



**III CONNAE**

CONGRESSO NORTE E NORDESTE  
DE NUTRIÇÃO CLÍNICA E ESPORTIVA

## **Cirurgia bariátrica: protocolos nutricionais dentro das novas diretrizes**

**Profª PhD Goretti Burgos**

Pos-Doutorado em Nutrição Bariátrica- UP/Portugal

Departamento de Nutrição

Universidade Federal de Pernambuco

# FALÊNCIA DO TRATAMENTO DA OBESIDADE

[Endocrinol Metab Clin North Am.](#) 1996 Dec;25(4):1005-27

## **Surgery for obesity**

Greenway FL

The medical risks of obesity increase exponentially as weight increases, and these risks are reduced by sustained weight loss. Behavior modification and dieting provide an approximately **6% loss of body weight at 1 year**. Fenfluramine provides an approximately **8% weight loss at 1 year**, which can be doubled to 16% when a drug such as phentermine, which works through a different biochemical mechanism, is added to it. This amount of weight loss is insufficient for many severely obese individuals. It was with these facts in mind that **the National Institutes of Health Consensus Conference in 1992 recommended that obesity surgery is an appropriate treatment for patients with a body mass index greater than 40 kg/m<sup>2</sup> who had failed in attempts at medical treatment and for patients with a body mass index greater than 35 kg/m<sup>2</sup> with severe complications of obesity**. Vertically banded gastroplasty and Roux-en-Y gastric bypass are the two operations presently recommended because of their relative safety and effectiveness. This article reviews previous procedures that have provided insight into the mechanisms by which these surgeries cause weight loss. The presently used surgeries and their results also are reviewed because until medical therapy improves substantially, surgery remains the most reasonable treatment option for most morbidly obese patients.



CFM  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

# Cirurgia Bariátrica

- 1) Procedimentos experimentais
  - Pesquisas científicas autorizadas
  - Exercício irregular
- 2) Procedimentos proibidos
  - Derivação jejuno-ileal
- 3) Habilitação/Área de atuação
- 4) Câmara Técnica de Cirurgia Bariátrica



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## Resoluções

- Resolução 1766/2005 – Maio 2005
- Resolução 1942/2010 – Fev 2010
- Resolução 2131/2015 – Jan 2016



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

# Critérios de Indicação

## Resolução CFM 2.131/15

Pacientes com IMC maior que  $35 \text{ kg/m}^2$  e portadores de comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que até ameacem a vida como: diabetes, apneia 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 cerebri*), estigmatização social e depressão.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## Procedimentos Aceitos: Endoscópico



