



INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM CIRURGIA BARIÁTRICA: UM RELATO DE CASO

NUTRITIONAL INTERVENTION IN BARIATRIC SURGERY: A CASE REPORT

Myrla C. de Oliveira Farias¹, Celina de Azevedo Dias², Ariana de A. G. Ferreira do Amaral¹

¹Universidade Federal de Alagoas, ²Hospital Universitário Professor Alberto Antunes >

myrlafarias@gmail.com, celinaazevedo@hotmail.com, arianaamaral@hotmail.com

Tipo de Apresentação: Comunicação Oral

1. Introdução

A obesidade é uma doença de etiologia multifatorial e se tornou um dos maiores problemas de saúde pública no panorama mundial. No Brasil, entre os homens a prevalência de obesidade é de cerca de 17,9% e 18,2% das mulheres já atingiram esta condição (ABESO, 2016).

A partir dessa realidade, quando os resultados do tratamento clínico convencional são insatisfatórios, a cirurgia bariátrica tornou-se a opção terapêutica mais eficaz para essa condição (NOVAES et al., 2008).

A técnica cirúrgica mais realizada no Brasil é denominada *bypass gástrico* (gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”). Atualmente no Brasil, esta cirurgia corresponde a 75% das cirurgias realizadas, graças a segurança e eficácia que a mesma proporciona aos pacientes (SBCBM, 2016).

O equilíbrio do estado nutricional e a indicação dietética adequada no período pré e pós-operatório têm mostrado importante correlação com o sucesso nas diferentes técnicas cirúrgicas. Diante disso, foi selecionado um paciente para relatar o acompanhamento pré e pós-operatório no Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Prof^o Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas.



1. Relato de Caso

Paciente JLS, sexo masculino, 28 anos, casado, natural e procedente de Maceió, professor. Apresenta Obesidade grau III e Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica (DHGNA). Relata obesidade por parte da avó materna e tias e afirma que a obesidade teve início a partir dos 10 anos de idade. Ao exame físico, observa-se a presença de *acantosis nigricans* na parte posterior do pescoço. Antes de entrar no Programa de cirurgia bariátrica, o paciente realizava cinco refeições ao dia. Afirma ainda ingestão alimentar compulsiva ligada a episódios de ansiedade. Apesar da modificação no estilo de vida para a preparação cirúrgica, continuaram sendo observadas inadequações nos hábitos alimentares. Em setembro de 2009, o paciente foi inserido no Programa de Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) pesando 110,6 Kg e com IMC de 37,8 Kg/m². Na avaliação bioquímica pré-operatória foi evidenciada déficits nos níveis séricos de vitamina D e ácido fólico, além de dislipidemia (colesterol total e triglicérides elevados).

Em julho de 2016, o paciente foi liberado para cirurgia bariátrica com a autorização de todos os profissionais da equipe multidisciplinar. Paciente deu entrada na clínica cirúrgica para internamento em 28/08/2016, com peso de 177 Kg, IMC de 60,5 Kg/m², com um excesso de peso de 112,76 Kg. Foi submetido a Gastroplastia em Y de Roux à Fobi Capella. Posteriormente ao procedimento, o paciente ficou em dieta zero por 2 dias, sendo a dieta líquida de prova iniciada no 3º DPO, no qual recebeu líquidos claros (chás, água de coco, suco de maracujá) fracionados em 30 ml de 30 em 30 min.

Decorridos 16 dias da cirurgia, o paciente retorna ao ambulatório para dar continuidade ao acompanhamento pós-operatório e evolução do plano alimentar para consistência semi-líquida, visto que não apresentou intercorrências. Os suplementos foram mantidos. No 23º DPO, foi possível evoluir para o plano alimentar pastoso. No 30º DPO o paciente retorna ao ambulatório sem queixas, responsivo a intervenção e com suplementação adequada. Assim, foi implantada dieta branda, e entregue um livro de receitas saudáveis com preparações diferenciadas e variadas.

