PRESENÇA DE ANEMIA EM PACIENTES SUBMETIDOS À GASTRECTOMIA

RAPHAELA DE MENEZES PINON

FARMACÊUTICA

rapha_pinon@hotmail.com

Endereço para correspondência: Rua da Conceição, 689 – Centro Linhares-ES CEP: 29900-320

RESUMO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em todo mundo, há mais de 1 bilhão de pessoas com sobrepeso, sendo que, aproximadamente, 300 milhões são obesas (ANDERI et al., 2007). A gastrectomia ou cirurgia bariátrica é comumente conhecida como “cirurgia de redução de estômago” e é aplicada para redução de peso em pacientes com obesidade mórbida. Esse tipo de intervenção cirúrgica colaborou muito para a redução de co-morbidades associadas à obesidade, porém estudos têm evidenciado diversas deficiências nutricionais em pacientes gastrectomizados (FARIAS et al., 2006). A anemia, que pode ser ferropriva ou megaloblástica, é uma manifestação muito comum em pacientes pós gastrectomizados. Por isso, a aplicação da cirurgia bariátrica, bem como a escolha da técnica a ser utilizada tem obedecido a rigorosos critérios na intenção de reduzir as possíveis deficiências nutricionais nesses pacientes.

ABSTRACT

In accordance with the World-wide Organization of Health (OMS), in everybody, have more than 1 billion of people with overweight, being that, approximately, 300 million are obese (ANDERI et al., 2007). The gastrectomy or bariatric surgery comumente is known as “surgery of stomach reduction” and is applied for reduction of weight in patients with severe obesity. This type of surgical intervention very collaborated for the reduction of comorbidity associates to the obesity, however studies have evidenced diverse nutritional deficiencies in gastrectomized patients (FARIAS et al., 2006). The anemia, that can be iron deficiency or megaloblastic, is a very common manifestation in gastrectomized patients after. Therefore, the application of the bariatric surgery, as well as the choice of to be used technique has obeyed rigorous criteria in nutritional possible the intention to reduce the deficiency in these patients.

INTRODUÇÃO

Obesidade

Fisiologicamente, a fome é uma necessidade de se introduzir alimento no estômago e o homem o faz de maneira a suprir suas necessidades reais e também seus desejos. No entanto, estudos revelam que as famílias têm consumido alimentos muito mais gordurosos, com alto teor de açúcar, massas e refrigerantes e há pouco consumo de verduras, frutas e legumes (LEMOS, 2006).

O sedentarismo, os maus hábitos alimentares estão intimamente envolvidos na obesidade, no entanto, fatores genéticos e distúrbios hormonais também contribuem para essa doença.

A obesidade é uma doença crônica que se caracteriza por um excesso de gordura no organismo e, geralmente, associa-se a outras doenças como: diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares entre outras, além dos problemas psicossociais (VALEZI et al., 2004). Têm sido considerada como um grave problema de saúde pública pela grande quantidade de pessoas obesas, principalmente nos países desenvolvidos (FANDIÑO et al., 2004).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a obesidade é classificada em três graus distintos de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC). Pacientes com IMC entre 30 e 34,9 kg/m² são classificados como grau I, IMC entre 35 e 39,9kg/m² classifica-se como grau II e IMC maior que 40kg/m² considera-se como grau III ou obesidade mórbida (FANDIÑO et al., 2004).

A obesidade mórbida destaca-se pela intensidade do impacto corporal que ela causa, juntamente com o maior risco de co-morbidades associadas e mortalidade.

O tratamento da obesidade é feito através de uma mudança de estilo de vida com uma dieta balanceada, exercícios físicos e medicamentos específicos. No entanto, pacientes com obesidade mórbida, geralmente, são refratários a essas medidas. Em obesos mórbidos que não respondem a esse tratamento a cirurgia bariátrica tem sido uma ótima alternativa para a redução de peso e das morbidades associadas

(MONTEIRO JUNIOR et al.,2009). Apesar de invasiva esse tipo de cirurgia apresenta excelentes resultados com redução maior que 50% do excesso de peso e os benefícios proporcionados são mantidos a longo prazo (PEDROSA et al., 2009).

Tipos de cirurgia bariátrica

Grande parte das técnicas de cirurgia bariátrica envolve a colocação de um anel estomacal ou exclusão de partes do intestino, geralmente o duodeno, o que implica em algumas complicações (SANTORO et al., 2006) .

A cirurgia bariátrica é classificada em restritiva e disabsortiva ou mal absortiva. Nas restritivas a perda de peso ocorre pelo fechamento do estômago restringindo a entrada de alimentos, no entanto a absorção não é prejudicada. Já nos procedimentos disabsortivos, combina-se a restrição do estômago com um desvio intestinal, reduzindo porções do trato digestivo o que implica na má absorção dos alimentos (BOA SAÚDE, 2004).