**BALÃO INTRAGÁSTRICO**

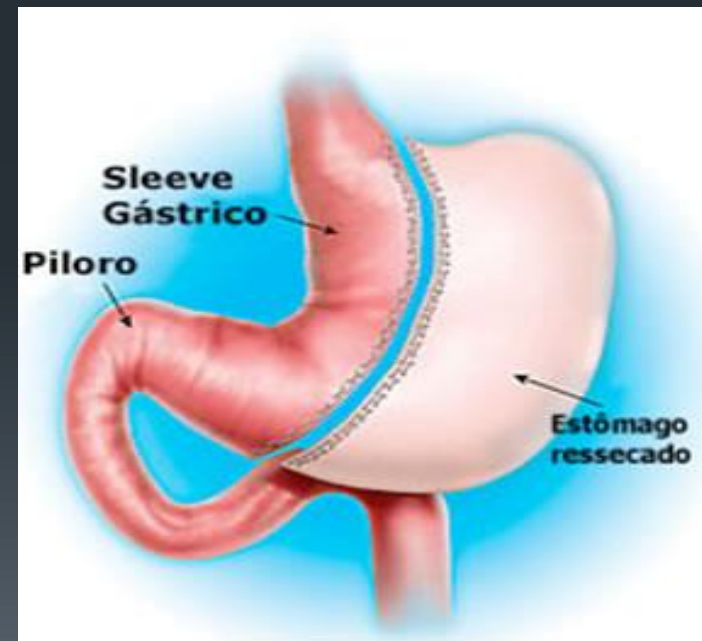


**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## Procedimentos Aceitos: Cirúrgicos não Derivativos



**BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL**



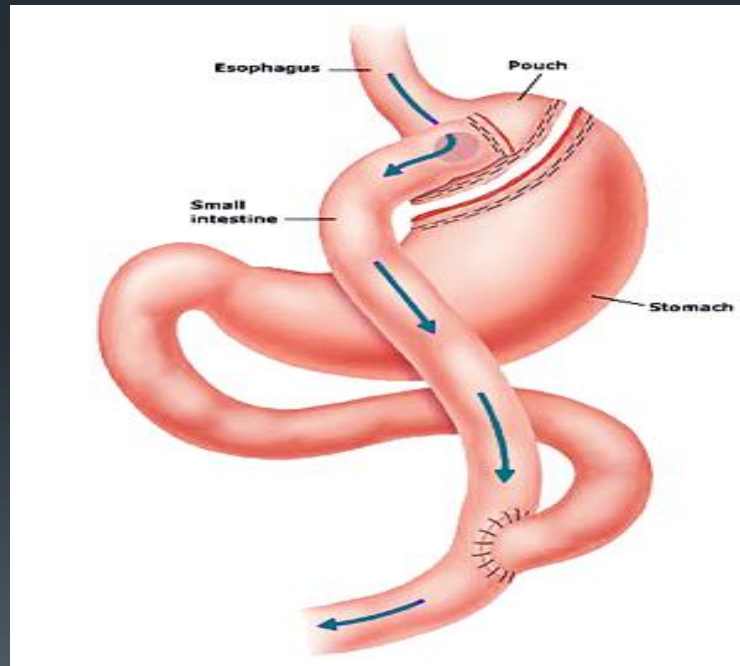
**GASTRECTOMIA VERTICAL (SLEEVE)**



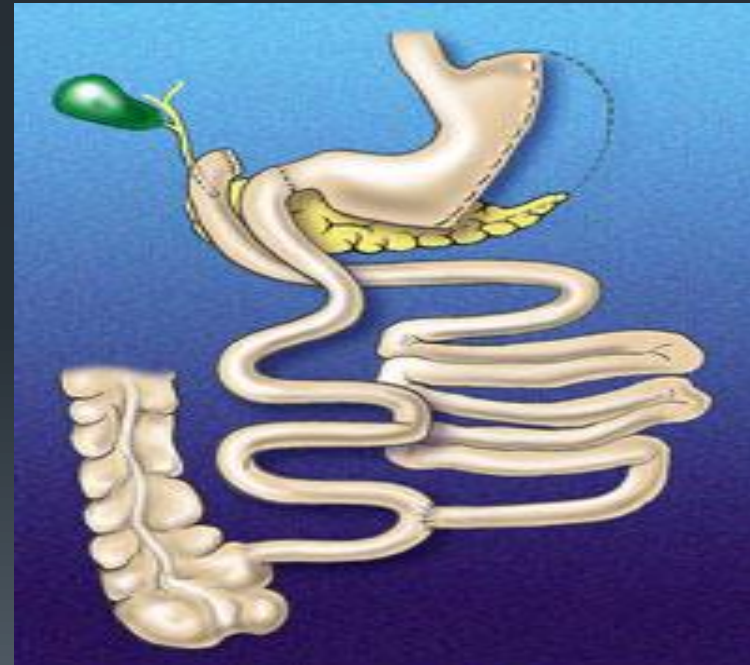


**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## Procedimentos Aceitos: Cirúrgicos Derivativos



**BYPASS GÁSTRICO EM Y DE  
ROUX (CAPELLA)**



**DERIVAÇÃO BILIOPANCREÁTICA  
(SCOPINARO)**





**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA



## Critérios de Indicação

### Resolução CFM 2.131/15

- $IMC \geq 40\text{Kg/m}^2$
- $IMC > 35\text{Kg/m}^2$  (com comorbidades)
- Idade: 16-18 a 65 anos
- Obesidade há  $>2$  anos
- Falência do tratamento clínico  $< 2$  anos
- Ausência de dependência: drogas e álcool
- Ausência de transtornos de humor, quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados

