508-15.
10. Sjostrom CD. Surgery as an intervention for obesity. Results from Swedish obese subjects study. *Growth Horm IGF Res*. 2003;13 (Supl A):22-6.