

OBESIDADE MÓRBIDA

O que é Obesidade Mórbida?




Existem varias maneiras de se avaliar quem é obeso, mas o método mais prático e mais utilizado é a avaliação através do IMC.

Considera-se obesidade mórbida quando o indivíduo possui um IMC maior ou igual à 40kg/m². Obesidade mórbida é uma condição que predispõem o indivíduo a vários riscos, aumentando o índice de morbi-mortalidade. A obesidade predispõe ao aparecimento de certas doenças como diabetes, hipertensão arterial (pressão alta), dificuldades respiratórias, doenças das articulações, varizes e edema dos membros inferiores, cálculos biliares (pedra na vesícula), alterações da menstruação, impotência masculina, dificuldades afetivas, sentimentos de isolamento, perda de emprego e etc.

O termo mórbido significa insalubre, doente. Estudos populacionais nos EUA mostraram que a obesidade mórbida aumenta em até 12 vezes o risco de morte prematura.

IMC (Índice de massa corpórea)

Parte superior do formulário

PESO:	 <input type="text"/> KILOS	Modo: 90,2 = noventa quilos e duzentas gramas												
ALTURA:	 <input type="text"/> METROS	Modo: 1,62 = um metro e sessenta e dois centímetros												
>>>>	 <input type="text"/> IMC = <small>Peso (Altura X Altura)</small>	<table border="1"><thead><tr><th>I.M.C.</th><th>Condição</th></tr></thead><tbody><tr><td>20-25</td><td>Normal</td></tr><tr><td>25-30</td><td>Sobre Peso</td></tr><tr><td>30-40</td><td>Obeso</td></tr><tr><td>40-50</td><td>Obeso Mórbido</td></tr><tr><td>>50</td><td>Super Obeso</td></tr></tbody></table>	I.M.C.	Condição	20-25	Normal	25-30	Sobre Peso	30-40	Obeso	40-50	Obeso Mórbido	>50	Super Obeso
I.M.C.	Condição													
20-25	Normal													
25-30	Sobre Peso													
30-40	Obeso													
40-50	Obeso Mórbido													
>50	Super Obeso													

Parte inferior do formulário

A cirurgia e suas indicações

A cirurgia da obesidade já é realizada desde 1952 e varias técnicas cirúrgicas foram criadas, muitas com resultados positivos e outras nem tanto. Existem as técnicas restritivas, disabsortivas e mistas.

As restritivas restringem o volume de alimento que o paciente ingere, e de uma forma geral com esta técnica o paciente é obrigado a comer menos sólidos e conseqüentemente emagrece. O resultado no entanto depende da colaboração do paciente , pois alimentos líquidos podem ser ingeridos quase no mesmo valor calórico dos sólidos e assim atrapalha o tratamento. Esta técnica é mais simples ,de mais fácil recuperação, tendo porém o inconveniente de que a perda de peso é menor do que nas outras e o custo deste tipo de cirurgia ainda é muito elevado em razão do material utilizado. Cita-se como exemplo a cirurgia da banda gástrica e a cirurgia de Mason, que consiste em grampear o estômago de maneira a criar um “hall” de entrada pequeno, que recebe o alimento, dando assim uma sensação de estômago cheio. O inconveniente é que a perda de peso é pequena até porque o paciente ainda pode ingerir líquidos calóricos em vez de alimentos sólidos. Pode ser usada em pacientes cooperativos e em caráter excepcional.

A banda gástrica é uma prótese de material plástico que tem um balão inflável e é colocada em volta do estômago, formando um anel que quando insuflado aperta a saída do alimento do estômago, dando-lhe um aspecto de ampulheta. O princípio desta técnica é igual ao da cirurgia de Mason, e a perda de peso fica em torno de 25% do total. A vantagem é que a banda pode ser colocada por video-laparoscopia.

Cirurgia de Mason

A técnica disabsortiva permite ao paciente comer grandes quantidades e tem como objetivo atrapalhar a absorção do alimento ingerido, levando com isso uma perda de peso muito grande, sendo em geral bem sucedida quanto ao emagrecimento, porém causa um grande distúrbio metabólico. Não é uma cirurgia de primeira escolha, e é conhecida também como cirurgia de desvio de intestino.

A técnica mista associa um pouco de restrição e disabsorção. Usam-se grampeadores para cortar e separar o estômago em dois. O estômago excluído fica fora do trânsito alimentar e o estômago remanescente, com capacidade de 30 ml é ligado a um segmento do intestino delgado. Além de limitar o esvaziamento, limita o volume ingerido, já que, além disso, coloca-se uma tela de polipropileno (tecido semelhante ao nylon) em volta do estômago remanescente. Atualmente esta é a melhor técnica e a que mais se usa no mundo, estando a perda de peso em torno de 50% do peso total. Esta técnica é também chamada de cirurgia de Fobi-Capella e é a que realizamos.

As indicações para a cirurgia são:

IMC maior que 40Kg/m²

Doença associada capaz de ser melhorada com a perda de peso

Hipertensão arterial (pressão alta)

Diabetes

Doenças das articulações

Dificuldade de dormir

Obesidade estável há pelo menos 5 anos

Fracasso dos regimes e/ou de tratamentos

Ausência de doenças graves que impeçam a cirurgia

Compreensão e cooperação do paciente em relação à cirurgia e as suas consequências

Ausência de dependência em relação ao álcool e as drogas

Perguntas mais comuns:

- Esta operação necessita abrir o abdômen?

Sim, para a segurança e rapidez. Esta cirurgia pode ser feita por vídeo-laparoscopia, porém o custo é muito elevado devido ao grande numero de grampeadores que se usa nesta técnica.

- Todas as operações emagrecem de forma igual?

