



Novas tendências em cirurgia bariátrica

Passado, presente e futuro da cirurgia bariátrica

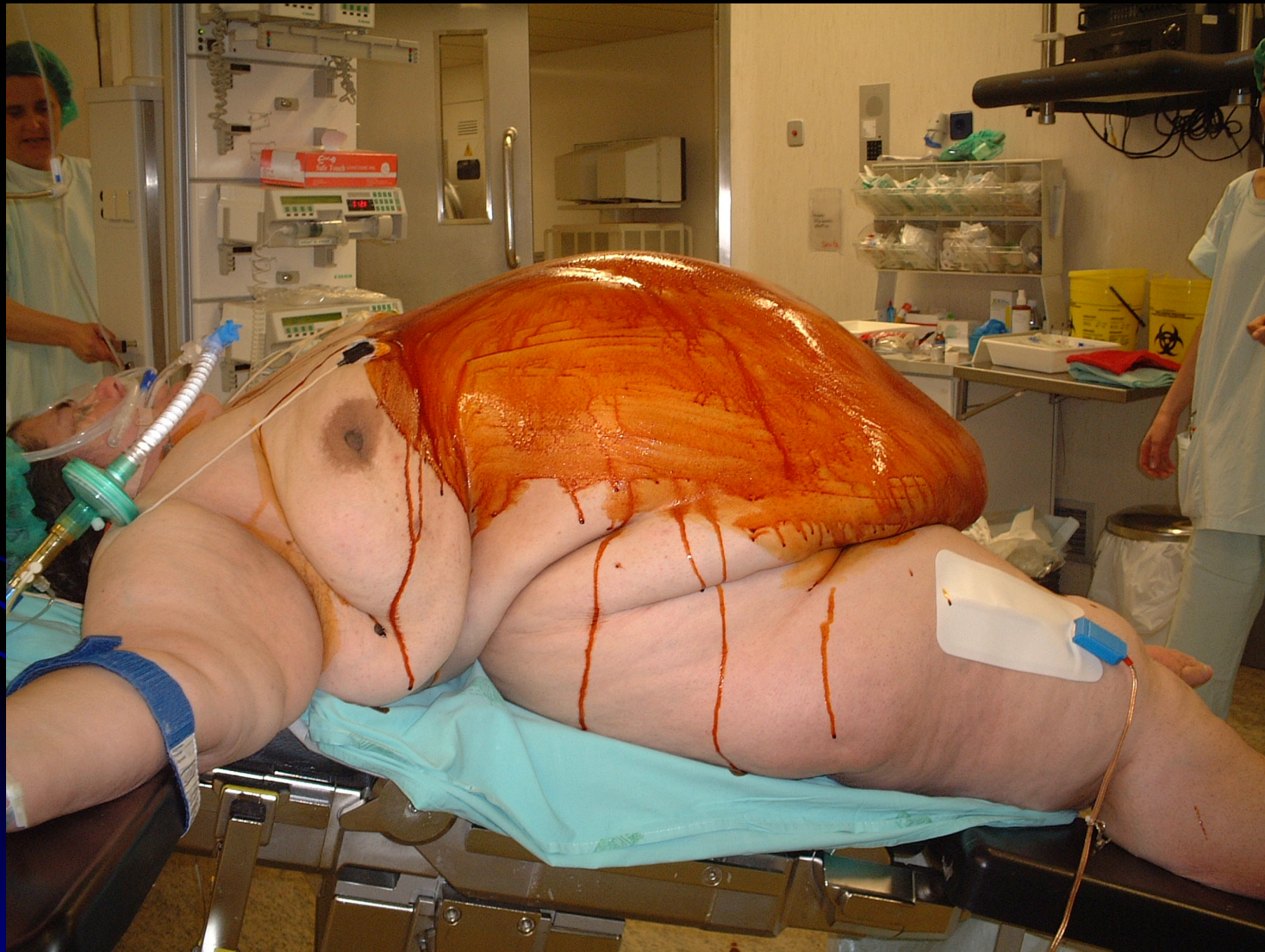
Hospital S. Sebastião

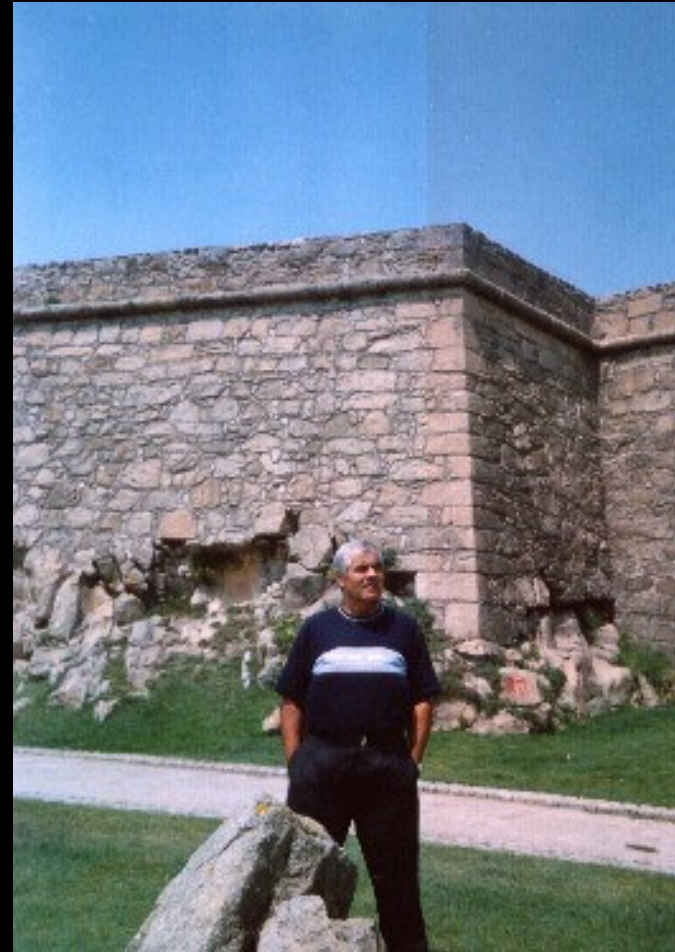
Vila da Feira – 16 e 17/06/2005

António Sérgio

- **Problema de Saúde Pública**
- **Epidemia:** Prevalência dobra a cada 5-10 anos.
- **Portugal:** 15-20 % dos adultos, 1,2 a 3% mórvidos

CIRURGIA? Porquê?







COMORBILIDADES

368 doentes – (60%)

•OSTEOARTROPATY(joint pain) -----	61,4%
•HTA -----	40%
•Diabetes mellitus tipo II -----	24%
•Roncophaty -----	30%
•Sleep apnea syndrome -----	14%
•Hipotiroidism -----	0,8%
•Hiatal hernia -----	6%
•GER -----	8%
•RGE + H.hernia -----	2%
•Litiasse vesicular -----	8%

Evolução das comorbilidades

Comorbidities	Nº patients	Without disease	Improved	Unchanged
Osteoarthropaty	222	123	99	
Roncophaty	110	70	40	
Arterial hipertension	147	82	65	
Sleep apnea	57	31	26	1
Diabetes	88	52	36	

Table 4. Average total cost per 1,000 patients for hospitalization by group, year of follow-up

Year of Follow Up	Bariatric	Control	Absolute Difference	Cost Ratio; Control/Bariatric
1	\$12,461,938	\$3,609,680	\$-8,852,258	0.29
2	\$3,398,835	\$4,846,794	\$1,447,959	1.43
3	\$1,362,408	\$5,831,456	\$4,469,048	4.28
4	\$1,318,323	\$5,895,988	\$4,577,666	4.47
5	\$975,163	\$5,080,690	\$4,105,526	5.21
Total:	\$19,516,667	\$25,264,608	\$5,747,941	1.29

“Surgery decreases Long-term Mortality, Morbidity, and Health Care Use in Morbidly Obese Patients”

Christou, Nicolas, Sampalis

• **Annals of Surgery. 240(3): 416 – 424, September 2004**

PASSADO:


Até 1992 embora se realizasse, não era de uma forma consistente, havia sómente alguns grupos a realizá-la de uma forma organizada.