As técnicas mais comumente realizadas são a de Scopinaro (derivação biliopancreática) e a Duodenal Switch. Ainda existem aquelas que combinam as duas técnicas chamadas de “mistas”, como o bypass gástrico de Fobi-Capela ou gastroplastia redutora com bypass gástrico em Y de Roux (SOARES; FALCÃO, 2007), considerada padrão ouro para o tratamento da obesidade severa (VALEZI et al., 2004).

Indicações e Contra – indicações para a cirurgia bariátrica

A cirurgia bariátrica tem sido considerada a técnica mais eficaz, no momento, para o tratamento da obesidade mórbida.

De acordo com o National Institute of Health (NIH, 1991) são indicados à cirurgia bariátrica pacientes com IMC igual ou maior que 40kg/m² ou com IMC entre 35 e 39,9kg/m² associado com alguma co-morbidade (SOARES; FALCÃO, 2007).

É contra indicada para pacientes que não são incluídos nos critérios acima, ainda pacientes com insuficiência renal, cirrose hepática, pneumopatias e cardiopatias (LEMOS, 2006). Alguns autores acreditam na contra-indicação psiquiátrica que é ainda

controvérsia (FANDIÑO et al., 2004).

Pós - operatório

Após a cirurgia de redução de estômago, a perda de peso é a primeira manifestação aparente e que pode resultar em algum déficit energético que é mais evidente nas técnicas cirúrgicas disabsortivas.

A manifestação mais comumente observada em pacientes que foram submetidos à gastrectomia é a anemia que pode ser ferropriva e/ou megaloblástica (PAPINI-BERTO et al., 2002).

Além da anemia, observam-se outros sinais e sintomas em gastrectomizados como: diarréia, anorexia, desnutrição protéico-energética, síndrome de dumping (PAPINI BERTO; BURINI, 2001).

Causas de anemia em gastrectomizados

Nas cirurgias realizadas através das técnicas disabsortivas ou mistas o grau de deficiência nutricional é maior, pois o paciente tem uma liberdade maior para comer, no entanto a sua absorção fica muito prejudicada diferente das técnicas restritivas, nas quais o paciente tem que ingerir uma quantidade muito menor de comida, mas sua absorção não é prejudicada.

O ferro é um mineral essencial na nossa dieta e de difícil absorção, pois sofre muitas influências. Após a cirurgia bariátrica, a deficiência desse mineral é muito comum, principalmente devido à diminuição de ácido gástrico (XANTHACOS; INGE, 2006).

O ferro no seu estado ferroso é melhor absorvido, porém na nossa dieta a maior parte do ferro encontrado está na forma férrico.

A conversão do ferro férrico em ferroso é possível no nosso organismo e o ácido clorídrico (HCl), no estômago, favorece essa conversão mantendo o ferro no seu melhor estado para ser absorvido no duodeno (SANCHES et al., 2007). Nos pacientes gastrectomizados, há um ressecamento com conseqüente diminuição da disponibilidade ou produção desse ácido o que predispõe ao aparecimento da anemia ferropriva (PAPINI BERTO; BURINI, 2001).

A anemia por deficiência de ferro produz hemácias microcíticas (pequenas) e hipocrômicas (pálidas,

descoradas) com diminuição do HCM (hemoglobina corpuscular média) e VCM (volume corpuscular médio) que pode ser evidenciado no hemograma do paciente.

A anemia megaloblástica pode ocorrer devido à retirada da mucosa gástrica que produz o fator intrínseco (PAPINI BERTO; BURINI, 2001). Esse fator é responsável por se ligar na vitamina B12 e facilitar sua absorção intestinal. Com a cirurgia bariátrica, o estômago secreta uma quantidade muito menor tanto de ácido, quanto de fator intrínseco dificultando a absorção de vitaminas do complexo B (XANTHAKOS; INGE, 2006). Nesse tipo de anemia as hemácias do paciente são macrocíticas (grandes) com VCM e HCM aumentados.

A deficiência de ferro e vitamina B12 pode ocorrer em conjunto. Quando isso acontece observa-se uma dupla popularidade de hemácias, macrocíticas e microcíticas, no sangue do paciente.

O ácido fólico também pode estar deficiente, proveniente de uma ingestão diminuída desse composto (SANCHES et al., 2007), que pode ser suplementada com polivitamínicos (XANTHAKOS; INGE, 2006).

Os pacientes pós - operados precisam ter um acompanhamento médico nutricional para que essas deficiências e outras possíveis complicações da cirurgia possam ser identificadas e tratadas precocemente.

