

MANUAL DE CIRURGIA BARIÁTRICA



Tudo o que você
precisa saber!



C L Í N I C A

Gastro • Endoscopia • Obesidade



C L Í N I C A

Gastro • Endoscopia • Obesidade

Índice

• Equipe multidisciplinar.....	01
• O que é Obesidade?	02
• Como calcular o seu IMC	02
• Doenças decorrentes do excesso de gordura corporal.....	03
• Critérios para a Cirurgia Bariátrica	04
• Critérios para a Cirurgia Metabólica.....	05
• Como é feita a cirurgia?.....	06
• Avaliação pré-operatória	07
• Bypass Gástrico	08
• Gastrectomia Vertical (Sleeve).....	09
• Objetivo do acompanhamento psicológico.....	10
• Objetivo do atendimento nutricional	11
• Terminei todas as avaliações e exames pré-operatórios, e agora?.....	12
• Dia da cirurgia	13
• Alta hospitalar	14
• Dúvidas Frequentes	15
• Dumping.....	19

EXPEDIENTE

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

Colaboradores

Diagramação:

Atualização



C L Í N I C A

Gastro • Endoscopia • Obesidade

Equipe Multidisciplinar

Dr. André Canesso Pierro - CRM 80299

Especialidades: Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia da Obesidade (Bariátrica e Metabólica), Cirurgia Geral

Dr. Celso de Oliveira - CRM 51262

Especialidades: Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia da Obesidade (Bariátrica e Metabólica), Cirurgia Geral, Coloproctologia (Doenças do Cólon, Reto e Ânus)

Dr. Fabio Cavalheiro Doria - CRM 92254

Especialidades: Cirurgia da Obesidade (Bariátrica e Metabólica), Cirurgia Geral

Dra. Maria Camila Buarraj Gomes - CRN 13569

Especialidade: Nutrição

Dr. Gustavo Pierro Postal - CRM 151692

Especialidade: Cirurgia Vascular

Dra. Raquel Ferreira Ferraz do Lago Doria - CRM 86732

Especialidade: Ginecologia

Dr. Eduardo Henrique Hausen - CRM 92247

Especialidade: Endoscopia Digestiva

Dra. Thais Mendonça Itapema Alves - CRM 101962

Especialidade: Endoscopia Digestiva

Dra. Ana Carina F. Moreira - CRM 125202

Especialidade: Endoscopia Digestiva

Dra. Paula Carelli de Noronha Peres - CRM 82287

Especialidade: Cirurgia Plástica

Dr. Marcelo Miranda de Oliveira Lima - CRM 105722

Especialidade: Endocrinologia

Dr. Pedro Ribeiro Junior - CRM 67836

Especialidade: Ultrassonografia

Dra. Renata Rosella Capelloza - CRM 125389

Especialidade: Nutrição

Dr. Walter da Silva Junior - CRM 100511

Especialidade: Urologia



C L Í N I C A

Gastro • Endoscopia • Obesidade

O que é Obesidade?

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura corporal, cujas causas são complexas e multifatoriais. Ela resulta da interação entre estilo de vida, genética e fatores emocionais. A definição mais comum de obesidade é baseada no Índice de Massa Corporal (IMC). A gordura acumulada na região abdominal, conhecida como obesidade abdominal, está associada a um maior risco de problemas cardiometabólicos.

Como calcular o seu IMC?

O Índice de Massa Corporal (IMC) é uma ferramenta simples para avaliar o excesso de peso e classificar o grau de obesidade de uma pessoa. O cálculo é feito dividindo o peso da pessoa (em quilogramas) pelo quadrado da altura (em metros). Esse método fornece uma estimativa rápida e eficaz do estado de peso corporal.

