



VARIAÇÕES DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE BAYPASS GASTROINTESTINAL EM Y DE ROUX

Anália Santiago Barhouch, Cláudio Corá Mottin (orientador)
Alexandre Vontobel Padoin (co-orientador)

Programa de Pós Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, PUCRS,

Resumo

Introdução

As conseqüências da obesidade no indivíduo, na sua forma mais grave, que é a obesidade mórbida, onde o índice de massa corpórea (IMC) está acima de 40, são evidentes e concretas, expondo o paciente a inúmeros riscos para sua saúde (Farias, 2006).

Pacientes obesos mórbidos normalmente apresentam um histórico de terem experimentado um grande número de tratamentos, sem conseguir, no entanto, manutenção dos resultados à longo prazo (Segal, 2002; NIH, 1998). A cirurgia bariátrica surgiu como um método eficaz e que mantém seus resultados à longo prazo em grande parte destes pacientes (Livingston, 2002).

Dentre as técnicas cirúrgicas para o tratamento da obesidade mórbida, o Bypass Gastrointestinal em Y de Roux pela técnica Fobi - Capela é considerado o padrão ouro (Leite, 2006). É um procedimento seguro, de baixa mortalidade (Herrera, 2000. Leite, 2006).

Entretanto, a estabilização deste peso à longo prazo é ainda um dos grandes desafios da cirurgia, pois sabemos que, em média, 20% dos pacientes submetidos a este procedimento voltam a ganhar algum peso, se observados após um período de 5 a 10 anos (Christou, 2006. Sjostrom, 2004).

Os mecanismos que levam estes pacientes a reganhar peso ainda não estão claros, e são vários os fatores que podem influenciar na estabilização ou não deste peso. (Thompson, 2006. Shah, 2006).

Ademais, da experiência clínica nutricional, observamos que, muitos dos pacientes que apresentam reganho de peso, possuem também algum grau de dificuldade na ingestão de

carne vermelha. A carne vermelha não é bem tolerada devido à falta de mastigação apropriada, bem como à diminuição das secreções gástricas, restringindo assim as opções protéicas nas dietas consumidas por alguns destes pacientes (Farias, 2006).

Objetivo Geral:

Avaliar as possíveis variações do índice de massa corporal em pacientes que submeteram-se ao bypass gastrointestinal em Y de Roux, no Centro da Obesidade e Síndrome Metabólica do HSL PUCRS, após 60 meses da cirurgia.

Objetivos Específicos:

1. Determinar o tempo médio para atingir o menor IMC.
2. Determinar a média de reganho entre o menor IMC atingido e aos 60 meses.
3. Determinar a frequência de reganho significativo.
4. Avaliar se o reganho está associado com: sexo, faixa etária, dificuldade de ingestão de carne vermelha, IMC pré- operatório.

Metodologia

Trata-se de um estudo de coorte histórica.

População: Pacientes de ambos os sexos, obesos mórbidos, submetidos ao bypass gastrointestinal em Y de Roux, do Centro da Obesidade e Síndrome Metabólica da PUCRS, com 60 meses ou mais de pós operatório.

Amostra: O estudo irá utilizar uma amostra de conveniência que inclua todos os pacientes submetidos ao bypass gastrointestinal em Y de Roux, com mais de 60 meses de pós operatório completos até os 06 meses anteriores ao prazo de término do presente projeto. Estima-se que a amostra possua aproximadamente 110 indivíduos.

Critérios de inclusão e exclusão:

a. Critérios de exclusão:

- i. Ausência de dados relativos ao IMC prévio à cirurgia, sexo, idade, ingestão ou não de carne vermelha, e acompanhamento ponderal durante os períodos definidos para levantamento
- ii. Procedimentos cirúrgicos no trato gastrointestinal após a cirurgia bariátrica primária, procedimentos cirúrgicos revisionais, ou outros

tratamentos fora do protocolo tradicional de pós-operatório bariátrico.

- iii. Presença de patologias que possam interferir no metabolismo nutricional

Coleta de dados:

Serão analisados os prontuários de pacientes com mais de 60 meses de pós-operatório de cirurgia bariátrica pela técnica do bypass gastrointestinal em Y de Roux, (completos até os 06 meses anteriores ao prazo de término do projeto).

O levantamento dos dados será realizado pela autora junto aos prontuários médicos do Centro da Obesidade e Síndrome Metabólica do HSL da PUCRS

Análise dos Dados:

Os dados serão digitados em planilha eletrônica usando o excel e analisados com o software estatístico SPSS versão 11.5.

O tempo para atingir o menor IMC e o valor de reganho serão descritos por média, desvio padrão e erro padrão.

A frequência de reganho significativo será descrita com respectivo intervalo de confiança de 95%.

As médias de reganho serão comparadas com sexo e dificuldade de ingestão de carne vermelha utilizando-se a análise de variância (Anova One way) e teste “post-hoc” de Bonferroni.

Para verificar se existe correlação entre o reganho e o IMC pré- operatório será utilizado o coeficiente de correlação de Pearson.

Serão consideradas significativas as diferenças que apresentarem $p \leq 0,05$.

Aspectos Éticos:

Inicialmente o projeto foi encaminhado à Comissão Científica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. O projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul em 23 de março de 2009, e somente após o recebimento destes pareceres foi iniciada a coleta dos dados.

Com relação à necessidade de aplicação do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, uma vez que todo trabalho se baseia em coleta de dados de prontuários, sem

impacto no tratamento dos pacientes e sem nenhum tipo de prejuízo para os mesmos, ficou automaticamente dispensado o seu uso.

Referências

1. Farias LM, Coêlho MPS, Barbosa RF, et al. Nutritional status of obese women subjected to vertical gastropasty with Roux-en-Y gastric bypass. **Rev Bras Nutr Clin.** 2006; 21: pp. 98-103.
2. Segal A, Fandino J. Bariatric surgery indications and contra indications. **Revista Brasileira de Psiquiatria** 2002 ; 24:68-72.
3. National Institutes of Health. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report. Bethesda:National Heart, Lung, and Blood Institute,1998:1-228.
4. Livingston EH. Obesity and its surgical management. **Am J Surg** 2002; 184: 103-13
5. Leite MAM, Rodrigues MPF. Procedimentos Cirúrgicos – Introdução Histórica. In: Garrido Jr AB ed. Cirurgia da Obesidade. São Paulo: Editora Atheneu 2006.
6. Herrera MF, Lozano-Salazar RR, Gonzáles-Barranco J, Rull JA. IN: Deitel, M, Cowan Jr, G. S. M. Update: Surgery for the morbidly obese patient. Canadá: FD Communications 2000; 55-62.
7. Christou NV, Look D, Maclean LD. Weight gain after short- and long-limb gastric bypass in patients followed for longer than 10 years. **Ann Surg**; 2006 244:734-40.
8. Sjostrom L, Lindroos AK, Peltonen M, et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. **N Engl J Med** 2004 351:2683–2693.
9. Thompson CC, Slattery J, Bundga ME, et al. Peroral endoscopic reduction of dilated gastrojejunal anastomosis after Roux-en-Y gastric bypass: a possible new option for patients with weight regain. **Surg Endosc** 2006 20(11):1744-8.
10. Shah M, Simha V, Garg A. Review: long-term impact of bariatric surgery on body weight, comorbidities, and nutritional status. **J Clin Endocrinol Metab** 2006 91(11):4223-31.