PRESENTE:

- Cirurgia laparoscópica

- Formação de grupos estruturados para o tratamento desta patologia

Henry Buchwald -- “provavelmente
a maior inovação na cirurgia
bariátrica é a revolução
laparoscópica”



CIRURGIA LAPAROSCÓPICA

CARACTERÍSTICAS	LAPAROSCÓPICA	ABERTA
Anestesia	Equivalente	Equivalente
Ventilação mecânica	Ajustada a minimizar hipercarbia	Standard
Posição cirúrgica	Supina e Trendlenburg invertida	Supina e Trendlenburg invertida
Método acesso	4,5 ou 6 trocars	Incisão linha média superior
Método exposição	Pneumoperitoneu CO2	Retractor parede abdominal
Manipulação visceral	Minima	Major
Perda de calor	Moderada	Moderada

CIRURGIA LAPAROSCÓPICA

- Seleccção de doentes = via aberta

- Experiência do cirurgião
- Superobesos
- Cirurgias prévias
- Curva de aprendizagem

- Contraindicações absolutas

- Comprometimento das funções

- Cardíaca
- Pulmonar
- Renal
- Hepática

Cirurgia laparoscópica

- Perda sangue – mínima
 - Bypass (Schauer, Nguyen transfusão 3,9% a e 0 la
- Estadia na Unidade Cuidados Intensivos
 - Bypass (Nguyen – 7,6% lap / 21% ab)
 - Gastric banding – praticamente zero
 - Ambulatório
- Tempo estadia hospitalar
 - Bypass é igual
 - Gastric banding baixo

Cirurgia laparoscópica

- Complicações parede
 - Infecções são menores
 - Menor incidência hérnias
- Ileus é menor
- Dor pósoperatória – menor
- Recuperação é mais rápida
- Qualidade de vida
 - Superior nos primeiros 3 meses, após é igual
- Custos similares