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 que melhoram após a Cirurgia Bariátrica e Metabólica

Síndrome metabólica (conforme NCEP/ATPIII)

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

Cardiopatias

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

Síndrome dos ovários policísticos

- Infertilidade

Outras Condições Associadas

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

Câncer

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

Crítérios 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 16 anos.
- Obesidade estabelecida conforme os critérios acima, com tratamento clínico prévio insatisfatório de, pelo menos, dois anos.

Critérios para a Cirurgia Metabólica



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 METABÓLICA

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.

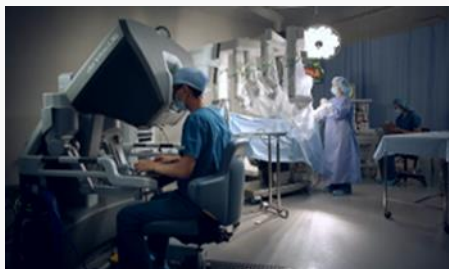
Como é feita a Cirurgia Bariátrica?

A cirurgia bariátrica pode ser realizada por técnicas minimamente invasivas, como a cirurgia videolaparoscópica ou a cirurgia robótica, além de poder ser feita pelo método convencional (cirurgia aberta).

Técnicas Minimamente Invasivas:

Videolaparoscopia: Neste método, são feitas de cinco a seis pequenas incisões no abdômen. Entre as principais vantagens estão o menor risco de desenvolvimento de hérnias e infecções, redução da dor pós-operatória, maior segurança e um retorno mais rápido às atividades diárias.

Cirurgia Robótica: É uma evolução da cirurgia laparoscópica. Utiliza um robô com quatro braços manipuláveis: um deles contém a câmera e os outros são equipados com os instrumentos cirúrgicos. O cirurgião opera a partir de uma unidade de controle, visualizando a área da cirurgia em uma tela com visão 3D, que oferece percepção de profundidade, ao contrário da visão 2D da laparoscopia. A tecnologia 3D permite ampliar a imagem de 10 a 12 vezes, proporcionando uma visão detalhada dos pequenos detalhes. Além disso, o robô traduz os movimentos do cirurgião em movimentos muito menores e mais precisos, e oferece uma amplitude maior para certos movimentos das mãos do cirurgião.



Avaliação Pré-Operatória

O preparo adequado do paciente candidato à cirurgia bariátrica é crucial para o sucesso do procedimento. A avaliação pré-operatória deve ser realizada de forma multidisciplinar e detalhada, com o objetivo de identificar qualquer fator que possa influenciar o resultado da cirurgia.

Exames Complementares e Avaliações:

- **Exames Complementares:** São essenciais para identificar condições que possam aumentar o risco cirúrgico, como causas secundárias da obesidade e complicações metabólicas associadas ao excesso de peso.
- **Equipe Multidisciplinar:** O paciente deve ser avaliado por diversos especialistas, incluindo cirurgião, endocrinologista, cardiologista, pneumologista, psicólogo e/ou psiquiatra, e nutricionista.

Preparações Adicionais:

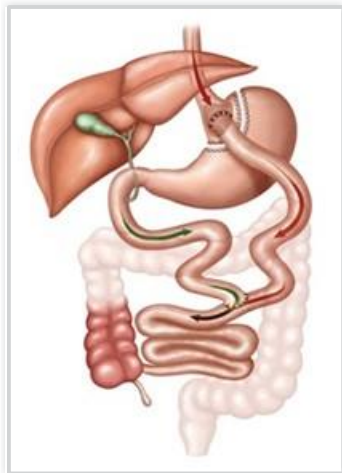
- **Perda de Peso:** É fundamental perder peso antes da cirurgia para facilitar o procedimento, reduzir riscos e acelerar a recuperação.
- **Tabagismo:** Pacientes que fumam devem parar de fumar pelo menos 8 a 12 semanas antes da cirurgia para minimizar o risco de complicações tromboembólicas e infecciosas.
- **Contraceptivos e Terapias Hormonais:** A suspensão de contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal deve ser feita por 1 mês antes da cirurgia.
- **Métodos Contraceptivos:** Mulheres em idade reprodutiva devem utilizar métodos contraceptivos seguros para evitar a gestação até que o peso esteja estabilizado, preferencialmente pelos primeiros 12 meses pós-operatórios. Não há segurança comprovada quanto ao uso de contraceptivos orais após a cirurgia bariátrica.
- **Teste de Gravidez:** Mulheres em idade fértil devem realizar um teste de gravidez antes do procedimento cirúrgico para garantir que não estejam grávidas.