DISCUSSÃO

Com o grande número de pessoas obesas e principalmente obesos mórbidos, a intervenção cirúrgica tem proposto uma nova expectativa de vida para essas pessoas. No entanto, essa técnica apresenta riscos e precisa ser utilizada com precaução no tratamento da obesidade.

Os pacientes refratários a terapia convencional, com dieta e medicamentos e dentro dos critérios exigidos são candidatos a esse tipo de intervenção, porém também vão estar expostos a algum tipo de risco.

As deficiências nutricionais, como a deficiência de ferro e vitamina B12 são muito comuns, além de outras complicações que podem surgir. A escolha da técnica a ser utilizada é essencial para

minimizar esses déficits assim como o acompanhamento do médico no pós-operatório com pedidos de exames periódicos e suplementações vitamínicas, se houver necessidade.

É importante ressaltar que a cirurgia bariátrica não é uma cirurgia com fins estéticos e só deve ser realizada de acordo com uma avaliação criteriosa do paciente pelo médico, respeitando as indicações e contra – indicações existentes.

CONCLUSÃO

A presença comum de anemia nesses pacientes tem sido relatada com frequência e podemos concluir que a escolha da técnica cirúrgica adequada, bem como o acompanhamento pós – operatório são essenciais para diminuir as deficiências nutricionais, principalmente as anemias, nos pacientes que foram submetidos a cirurgia bariátrica.

A avaliação médica e psiquiátrica, embora controvérsia, também devem ser consideradas para a realização da gastrectomia.

Quando as exigências para a realização da cirurgia, o mau acompanhamento do paciente pré e pós – operatório, a escolha da técnica errada, acontecem a probabilidade de ocorrerem complicações são muito maiores.

REFERÊNCIAS

ANDERI, E. Jr.; ARAÚJO, L.G.C.; FUHRO, F.E.; GODINHO, C.A.; HENRIQUES, A.C. Experiência inicial do serviço de cirurgia bariátrica da Faculdade de Medicina do ABC. **Arq. Méd. ABC**, Santo André, v.32, n.1, p.25-29.2007.

FANDINO, Julia et al . Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, abr. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082004000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 fev. 2010. doi: 10.1590/S0101-81082004000100007.

FARIAS, L.M.; COELHO, M.P.S.; BARBOSA, R.F.;SANTOS, G.S.; MARREIRO, D.N. Aspectos nutricionais em mulheres obesas submetidas à gastroplastia vertical com derivação gastro jejunal em Y-de-Roux. **Rev. Brás. Nutr. Clin**, Teresina-PI, v.21, n.1, p.98-103, 2003.

LEMOS, M.C.M.Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no município de Cascavel/PR. **Arq.Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v.10, n.3, p. 155-163, set./dez. 2006.

MONTEIRO JUNIOR, Francisco das Chagas et al . Efeito da perda ponderal induzida pela cirurgia bariátrica sobre a prevalência de síndrome metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 92, n. 6, jun. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009000600007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 fev. 2010. doi: 10.1590/S0066-782X2009000600007

PAPINI-BERTO, Sílvia Justina; BURINI, Roberto Carlos. Causas da desnutrição pós-gastrectomia. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 38, n. 4, Oct. 2001 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032001000400011&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Feb. 2010. doi: 10.1590/S0004-28032001000400011.

PAPINI-BERTO, Silvia Justina et al . Desnutrição protéico-energética no paciente gastrectomizado. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 39, n. 1, mar. 2002 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032002000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 fev. 2010. doi: 10.1590/S0004-28032002000100002.

PEDROSA, Isabella Valois et al . Aspectos nutricionais em obesos antes e após a cirurgia bariátrica. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, ago. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912009000400008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 fev. 2010. doi: 10.1590/S0100-69912009000400008.

SANCHES, Giselle Domingues et al . Cuidados intensivos para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 2, jun. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000200011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 fev. 2010. doi: 10.1590/S0103-507X2007000200011.

SANTORO, Sérgio et al . Preliminary results from digestive adaptation: a new surgical proposal for treating obesity, based on physiology and evolution. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 124, n. 4, 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802006000400004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 fev. 2010. doi: 10.1590/S1516-31802006000400004.

SOARES, C.C.; FALCÃO, M.C. Abordagem nutricional nos diferentes tipos de cirurgia bariátrica. **Rev. Brás. Nutr. Clin**, São Paulo, v.22, n.1, p.59-64.2007.

VALEZI, Antonio Carlos et al . Gastroplastia vertical com bandagem em y-de-roux: análise de resultados. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, fev. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912004000100010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 fev. 2010. doi: 10.1590/S0100-69912004000100010.

XANTHAKOS, S.A.; INGE, T.H. Conseqüências Nutricionais da cirurgia bariátrica. **Curr Opin Clin Nutr Metab Care**, v. 9, p. 489-496. 2006.