# EQUIPE MULTIDISCIPLINAR-SBCBM

**Definição:** profissionais de áreas diversas, trabalhando em harmonia de ações e objetivos, visando avaliar, orientar e seguir os pacientes portadores de obesidade mórbida em programas de cirurgia bariátrica, dividindo tarefas com o cirurgião, zelando pela proteção da boa relação médico-paciente e contribuindo na conquista e manutenção dos bons resultados, como também na resolução das situações de complicações ou insucessos

## Componentes obrigatórios:

- Cirurgião bariátrico
- Médico(a) clínico: geral, endocrinologista, intensivista, ou cardiologista.
- Psiquiatra
- Psicólogo(a)
- **Nutricionista**

## Componentes associados:

- Anestesiologista
- Endoscopista
- Enfermeiro(a)
- Fisioterapeuta
- Assistente social
- Profissional de Educação Física

# TN EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Itens do Checklist	Banda gástrica	Sleeve	Bypass gástrico	Derivações intestinais
Progressão da dieta orientado por Nutricionista Especialista(NE)	x	x	x	x
Educação alimentar realizado por NE	x	x	x	x
Polivitamínico-mineral (requerimento mínimo)	1	2	2	2
Citrato de cálcio, 1200-1500 mg / d	x	x	x	x
Vitamina D, mínimo 3000 UI / d	x	x	x	x
Vitamina B12, necessário para normalidade	x	x	x	x
Adequada hidratação > 1,5 LT/d	x	x	x	x
Monitorizar glicose nos diabetes e nos sintomas hipoglicêmicos.	x	x	x	x

## Guidelines for Perioperative Care in Bariatric Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations

A. Thorell<sup>1</sup> · A. D. MacCormick<sup>2,3</sup> · S. Awad<sup>4,5</sup> · N. Reynolds<sup>4</sup> · D. Roulin<sup>6</sup> · N. Demartines<sup>6</sup> · M. Vignaud<sup>7</sup> · A. Alvarez<sup>8</sup> · P. M. Singh<sup>9</sup> · D. N. Lobo<sup>10</sup>

### Recomendações no pré-operatório:

- **Fumo/alcool:** suspenso 1 mês antes e **álcool 2 anos** de abstinência (alcoólatras/uso abusivo), por risco de recaídas no bypass
- **Perda de peso:** sempre recomendada e avaliar hipoglicemia quando em uso de drogas hipoglicemiantes neste período
- **Jejum pré-operatório:** 2h p/ líquidos claros e 6h p/ sólidos nos não diabéticos
- **Pós-operatório imediato:** ingestão PTN monitorada; suplementação Fe, B<sub>12</sub>, Ca é obrigatória

## Guidelines for Perioperative Care in Bariatric Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations

A. Thorell<sup>1</sup> · A. D. MacCormick<sup>2,3</sup> · S. Awad<sup>4,5</sup> · N. Reynolds<sup>4</sup> · D. Roulin<sup>6</sup> · N. Demartines<sup>6</sup> · M. Vignaud<sup>7</sup> · A. Alvarez<sup>8</sup> · P. M. Singh<sup>9</sup> · D. N. Lobo<sup>10</sup>

### Nutrição no perioperatório:

- **Antes da cirurgia:** todos os pacientes devem ser submetidos a uma avaliação nutricional adequada, incluindo micronutrientes, independente da técnica
- **Extensa avaliação perioperatória:** necessária para bypass gástrico e derivações intestinais

## Guidelines for Perioperative Care in Bariatric Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations

A. Thorell<sup>1</sup> · A. D. MacCormick<sup>2,3</sup> · S. Awad<sup>4,5</sup> · N. Reynolds<sup>4</sup> · D. Roulin<sup>6</sup> · N. Demartines<sup>6</sup> · M. Vignaud<sup>7</sup> · A. Alvarez<sup>8</sup> · P. M. Singh<sup>9</sup> · D. N. Lobo<sup>10</sup>

### Nutrição no pós-operatório imediato:

- **Planejamento de refeições** → detalhada, paciente/família antes da cirurgia ou durante internação, além de reforçado em ambulatório;
- **Dieta de líquidos claros quando iniciar?** após 2 h pós-op, progressão de acordo com tipo de cirurgia, orientado **por nutricionista**;
- **Plano alimentar:** múltiplas e pequenas refeições, mastigação completa e sem líquidos nas refeições principais;
- **Plano alimentar equilibrado:** incluir > 5 porções de frutas/vegetais/d , consumo ideal de fibra, função colônica e ingestão de fotoquímicos