Cirurgias Bariátricas

Bypass Gástrico

O bypass gástrico é uma técnica bariátrica amplamente estudada desde a década de 1960 e é a mais praticada no Brasil, correspondendo a 75% das cirurgias realizadas, devido à sua segurança e eficácia. Pacientes submetidos a essa cirurgia perdem de 35% a 40% do peso inicial.

Esse procedimento é uma combinação de técnicas restritivas e disabsortivas. Consiste em grampear parte do estômago, reduzindo seu volume e, conseqüentemente, o espaço disponível para os alimentos. Além disso, realiza-se um desvio do intestino inicial, o que contribui para o aumento dos hormônios que promovem a saciedade e diminuem a fome.



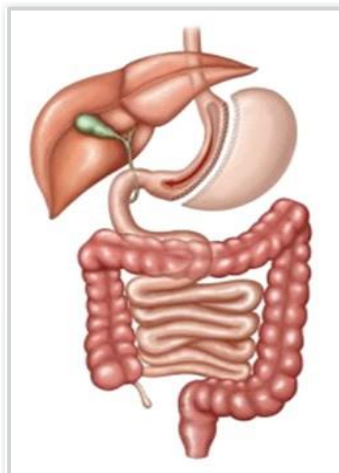
“O bypass gástrico é a técnica bariátrica mais praticada no Brasil.”

Gastrectomia Vertical (Sleeve)

Na gastrectomia vertical, o estômago é remodelado em um tubo estreito, reduzindo sua capacidade para cerca de 25% do volume original (*aproximadamente 150-200 ml*).

Esta intervenção se baseia na restrição do volume alimentar ingerido e na remoção do fundo gástrico, onde é produzido o hormônio grelina, responsável pela sensação de fome.

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



Objetivos do Acompanhamento Psicológico

O acompanhamento psicológico tem como objetivo preparar o paciente para as mudanças físicas, psicológicas e sociais que ocorrem após a cirurgia bariátrica, abordando:

- 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;

O contato com a psicologia oferece uma oportunidade para auto-conhecimento, reflexão sobre a escolha da cirurgia de forma responsável e consciente, discussão das expectativas em relação ao procedimento e análise das motivações pessoais para buscar essa mudança neste momento específico.

O acompanhamento psicológico pós-cirúrgico é fundamental para a adaptação ao novo corpo, ajudando o paciente a reconciliar a imagem corporal imaginada com a realidade.

Além disso, apoia a adaptação aos novos hábitos e às mudanças nas relações com si mesmo e com os outros. O objetivo é promover uma adesão mais eficiente ao tratamento, mantendo o paciente motivado e responsável pela construção de uma nova identidade.

É recomendável que o acompanhamento psicológico seja realizado por psicólogos da equipe especializada, que devem ter experiência e formação específica no tratamento das questões relacionadas à obesidade e cirurgia bariátrica.

A cirurgia bariátrica traz mudanças que também afetam a vida dos familiares. Nossa equipe incentiva a participação ativa da família durante todo o processo, reconhecendo seu papel crucial na boa evolução do paciente. O entendimento, apoio e postura dos familiares influenciam significativamente o processo de adaptação antes e após a cirurgia.