Não. As cirurgias restritivas, tipo banda gástrica, são as que menos emagrecem. A disabsortivas são as que mais emagrecem porém as complicações a longo prazo são maiores. As mistas ou cirurgia de Fobi-Capella ficam em um patamar intermediário, perda de peso em torno de 50% e complicações pequenas a longo prazo.

- Posso falar com alguém operado?

Normalmente os pacientes querem sigilo, seria antiético revelar seus telefones e nomes, porém, existem alguns pacientes que em um ato de nobreza se oferecem para ajudar aqueles que estão sofrendo com a decisão de operar.

- Tem perigo?

Sim, tem perigo, qualquer cirurgia tem o que chamamos de “relação risco -benefício” e toda cirurgia envolve morbidade e mortalidade. Não existe cirurgia sem riscos. Aliás, tudo envolve risco, até atravessar uma rua. O que precisa ser avaliado é quanto é o risco. A cirurgia de Fobi-Capella nas maiores séries tem uma mortalidade de 1,5% (nos pacientes jovens e sem graves doenças associadas).

Recentemente, segundo levantamento do Hospital de Clinicas de São Paulo demonstrou-se que a mortalidade dos pacientes na fila da operação foi de 3,7%, portanto é maior a mortalidade dos não operados do que aqueles que decidem operar. Em outras palavras a obesidade é mais perigosa que seu tratamento.

- Vou poder comer de tudo após a cirurgia?

Sim, porém em menor quantidade, menor tamanho de alimentos e comendo mais devagar, costume dizer que trata-se de trocar a churrascaria por um restaurante

francês. Comer bem, com hora, com qualidade e o suficiente para viver, não viver para comer e sim comer para viver.

- Vou necessitar tomar remédio após a cirurgia?

Sim , por toda a vida vai necessitar tomar um complemento vitamínico.

- Cai o cabelo?

Sim , no inicio vai cair, porém, isto é auto-limitado e depois volta ao normal.

- Por quanto tempo vou emagrecer?

Em média o emagrecimento se dá ate os dois primeiros anos e depois estaciona .

- Pode reverter?

Sim, pode, não é o habitual, revertendo, o peso volta ao que era. Caso isto aconteça será necessário uma reavaliação por parte da psicologia.

- Quais são as complicações mais comuns?

Existem o que chamamos de complicações maiores e menores. As mais graves são:

a) Fistulas -- Acontece por rompimento dos grampos que se usam na cirurgia, felizmente é raro.

b) Embolia pulmonar-coagulo que entope uma das veias pulmonares, também muito raro.

c) Abscesso, infecção da ferida, mais comum, porém facilmente tratável.

Aspectos Nutricionais após a cirurgia

A obesidade é uma condição crônica muito difícil de ser tratada. A cirurgia é uma opção para as pessoas severamente obesas, promove a perda de peso porque restringe a ingestão de alimentos, entretanto como em qualquer outro tratamento o sucesso depende da motivação e do compromisso do paciente.

Os sucos e enzimas digestivas digerem os alimentos. Após mastigarmos, o alimento move-se do esôfago para o estômago onde um acido forte completa a digestão. O estômago além de fazer a digestão também age como reservatório. A partir daí o alimento move-se para o duodeno onde se encontra com as enzimas pancreáticas e biliares que aceleram a digestão. O jejuno e o íleo complementam o processo e agem absorvendo nutrientes. O que não foi absorvido é armazenado no intestino grosso e eliminado pelas fezes.

A cirurgia reduz o tamanho do estômago e limita a quantidade de alimento que ele pode armazenar, promove ainda uma pequena má absorção. A cirurgia faz uma conexão do estômago remanescente com um segmento do intestino delgado. É imperativo que se compreenda que o tamanho reduzido do estômago vai afetar a habilidade de comer. Após a cirurgia existe um plano gradual de reintrodução alimentar. No inicio o paciente precisa mastigar bem e não é possível comer

grandes quantidades de comida de uma só vez. Um risco comum é o vômito pós-alimentar quando esta regra não é seguida

Após a cirurgia em decorrência do estômago não fazer mais parte do trânsito alimentar existe risco do paciente ter deficiência de certas vitaminas e ferro. Por isso vai ser necessária uma suplementação vitamínica pelo resto da vida.

A cirurgia pode ainda causar uma “Síndrome de Dumping”, que são sintomas causados principalmente quando se ingerem doces. A síndrome se caracteriza por náuseas, vômitos, mal estar, desmaios e ocasionalmente diarreia.

O sucesso da cirurgia pode significar que para o resto da vida é necessário que o paciente tenha que ingerir várias e pequenas refeições por dia.

O acompanhamento com uma nutricionista é fundamental para assegurar o sucesso do procedimento, sendo que o objetivo da cirurgia não é emagrecer o indivíduo mas mantê-lo dentro de um peso saudável. Este compromisso e cooperação é por toda a vida, em resumo, o paciente precisa casar com a sua cirurgia.

Aspectos Psicológicos

É mandatário que antes de se realizar a cirurgia o paciente tenha uma ou várias entrevistas com a psicoterapia. As entrevistas servem não só para se conhecer o perfil psicológico do paciente, se o mesmo compreende o que é a cirurgia e as suas limitações de operado, bem como para desmistificar o “milagre” do ato operatório, servindo inclusive para apoiá-lo no pós-cirúrgico. Após o ato cirúrgico deve-se manter as sessões, pois a condição de novo magro pode gerar outros conflitos de identidade.

Assim a preocupação não é discutir qual é a causa da obesidade, mas poder considera-la como um problema de saúde, tentando que o paciente até então rejeitado e agredido consiga se adaptar a sua nova condição.