## Guidelines for Perioperative Care in Bariatric Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations

A. Thorell<sup>1</sup> · A. D. MacCormick<sup>2,3</sup> · S. Awad<sup>4,5</sup> · N. Reynolds<sup>4</sup> · D. Roulin<sup>6</sup> · N. Demartines<sup>6</sup> · M. Vignaud<sup>7</sup> · A. Alvarez<sup>8</sup> · P. M. Singh<sup>9</sup> · D. N. Lobo<sup>10</sup>

### Nutrição pós-operatório imediato:

- **Desnutrição proteica** → hospitalização 1%/anual nos procedimentos de má absorção (significativa morbidade)
- **Ingestão de proteínas:** mínimo 60-120 g por dia
- **Evitar:** doces concentrados em qualquer procedimento, ↓ consumo calórico e minimizar dumping
- **Suplementação nutricional:** mínimo 1-2 un de adultos/ tipo técnica
- **Suplementos vitamínico-mineral:** Fe, Ca (1200-1500 mg/ d), B<sub>12</sub>

**American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Integrated Health  
Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient 2016 Update:  
Micronutrients.** [Parrott J](#), [Frank L](#), [Rabena R](#), [Craggs-Dino L](#), [Isom KA](#), [Greiman L](#)

- Período pré-operatório: AN detalhada, incluindo avaliação clínico-nutricional para rastreamento de possíveis deficiências
- Avaliar habilidade do paciente em incorporar novos hábitos alimentares no pós-operatório
- Passos fundamentais : avaliação nutricional, diagnóstico nutricional, intervenção nutricional, monitorização e avaliação
- Deficiências pre-op: vitamina B1, B12, A, folato, Zn,Cu,Fe
- Deficiências pós-op: deficiências do pré + PTN, Ca, vit D, E, K

# RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS

## Cirurgia metabolica - SBD 2015/2016

Site da SBD- departamento de nutrição

# 2015-2016

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes

## Princípios para Orientação Nutricional no Diabetes Mellitus

### Terapia nutricional | Princípios básicos

A importância da terapia nutricional (TN) no tratamento do diabetes *mellitus* tem sido enfatizada desde a sua descoberta, bem como sua função desafiadora na prevenção, no gerenciamento da doença existente e na prevenção do desenvolvimento das complicações decorrentes.<sup>1,2</sup>