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

Objetivo do Atendimento Nutricional

O atendimento nutricional tem como principais objetivos:

- **Informar sobre Mudanças Nutricionais:** Esclarecer as alterações nas necessidades nutricionais decorrentes da cirurgia.
- **Avaliar o Padrão Alimentar:** Analisar os hábitos alimentares do paciente e da família.
- **Identificar Hábitos Alimentares:** Reconhecer hábitos que podem favorecer ou prejudicar a evolução do pós-operatório
- **Avaliar Composição Corporal:** Monitorar o peso atual, circunferências corporais e realizar bioimpedância elétrica para avaliar a composição corporal.
- **Detectar Deficiências Nutricionais:** Identificar possíveis carências de nutrientes e planejar estratégias para corrigi-las.
- **Auxiliar na Gestão de Peso:** Apoiar a manutenção do peso atual ou a redução do peso corporal, se necessário.
- **Orientar a Dieta Pré e Pós-Operatória:** Fornecer recomendações alimentares específicas para os períodos antes e depois da cirurgia.
- **Emitir Parecer Nutricional:** Elaborar um parecer baseado no diagnóstico nutricional para orientar o tratamento.
- **Garantir Emagrecimento Saudável:** Promover uma perda de peso de forma segura e saudável.
- **Alcançar Peso Corporal Adequado:** Ajudar o paciente a atingir e manter um peso corporal adequado no pós-operatório



Atendimento Nutricional Pós-Operatório

O atendimento nutricional no pós-operatório ocorrerá de forma periódica e requer a participação ativa do paciente para minimizar complicações nutricionais, como deficiências de nutrientes e recidiva da obesidade a médio e longo prazo.

A dieta será introduzida de forma gradual após a cirurgia. Inicialmente, o paciente deverá seguir uma dieta líquida, que será gradualmente substituída por alimentos de consistência semi-pastosa, semi-sólida e, finalmente, normal.

Além de seguir essa evolução gradual da dieta, **é importante adotar mudanças no padrão e no comportamento alimentar.** Manter o uso contínuo da suplementação prescrita e a **prática regular de atividades físicas** são essenciais para garantir a eficácia do tratamento e promover uma recuperação completa.

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



O que devo fazer a seguir?

O próximo passo será com o seu cirurgião. Após a revisão de todos os exames e relatórios da equipe multidisciplinar, ele solicitará a liberação da cirurgia junto ao seu convênio médico.



Aguardando a liberação do convênio:

O tempo para a liberação pode variar de acordo com o convênio. Em alguns casos, pode ser necessária a avaliação de um perito médico. Lamentamos, mas nossa equipe não tem como acelerar ou interferir neste processo. A data da cirurgia só poderá ser confirmada após a liberação do convênio.



Cirurgia liberada pelo convênio:

Assim que o convênio autorizar a cirurgia, nosso assistente responsável pelo agendamento entrará em contato com você para fornecer todas as orientações pré-operatórias.



Itens do Pré-Operatório:

- Agendamento da consulta com o médico anestesista.
- Assinatura do termo de consentimento informado, que detalha o processo da cirurgia e seus riscos.
- Receita com as medicações necessárias para o pós-operatório.
- Orientações sobre itens obrigatórios, como meia elástica e botas pneumáticas.
- Agendamento da data da cirurgia.
- Preenchimento da ficha de segurança.
- Agendamento do retorno na clínica entre 7 e 10 dias após a cirurgia.