2. Resultados e Discussão



O cuidado nutricional do paciente pós-cirúrgico tem como objetivo promover a perda do excesso de peso de forma mais saudável, minimizar as perdas nutricionais, reduzir o catabolismo proteico e prevenir a ocorrência de complicações pós-operatórias. Assim, o nutricionista é um profissional essencial no processo da cirurgia bariátrica e metabólica e foi reconhecido como componente obrigatório na equipe multidisciplinar desde o 1º Consenso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (BURGOS; SALVIANO, 2011).

Os déficits de ácido fólico e vitamina D no pré-operatório evidenciam que o consumo de calorias em excesso está atribuído ao elevado consumo de alimentos processados, de alta densidade energética e pobre valor nutritivo e não ao consumo de alimentos ricos em nutrientes. O aumento do tecido adiposo também parece influenciar os níveis séricos de vitaminas lipossolúveis, entre elas a vitamina D (BARCHETTA et al., 2013).

Por sua vez, o cuidado nutricional pós-cirurgia contempla muitos aspectos, o primeiro deles é a oferta proteica. Por dia deve-se ofertar no mínimo 60 gramas e no máximo 120 gramas de proteína. Os carboidratos deverão constituir mais do que 50% do aporte diário, evitando alimentos com alto teor de açúcares que contribuiria para o esvaziamento rápido do estômago, podendo levar a síndrome de dumping. Os lipídeos por sua vez, não devem ultrapassar 25-30% de energia total diária. As deficiências nutricionais são uma das principais complicações a longo prazo após a cirurgia, por isso, o paciente pós-operado, deve tomar diariamente durante toda vida o polivitamínico e mineral prescrito pelo nutricionista. No caso deste paciente os suplementos utilizados foram hiperproteico, calórico-proteico e polivitamínico e mineral (BURGOS; SALVIANO, 2007).

O paciente em questão teve uma perda de 10,73% de peso total no primeiro mês de pós-operatório. Com relação as metas de perda do excesso de peso e a evolução da perda real desse paciente, vale a pena destacar que os estudos afirmam que se espera uma perda de 7% a 10% no primeiro mês pós cirúrgico, 15% e 35% no terceiro e sexto mês respectivamente (relacionado ao peso total). Até um ano e meio acredita-se que possa haver uma perda de 65% do excesso de peso total e cerca de 50% em dois anos de bariátrica (BASTOS et al., 2013).

É importante ressaltar que o procedimento cirúrgico não finaliza o tratamento da obesidade. O cuidado nutricional e a prática regular de atividade física devem ser mantidos



continuamente para o controle da enfermidade em médio e longo prazo. Os bons resultados alcançados no primeiro mês pós-operatório do paciente podem ser sustentados pela orientação e acompanhamento adequados e periódicos por uma equipe multiprofissional capacitada.

3. Referências Bibliográficas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA – ABESO. **Mapa da obesidade** [Internet]. São Paulo. [Citado em 21/05/2016]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>.

BARCHETTA, I. et al. Hypovitaminosis D is Independently Associated with Metabolic Syndrome in Obese Patients. **PLoS ONE**, v. 8, n.7, 2013.

BATOS, E. C. L. et al. . Fatores determinantes do reganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD**, v. 26, n. 1, p. 26-32, 2013

BURGOS, M. G. P. D.; SALVIANO, F. N. Complicações Nutricionais no Pós operatório: Precoces e Tardias. In: Ravelli, MN; Merhi, VAL; Mônaco, DV; Aranha, N. Obesidade, Cirurgia Bariátrica e Implicações Nutricionais. **RBPS**, Fortaleza, v.20, n.4, p. 259-266, 2007.

NOVAES, J. F., FRANCESCHINI, S. C. C., PRIORE, S. E. Mother's overweight, parent's constant limitation on the foods and frequent snack as risk factors for obesity among children in Brazil. **Arch Latinoam Nutr**, v. 58, v. 3, p. 256-264, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA – SBCBM. **Técnicas cirúrgicas**. [Citado em 20/09/2016]. Disponível em: <http://www.sbcbm.org.br/wordpress/tratamento-cirurgico/cirurgia-laparoscopica>.