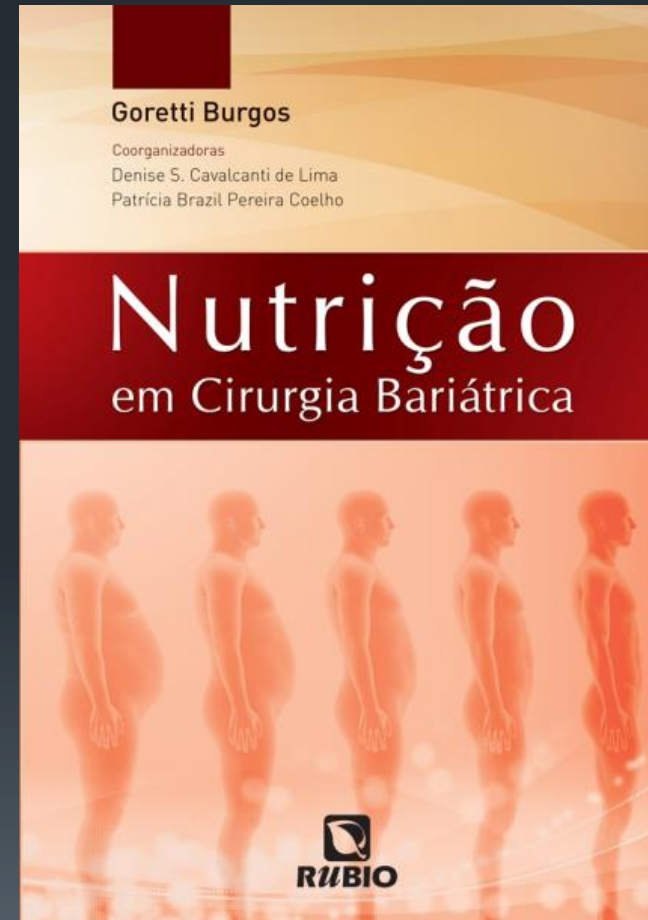
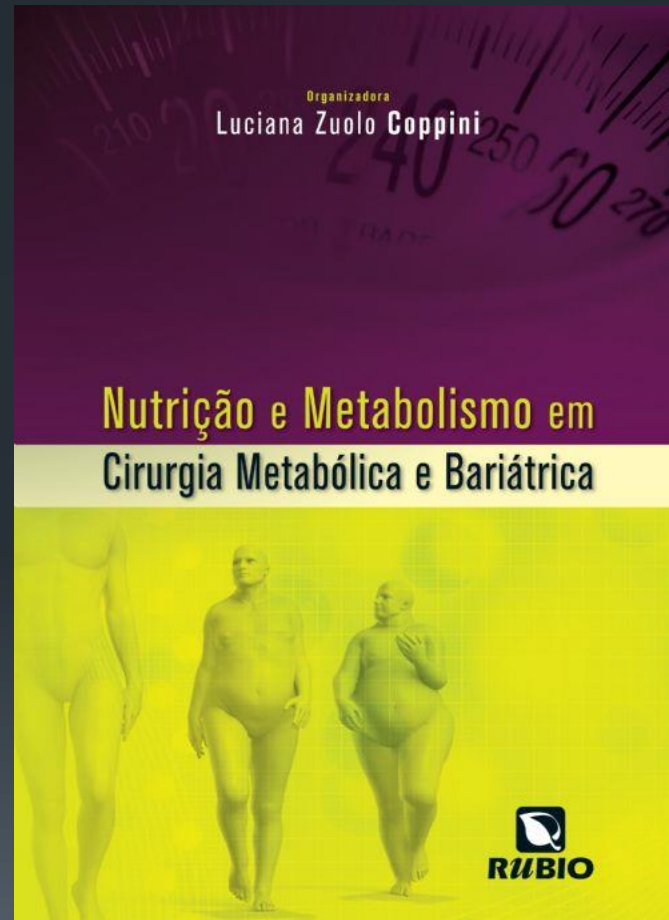
Evidências científicas têm demonstrado que a intervenção nutricional apresenta impacto importante na redução da hemoglobina glicada em pessoas com diabetes tipo 1 e 2, após 3 a 6 meses de seguimento com profissional especialista, independentemente do tempo de diagnóstico da doença.<sup>3,4</sup> Sabe-se

lipídios séricos e pressóricos adequados, bem como o uso de fármacos para a prevenção de complicações de curto e médio prazos.<sup>5-9</sup>

A nutrição equilibrada estabelecida a partir de concentrações adequadas de macronutrientes e micronutrientes, prescritos de maneira individualizada, deve basear-se nos objetivos do tratamento. A ingestão dietética recomendada (Quadro 1) segue recomendações semelhantes àquelas definidas para a população geral, considerando todas as faixas etárias.<sup>10</sup>

### Educação nutricional em diabetes

# Referencias nacionais



# CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A abordagem da equipe de cuidados perioperatórios é obrigatória, com especial atenção para as **questões nutricionais e metabólicas**;
- **Terapia nutricional** na cirurgia bariátrica atua na motivação de modificações e, ajustes no padrão alimentar, promovendo o prazer de comer saudável;
- **Acompanhamento nutricional e exercício físico**, realizados a curto, médio e longo prazo constituem o eixo principal do sucesso cirúrgico;
- **Cirurgia bariátrica** continua sendo uma intervenção segura e eficaz para pacientes selecionados com obesidade grave.



**OBRIGADA PELA ATENÇÃO !!**

**GBURGOS@HOTLINK.COM.BR**





# CONBRAN 2018

XXV CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO

V SIMPÓSIO IBERO-AMERICANO DE NUTRIÇÃO ESPORTIVA

IV SIMPÓSIO IBERO-AMERICANO DE NUTRIÇÃO EM PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES

IV SIMPÓSIO IBERO-AMERICANO DE NUTRIÇÃO CLÍNICA