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

Dia da cirurgia






- **Documentos e Itens Pessoais:** Leve ao hospital todos os seus exames, receitas médicas, termo de consentimento informado, meia elástica e itens de higiene pessoal.
- **Jejum:** Mantenha jejum absoluto (inclusive de água) a partir das 22h do dia anterior à cirurgia.
- **Dieta Pré-operatória:** Siga rigorosamente a dieta pré-operatória conforme as orientações da Nutricionista.
- **Medicações de Rotina:** Tome suas medicações de rotina conforme a orientação do Médico Anestesiologista
- **Chegada ao Hospital:** Ao chegar ao hospital, dirija-se à central de internação. Não se esqueça de levar seu documento de identidade, carteirinha do convênio e a guia de liberação da cirurgia.
- **Duração da Cirurgia:** A cirurgia tem duração média de 1 hora e meia, mas esse tempo pode variar. O período entre a saída do quarto e o retorno ao mesmo leva em média 6 horas, incluindo transporte ao centro cirúrgico, anestesia, cirurgia, recuperação pós-anestésica e retorno ao quarto.
- **Acompanhante:** É prática da nossa equipe chamar o acompanhante na entrada do centro cirúrgico ao final da cirurgia. Caso o acompanhante deseje conversar com o cirurgião, é **obrigatório** que aguarde no quarto do paciente ou no local indicado pela recepção do hospital.
- **Recuperação na UTI:** A recuperação na UTI geralmente não é necessária, exceto em casos específicos.
- **Medicações Durante a Internação:** Se algum dos seus médicos prescreveu medicações específicas para a internação, leve-as com você ao hospital.
- **Tempo de Internação:** A média de internação é de 2 a 3 dias.
- **Deambulação (Caminhada):** Assim que se sentir capaz, comunique à enfermagem para que avaliem sua condição para caminhar. Caminhar é a melhor forma de aliviar gases abdominais e prevenir trombose (coágulo na perna). De qualquer forma, até 6 horas após a cirurgia, um profissional da fisioterapia do hospital irá avaliá-lo e iniciar o processo de deambulação. Você pode caminhar assim que retornar ao quarto, pois não há contraindicações.

Alta hospitalar

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

CRONOGRAMA DE CONSULTAS

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

Após 1 ano de cirurgia, se tudo estiver indo bem, o acompanhamento será: Cirurgião 2x ao ano / Endocrinologia 1x ao ano (intercalado com cirurgia) / Nutricionista 6 em 6 meses / Psicóloga 6 em 6 meses.

Dúvidas Frequentes



Perde-se mais peso nos primeiros seis meses?

Sim. Por isso, é fundamental que o paciente siga com disciplina as recomendações dos profissionais nessa primeira etapa do pós-operatório.

Será que estou perdendo pouco peso?

A perda de peso varia entre os pacientes. Alguns perdem mais no início, enquanto outros apresentam uma perda mais lenta, porém constante. A perda de peso é proporcional ao peso inicial: pessoas com maior peso perdem mais. Em média, um ano após a cirurgia, a perda de peso varia entre 30% e 40% do peso inicial.

Após um ano da cirurgia, o paciente normalmente engorda?

Não é verdade. O ganho de peso após a cirurgia geralmente ocorre quando o paciente não adota hábitos saudáveis, como uma dieta menos calórica e mais nutritiva, e a prática de exercícios físicos regulares.

Corro risco de emagrecer demais?

O corpo tende a se estabilizar em torno de um peso ideal, com pequenas variações ao longo dos anos. Pacientes que emagrecem mais do que o previsto geralmente apresentam alguma alteração associada, seja nutricional, metabólica, endocrinológica ou psicológica. Por isso, o acompanhamento multidisciplinar é essencial.

Posso voltar a engordar após a cirurgia?

Até cerca de 1 ano e 3 meses após a cirurgia, o paciente ainda perde peso. Após esse período, é possível que ocorra algum ganho de peso se o paciente relaxar nos cuidados e não mantiver hábitos saudáveis. A cirurgia é apenas o primeiro passo rumo a uma nova vida, sendo necessário adotar uma dieta equilibrada e praticar exercícios. Situações de recidiva da obesidade são mais frequentes entre o terceiro e quinto ano após a cirurgia, geralmente devido à falta de adesão ao tratamento multidisciplinar, que deve ser mantido por toda a vida.

Posso ter diarreia após a cirurgia?

As técnicas de gastroplastia com bypass e gastrectomia vertical normalmente não causam diarreia. No entanto, as técnicas predominantemente disabsortivas frequentemente resultam em diarreia.