BELACHEW 1992 – Banda gástrica

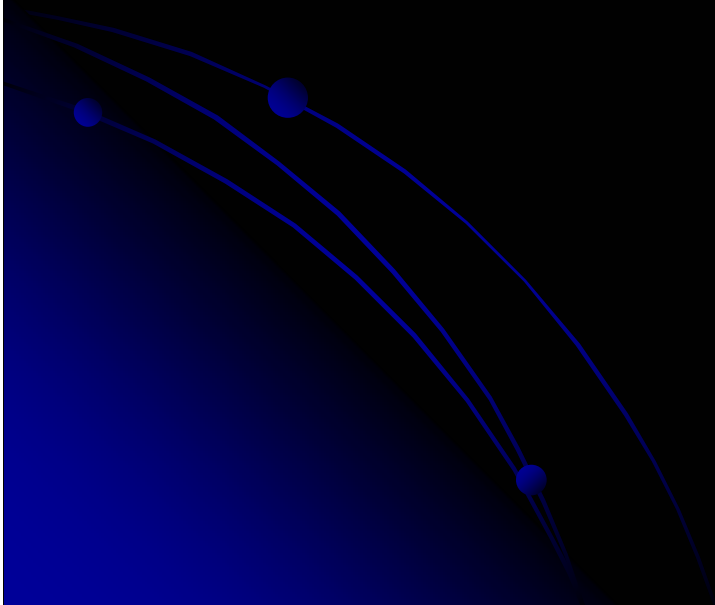
WITGROVE 1993 – Bypass gástrico

Michel Gagner 1999 – Derivação

biliopancreática

PORTUGAL

1996



PORTUGAL

- 2000



PORTUGAL

2001 Carta ao Ministério

A obesidade atingiu nas últimas duas décadas proporções epidémicas, tornando-se um dos mais sérios problemas de saúde pública, quer nos países desenvolvidos quer nos países em vias de desenvolvimento, tendo sido considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde Junho de 1997 em Genebra, como se pode ler no seu livro publicado anualmente nas páginas “.....**uma doença por direito próprio, pela sua capacidade de gerar outras doenças.....**” . O Índice de Massa Corporal (IMC), (razão entre o peso do paciente e a sua altura ao quadrado), classifica os doentes obesos estabelecendo o grau de obesidade e o risco de doenças associadas

Classificação

BMI (Kg/m²)

Risco de doenças associadas

Normal

18,5 – 24,9

Excesso de peso

25,0 – 26,9

Muito ligeiro

Pré-obesidade

27 – 29,9

Ligeiro

Obesidade grau I

30 – 34,9

Moderado

Obesidade grau II

35 – 39,9

Severo

Obesidade grau III

>40

Muito severo

As doenças associadas com ou agravadas pela obesidade severa , principalmente a diabetes com resistência à insulina, a hipertensão arterial sistêmica , as doenças cardiovasculares (enfarte do miocárdio, síncope, fenómenos tromboembólicos sistêmicos), doenças osteoarticulares, litíase vesicular, alguns tipos de cancro, são determinantes de um aumento da morbidade e mortalidade alarmantes, tornando o estudo e o tratamento desta doença crônica uma prioridade.

Em Junho de 1997 na sua Press Release WHO/ 46 a Organização Mundial de Saúde após a reunião sobre Obesidade em Geneve entre 3 e 5 desse mês, entre outras considerações faz as seguintes afirmações:

“Obesity is now well recognized as a disease in its own right”.

“Obesity is a major determinant of many non-communicable diseases and induces diabetes mellitus (type II: non-insulindependent), coronary heart disease and stroke. It increases the risk of several types of cancer, gallbladder disease, and musculoskeletal disorders and respiratory problems”.

“Obesity’s impact is so diverse and extreme that it should now be regarded as one of the greatest neglected public health problems of our time with an impact on health which may well prove to be as great as that of smoking”.

A associação entre obesidade e condições comorbidizantes está actualmente muito bem documentada no Clinical Cornerstone 2(3): 17-31, 1999, onde se pode verificar a associação da obesidade com hipertensão, diabetes mellitus tipo II, doença coronária, apneia de sono obstrutiva, anormalidades hepáticas, formação de litíase vesicular, alguns tipos de cancro, bem como osteoarterite e alterações psicosociais.

A Organização Mundial de Saúde no seu artigo nº 190, março de 1996 sustenta que: “Para indivíduos que pelo menos chegaram a uma obesidade de grau II (Índice de Massa Corporal superior a 35), a maior parte das recomendações focam a perda de peso. A perda de peso é difícil de sustentar, mas beneficia a saúde a longo prazo. Muitos indivíduos com excesso ponderal que perdem uma apreciável quantidade do seu peso, voltam a ganhá-lo mais tarde. Tentativas repetidas de perder peso podem levar a um fenómeno conhecido como “iô-iô” ou ciclo de peso, que por si só está associado a consequências adversas.

Na consulta sobre obesidade da Organização Mundial de Saúde nas páginas 228 a 230, esta Organização considera a cirurgia como a maneira mais efectiva de reduzir o peso e também de manter a perda de peso. Além disso considera que o tratamento cirúrgico torna-se menos dispendioso do que qualquer outro tratamento ao fim de 4 anos.

