

POSIÇÃO DA SBCBM - NOMENCLATURA E DEFINIÇÕES PARA OS RESULTADOS EM CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA

Position of the SBCBM - Nomenclature and definition of outcomes of bariatric and metabolic surgery

Luis V **BERTI**, Josemberg **CAMPOS**, Almino **RAMOS**, Marçal **ROSSI**, Thomas **SZEGO**, Ricardo **COHEN**
Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

A obesidade foi inicialmente considerada como distúrbio psico-social, e após anos de estudos passou a ser entendida como doença crônica, para a qual não existe cura, assim como ocorre na hipertensão e diabetes^{6,7}. A intervenção cirúrgica é segura e eficaz em longo prazo, e objetiva controlar a doença e suas comorbidades. Mesmo assim, espera-se que uma menor parcela dos pacientes apresente recidiva tardia^{1,3}.

Nos últimos 20 anos, o tratamento cirúrgico da obesidade apresentou importante evolução, sendo considerado mais do que uma modificação isolada do trato digestivo. Esta cirurgia, combinada a mudança do estilo de vida, é fundamental para o controle da enfermidade em médio e longo prazo; tais mudanças são alcançadas através de orientação e acompanhamento adequados por equipe multiprofissional⁵.

As comorbidades, tais como diabetes, hipertensão arterial, apneia do sono, entre outras, reduzem a qualidade de vida e aumentam a mortalidade. A perda de peso e o controle destas enfermidades salva vidas e promove a redução de custos do sistema de saúde^{2,4,8}.

Na literatura não existe consenso sobre a definição de sucesso da cirurgia bariátrica e metabólica, sendo um mesmo resultado considerado como favorável por um autor e desfavorável por outro. Também não há unanimidade sobre qual terapêutica seria mais adequada no resgate de uma falha de cirurgia bariátrica.

No intuito de criar uma normatização sobre sucesso em cirurgia bariátrica, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica – SBCBM - promoveu um fórum de discussão envolvendo cirurgiões, endocrinologistas, cardiologistas, nutrólogos, psiquiatras, psicólogos, nutricionistas e profissionais de atividade física. Após análise crítica da literatura disponível, somada à experiência dos presentes, foram definidos critérios objetivos para a classificação deste tema.

Abaixo, são apresentadas as considerações finais definidas pelos experts:

1. Um paciente que não atingiu controle adequado da obesidade é diferente daquele que apresentou recidiva da doença após vários anos com adequado controle.
2. Um pequeno aumento do peso em longo prazo é normal e esperado nas operações bariátricas e metabólicas.
3. O controle das doenças metabólicas, e conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, são os desfechos a serem alcançados.
4. Em relação aos critérios de sucesso ou insucesso, é adequada a utilização dos seguintes termos:
 - a. **Obesidade controlada:** pacientes que atingiram uma Perda do Peso Total > 20% em 6 meses;
 - b. **Obesidade parcialmente controlada:** Perda do Peso Total entre 10 e 20% em 6 meses;
 - c. **Obesidade não controlada:** Perda do Peso Total < 10% em 6 meses.
5. Em conjunto com a definição de Controle da Obesidade, devem ser analisados:
 - a. Satisfação do paciente com o resultado obtido;
 - b. Melhora das doenças associadas independentemente da perda ponderal;
 - c. Eventual perda ponderal no pré-operatório.
6. Para aqueles pacientes que após um longo período de controle recuperaram peso ou nos quais houve um reaparecimento de doença associada, é correta a utilização do termo recidiva da obesidade, assim classificada:
 - a. **Recidiva:** Recuperação de 50% do peso perdido atingido em longo prazo ou recuperação de 20% do peso associado ao reaparecimento de comorbidades.
 - b. **Recidiva Controlada:** Recuperação entre 20 e 50% do peso perdido em longo prazo.
Obs.: Ganho de peso esperado: Recuperação < 20% do peso perdido em longo prazo.
7. As causas de recidiva pós operatória estão relacionadas a fatores ligados ao paciente (comportamentais e biológicas) e às técnicas cirúrgicas.
8. As causas relacionadas à recidiva, especialmente as comportamentais, devem inicialmente passar por avaliação clínica multidisciplinar, e posteriormente as causas técnicas devem ter solução cirúrgica.
9. Consideramos que a equipe multidisciplinar ideal é composta por:
 - a. Endocrinologista
 - b. Cirurgião
 - c. Nutrólogo
 - d. Psiquiatra
 - e. Nutricionista
 - f. Psicólogo
 - g. Preparador Físico
 - h. Fisioterapeuta
 - i. E outros profissionais que forem necessários.

Sempre na vanguarda, a SBCBM estabelece diretrizes que contribuem para nortear os resultados das operações bariátricas e metabólicas. Ao unificarmos termos e critérios, conseqüentemente estaremos unificando condutas e propiciando o melhor tratamento aos nossos pacientes.

É importante observar que este documento não deve ser utilizado com fins jurídicos, considerando que não se trata de legislação sobre o tema, e tem o propósito de orientar os membros associados em relação ao tema.

REFERÊNCIAS

1. Arterburn D, Bogart A, Coleman KJ, Haneuse S, Selby JV, Sherwood NE, et al. Comparative effectiveness of bariatric surgery vs. nonsurgical treatment of type 2 diabetes among severely obese adults. *Obesity Research & Clinical Practice*. y; 2012 Sep 25;:1–11.
2. Caro JJ, Ward AJ, O'Brien JA. Lifetime costs of complications resulting from type 2 diabetes in the U.S. *Diabetes Care*. 2002 ;25(3):476–81.
3. Chikunguwo SM, Wolfe LG, Dodson P, Meador JG, Baugh N, Clore JN, et al. Analysis of factors associated with durable remission of diabetes after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Rel Dis*. ; 2010 ;6(3):254–9.
4. <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/04/metade-dos-brasileiros-esta-com-excesso-de-peso>. Acessado em 01/09/2015
5. Karmali S, Brar B, Shi X, Sharma AM, Gara C, Birch DW. Weight Recidivism Post-Bariatric Surgery: A Systematic Review. *OBES SURG*. 2013 ;23(11):1922–33.
6. Sjöström L, Peltonen M, Jacobson P, Sjöström CD, Karason K, Wedel H, et al. Bariatric surgery and long-term cardiovascular events. *JAMA*. 2012;307(1):56–65.
7. Sjöström L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial - a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *J Intern Med*. 2013 ;273(3):219–34.
8. Wagner EH, Sandhu N, Newton KM, McCulloch DK, Ramsey SD, Grothaus LC. Effect of improved glycemic control on health care costs and utilization. *JAMA*. 2001 ;285(2):182–9.