Posso ficar com o intestino preso?

Após a cirurgia, principalmente nas primeiras semanas, a dieta é bastante diferente da rotina anterior. No início, a ingestão de fibras é baixa, o volume de alimentos é reduzido, e alguns pacientes podem ter dificuldade para evacuar devido às mudanças na flora intestinal. Normalmente, o hábito intestinal torna-se regular ao longo das semanas.

Vou sentir fome no pós-operatório?

Muitos pacientes têm medo de sentir fome no pós-operatório e de não conseguirem se alimentar. No entanto, é comum que a fome diminua devido à redução dos níveis do hormônio grelina, responsável pela sensação de fome. É importante seguir rigorosamente as orientações nutricionais para evitar fraqueza ou tonturas..

Fome ou vontade de comer?

Uma parte importante do pós-operatório é aprender a diferenciar fome (necessidade) de vontade de comer (hábito). Esse aprendizado faz parte das mudanças propostas pelo tratamento, e o acompanhamento psicológico é fundamental nesse processo.

Vou sentir tontura, fraqueza, sudorese ou desmaio?

Esses sintomas podem ocorrer principalmente no primeiro mês, quando a adaptação alimentar é crucial. Eles estão associados à falha na ingestão de alimentos nos intervalos recomendados pela equipe de nutrição. Outra situação relacionada a esses sintomas é a síndrome de dumping.

Posso engravidar após a cirurgia?

Uma das vantagens da cirurgia bariátrica é a melhora na fertilidade. Recomenda-se que a mulher aguarde 18 meses após a cirurgia para engravidar, permitindo que o organismo se adapte completamente. Durante esse período, é recomendada a anticoncepção, preferencialmente evitando pílulas anticoncepcionais orais. É importante ter acompanhamento médico e nutricional durante toda a gravidez para evitar deficiências nutricionais. O pré-natal deve ser acompanhado por nutricionista, endocrinologista e obstetra.



Posso tomar pílula anticoncepcional após a cirurgia?

Nas cirurgias restritivas, não há problemas, mas em cirurgias que envolvem má absorção, a eficácia da pílula anticoncepcional pode ser reduzida. Em muitos casos, recomenda-se o uso de dois métodos anticoncepcionais associados, avaliação que deve ser feita pelo ginecologista.

Vou precisar de cirurgia plástica após a cirurgia bariátrica?

Nem todos os pacientes precisam ou desejam fazer cirurgia plástica. No entanto, deve-se aguardar pelo menos 1 ano e 6 meses após a cirurgia bariátrica antes de considerar a cirurgia plástica. Cada caso deve ser avaliado individualmente pelo cirurgião plástico.

Posso consumir bebida alcoólica após a cirurgia?

Não recomendamos o consumo de bebidas alcoólicas. Elas são absorvidas mais rapidamente após a cirurgia, o que pode causar embriaguez mais rapidamente e prejudicar o fígado, o pâncreas e o cérebro. Além disso, são altamente calóricas e podem contribuir para a recidiva da obesidade.

Posso fumar logo após a cirurgia?

Recomendamos fortemente que você pare de fumar. A tosse causada pelo cigarro pode causar dores e prejudicar a cicatrização, favorecendo a formação de hérnias. Além disso, o fumo aumenta o risco de gripes, pneumonias e outras complicações.

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 é comum durante a fase de perda de peso mais intensa, geralmente entre o terceiro e sexto mês. No entanto, a queda não é permanente e os fios voltarão a crescer. Também é comum que as unhas fiquem fracas e a pele ressecada temporariamente. A ingestão adequada de proteínas pode minimizar esses efeitos. Se necessário, a equipe pode prescrever suplementos para ajudar na recuperação.

Quando posso fazer atividades físicas?