Effective Health Care, Abril de 1997, volume 3, número 2 sustenta que “ Surgery is the most effective and possibly cost-effective approach for reducing weight in people with severe obesity”.

Actualmente está calculado que a obesidade consome cerca de 3,5% do total dos custos com a saúde no nosso País, sendo estimada em 50% a população pelo menos com excesso de peso e, que entre 1,2 a 2% da população sofra de obesidade de grau III.

Muitos são os trabalhos que corroboram que a cirurgia é de facto a forma de tratamento mais efectivo e eficaz desta patologia, não só da obesidade mas também das suas comorbilidades, com um custo menos elevado que o tratamento médico, porque não só é mais eficaz na perda de peso mas também o é na manutenção desta perda com o decorrer dos anos, como o corroboram vários trabalhos de todo o Mundo, incluindo os Portugueses.

A cirurgia tem um efeito prolongado na perda de peso, mas também na resolução das comorbilidades, na qualidade de vida dos doentes e no seu grau de satisfação.

Sendo considerada uma doença pela O.M.S., existindo um número de código no Código Internacional de Doenças – ICD-9 – com o número 278.01, bem como sendo a cirurgia a melhor forma de tratamento desta patologia, tendo-lhe sido também atribuído um número no código ICD-9 – 44.69 - , é inadmissível que existam ainda entidades que olhem para este tipo de cirurgia como uma cirurgia estética e não uma cirurgia de necessidade, bem como existam alguns Hospitais públicos em que estes doentes sejam obrigados a comprarem material para o seu tratamento cirúrgico, situações estas que, pela necessidade e em alguns casos a urgência que estes doentes têm em resolver a sua situação, em particular quando têm doenças na dependência da obesidade que põem em risco a sua vida. Com base na posição actual da OMS solicitamos com a maior brevidade uma audiência com Vossa Excelência no sentido de obter do Ministério da Saúde o reconhecimento pleno do atrás exposto para que os doentes possam beneficiar de um tratamento adequado e actualizado.

Dr. António Sérgio Bastos Silva

(Presidente de Sociedade Portuguesa de Cirurgia da Obesidade)

A Obesidade como doença crónica

Administrações Regionais de Saúde e os Serviços Prestadores de Cuidados de Saúde

Divisão das Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

Atendendo a que a Obesidade é reconhecida pela comunidade científica como um importante problema de Saúde Pública, que tende a agravar-se, a Direcção – Geral da Saúde encontra-se a elaborar estratégias que o visam combater.

Neste sentido, porque a Obesidade requer esforços continuados para ser controlada, constituindo uma ameaça para a saúde e um importante factor de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças, informa-se que:

- 1.A Organização Mundial de Saúde define a Obesidade como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde. O excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é maior do que a quantidade de energia gasta. Os factores que determinam este desequilíbrio, que tende a perpetuar-se, são complexos e incluem factores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais.
- 2.A Obesidade é um importante factor de risco, passível de ser controlado.
- 3.Se nada se fizer para prevenir a obesidade, estima-se que cerca de 50% da população poderá ser obesa em 2025.

A obesidade encontra-se incluída na *Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID-10), da OMS[1], que o Conselho Superior de Estatística aprovou para utilização no âmbito do Sistema Estatístico Nacional[2].

A Obesidade deve, assim, ser considerada como uma doença crónica, que pode atingir homens e mulheres de todas as etnias e de todas as idades e requer estratégias de longa duração para a sua prevenção e gestão efectivas.

O combate à Obesidade está contemplado no Plano Nacional de Saúde 2004 - 2010.

O Director-Geral e Alto Comissário da Saúde

Prof. Doutor José Pereira Miguel

[1] Capítulo IV – Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas; CID – 10:E66.

[2] 123ª. Deliberação do Conselho Superior de Estatística, em 23 de Maio de 1997.

Formação de Grupo Trabalho para a elaboração do Programa Nacional de Combate à Obesidade

Incluía várias sociedades científicas, entre elas a: SPCO, SPEO, Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Sociedade Portuguesa de Nutrição

Objectivos

O Programa Nacional de Combate à Obesidade visa contribuir para a redução do peso nas pessoas obesas e nas pessoas que tenham particular risco ao desenvolver obesidade, nomeadamente pessoas com diabetes tipo 2 e doença cardiovascular, contrariar hábitos determinantes do excesso de peso e, em termos globais, contribuir para o desenvolvimento de uma cultura de promoção de um peso saudável na população portuguesa, tendo em conta uma cooperação intersectorial.

O presente Programa visa, como objectivo geral, contrariar a taxa de crescimento da prevalência da pré-obesidade e obesidade em Portugal.

Para atingir este objectivo geral, considera-se fundamental que o Programa Nacional de Combate à Obesidade atinja os seguintes objectivos específicos:

- Reduzir a proporção de indivíduos com IMC entre 25 e 30.

- Reduzir a proporção de indivíduos com IMC ≥ 30 .

População Alvo

No âmbito do Programa Nacional de Combate à Obesidade deve considerar-se como população alvo a constituída pelas pessoas, de ambos os sexos e de qualquer idade, pré-obesas, obesas e ex-obesas e, ainda, pelas pessoas incluídas nos seguintes grupos de risco:

Baixo ou elevado peso ao nascer.

Antecedentes familiares de obesidade.

Passado de doença de comportamento alimentar.

Mulheres com múltiplas gravidezes.

Mulheres na péri e pós menopausa.

Ex-fumadores recentes.

Promover, junto das Faculdades de Medicina, o aumento do número de horas de formação pré e pós-graduada, em abordagem da obesidade.

Promover, junto da Comissão Nacional do Internato Médico e das administrações hospitalares, o aumento do número de vagas do Internato Complementar de Endocrinologia.

Promover a formação obrigatória em abordagem da obesidade, nos internatos complementares de Medicina Geral e Familiar e de Cirurgia.

UNIDADES DE TRATAMENTO

OBESIDADE GRAVE

Serviço Especializado :
Unidade Hospitalar de Cirurgia Bariátrica

- **Equipe:**

- Equipe Cirúrgica (médica/enfemagem)
- Equipe Clínica (clínico, cardiologista, pneumologista, angi vascular e endócrinologista)
- Nutricionista
- Psiquiatra/ Psicólogo
- Assistente Social
- Fisioterapeuta
- Cirurgião Plástico

UNIDADES TRATAMENTO

OBESIDADE

Unidade Hospitalar de Cirurgia Bariátrica com todos os recursos.

- **Ações a partir de Protocolos definidos:**
 - **Complementares de Diagnóstico**
 - **Avaliação e preparação Pré-operatória**
 - **Cirurgia Bariátrica**
 - **Acompanhamento pós operatório imediato**

UNIDADE DE TRATAMENTO

OBESIDADE

Unidade Hospitalar de Cirurgia Bariátrica

- **Acções pós-operatórias tardias:**
 - Acompanhamento biomédico e psicosocial por tempo indefinido: com cirurgião, psiquiatra/ psicólogo, nutricionista e serviço social.
 - Atividade física e medicação.
- **Ações de Ensino/ Pesquisa**
- **Assessoria Técnica p/ a prevenção primária e secundária**

PORTO
5-8 SEPT.
2007



XII WORLD CONGRESS

OF INTERNATIONAL
FEDERATION FOR THE
SURGERY OF OBESITY

XXI INTERNATIONAL
SYMPOSIUM ON OBESITY
SURGERY

www.ifso2007.com
www.ifso2007.com.pt

Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade



XII Congresso Mundial – IFSO

Porto, 5 – 8 Setembro 2007



XII CONGRESSO MUNDIAL IFSO – PORTO

5 – 8 Setembro 2007