Em cirurgias por vídeo, os pacientes podem iniciar atividades físicas após 30 dias. Os exercícios físicos são parte essencial do tratamento da obesidade, independentemente da técnica utilizada. Eles aceleram o processo de emagrecimento, aumentam a massa muscular, reduzem a flacidez, melhoram o condicionamento físico e o desempenho cardiorrespiratório, fortalecem os ossos e aumentam a disposição.



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

Sim, salvo raras exceções. A perda de peso acentuada é um fator de risco para o desenvolvimento de pedras 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 há contraindicação para a ingestão de comprimidos no pós-operatório. Caso tenha receio, você pode esmagar ou dividir o comprimido.

Quando poderei ter relações sexuais após a cirurgia?

Após duas semanas da cirurgia, você poderá retomar as relações sexuais.

Quando posso voltar a trabalhar?

Normalmente, os pacientes retornam ao trabalho após 15 dias, dependendo da função que exercem.

Vou precisar de vitaminas após a cirurgia?

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

Dumping

A síndrome de dumping é um efeito colateral comum após a Gastroplastia Redutora com Bypass Intestinal, afetando cerca de 85% dos pacientes submetidos a esse tipo de cirurgia em algum momento. Os sintomas podem variar de leves a graves.

O dumping geralmente ocorre devido a escolhas alimentares inadequadas, especialmente a ingestão de açúcares refinados (incluindo xarope de milho rico em frutose) ou carboidratos de alto índice glicêmico. Ele também pode ser desencadeado por produtos lácteos, algumas gorduras e alimentos fritos. Esses alimentos passam rapidamente pela bolsa gástrica para o intestino delgado, desencadeando uma série de eventos fisiológicos.

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

A síndrome de dumping tem um efeito duplo: pode ser considerada tanto positiva quanto negativa. O lado positivo é que, quando o paciente experimenta o dumping após ingerir esses tipos de alimentos, é menos provável que deseje consumi-los novamente. Esse é um mecanismo de "reforço negativo", que faz o paciente pensar: "Eu não deveria ter comido isso, e definitivamente não vou comer de novo." Esses alimentos, de qualquer forma, podem interferir na perda de peso a longo prazo e não devem ser consumidos. Portanto, pacientes que experimentam algum grau de dumping têm menos chance de recuperar peso a longo prazo.

No entanto, o lado negativo é que o dumping faz com que o paciente se sinta muito mal, o que pode ser confundido com outros problemas de saúde.



Existem dois tipos de dumping:

1. **Dumping precoce:** Ocorre 30-60 minutos após a ingestão e pode durar até 60 minutos. Os sintomas incluem sudorese, rubor, tontura, taquicardia, palpitações, desejo de se deitar, sensação de plenitude gástrica, náuseas, diarreia e cólicas.
2. **Dumping tardio:** Ocorre 1-3 horas após a ingestão e está relacionado à hipoglicemia reativa (queda de açúcar no sangue). Os sintomas incluem sudorese, tremores, dificuldade de concentração, fome intensa e, em alguns casos, desmaios.

O diagnóstico da síndrome de dumping é feito principalmente com base na história clínica e na presença de sintomas clássicos relacionados à ingestão de alimentos..

O tratamento para o dumping precoce é simples: sentar ou deitar e esperar que os sintomas passem. Entretanto, o tratamento definitivo envolve a prevenção, ou seja, evitar os alimentos que desencadeiam o dumping.

Em resumo, embora seja incômoda e preocupante, a síndrome de dumping não representa um risco de vida. A educação alimentar do paciente é fundamental para o manejo adequado dessa condição.

Ficou com
alguma dúvida?

Não hesite em
entrar em contato!



MANUAL DE CIRURGIA
BARIÁTRICA



Geo
CLÍNICA

Gastro • Endoscopia • Obesidade

www.geoclinica.com.br - atendimento@geoclinica.com.br

Rua Dr. José Teodoro de Lima, 32 – Centro – CEP: 13015-150 Campinas-SP.

(19) 3395-0754 / 3395-0756 / 98265-6660