

PROCEDIMENTO DE PLASMA ENDOSCÓPICO DE ARGÔNIO NO TRATAMENTO DO REGANHO DE PESO APÓS A CIRURGIA BARIÁTRICA: QUAL O CONHECIMENTO DOS PACIENTES SOBRE ISTO?

Endoscopic plasma argon coagulation in treatment of weight regain after bariatric surgery: what does the patient think about this?

Simone Dallegrave **MARCHESINI**, Giorgio Alfredo Pedroso **BARETTA**, Maria Paula Carlini **CAMBI**, João Batista **MARCHESINI**

Trabalho realizado no Serviço de Endoscopia Digestiva do Hospital Vita Batel – Endobatel, Curitiba, PR, Brasil.

RESUMO – Racional: A cirurgia bariátrica, em especial o bypass gástrico em Y-de-Roux é tratamento efetivo para a obesidade mórbida refratária, promovendo perda de 75% do excesso de peso inicial. Após o procedimento, no entanto, pode ocorrer reganho em 10-20% dos casos. Para auxiliar, há a fulguração com argônio endoscópico que objetiva a redução do diâmetro anastomótico. Muitos pacientes que se submetem a este tratamento, nem sempre conhecem o processo e seus respectivos cuidados. **Objetivo:** Analisar o modo como o candidato ao procedimento de plasma endoscópico de argônio, entende o processo e absorve as informações transmitidas pela equipe multiprofissional. **Método:** Foi elaborado um questionário com 12 questões do tipo Verdadeiro/Falso no intuito de avaliar o conhecimento do paciente acerca do método ao qual estava prestes a ser submetido. O questionário foi aplicado pelo médico cirurgião no momento de sua consulta no período pré-procedimento. Os pacientes foram convidados livremente a preencher o questionário. **Resultados:** Verificou-se que a maioria conhecia o procedimento através da internet; sabia que era tratamento ambulatorial; que a anestesia era similar à da endoscopia; que necessitava de dieta líquida. Mas, nem todos sabiam que ela era para melhorar a cicatrização local. **Conclusão:** Os pacientes bariátricos que possuem uma segunda chance para retomar o emagrecimento, precisam de orientações permanentes. A internet deve ser usada pela equipe multiprofissional para conscientização de que o PEA não será suficiente para a perda e manutenção de peso em longo prazo. Ainda há a necessidade de re-esclarecer o prejuízo da ingestão de álcool no processo de perda de peso, amplamente divulgando seu malefício.

DESCRITORES - Coagulação com plasma de argônio. Cirurgia bariátrica. Endoscopia. Ganho de peso.

Correspondência:
Maria Paula Carlini Cambi
E-mail: mpcarlini@hotmail.com

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 25/02/2014
Aceito para publicação: 24/06/2014

ABSTRACT – Background: Bariatric surgery, especially Roux-en-Y gastric bypass is an effective treatment for refractory morbid obesity, causing the loss of 75% of initial excess weight. After the surgery, however, weight regain can occur in 10-20% of cases. To help, endoscopic argon plasma coagulation (APC) is used to reduce the anastomotic diameter. Many patients who undergo this treatment, are not always familiar with this procedure and its respective precautions. **Aim:** The aim of this study was to determine how well the candidate for APC understands the procedure and absorbs the information provided by the multidisciplinary team. **Method:** We prepared a questionnaire with 12 true/false questions to evaluate the knowledge of the patients about the procedure they were to undergo. The questionnaire was administered by the surgeon during consultation in the preoperative period. The patients were invited to fill out the questionnaire. **Results:** We found out that the majority learned about the procedure through the internet. They knew it was an outpatient treatment, where the anesthesia was similar to that for endoscopy, and that they would have to follow a liquid diet. But none of them knew that the purpose of this diet was to improve local wound healing. **Conclusion:** Bariatric patients who have a second chance to resume weight loss, need continuous guidance. The internet should be used by the multidisciplinary team to promote awareness that APC will not be sufficient for weight loss and weight-loss maintenance in the long term. Furthermore, there is a need to clarify again the harm of drinking alcohol in the process of weight loss, making its curse widely known.

HEADINGS - Argon plasma coagulation. Bariatric surgery. Endoscopy. Weight gain.

INTRODUÇÃO

O reganho de peso após a cirurgia bariátrica, em especial o bypass gástrico em Y-de-Roux, apresenta alta prevalência e pode ocorrer após 18-24 meses do procedimento cirúrgico. Muitas causas podem ser responsáveis por ele, como o retorno ao hábito alimentar anterior à operação, o consumo alcoólico exacerbado, o sedentarismo e o excesso de confiança de que somente a cirurgia bariátrica fará todo o processo de perda e manutenção de peso, e que o comprometimento do paciente no seu tratamento crônico para a obesidade está a salvo.

Embora o retorno à equipe multiprofissional seja a melhor maneira de controlar e tratar o reganho de peso, um tratamento inovador e não invasivo, conhecido como Plasma Endoscópico de Argônio (PEA)², vem sendo utilizado no Brasil desde 2009 pelos autores, para ajudar a controlá-lo. Este procedimento é ambulatorial, seriado e realizado através de endoscopia digestiva alta, o qual gradativamente reduz o diâmetro da anastomose gastrojejunal, aumenta o tempo de esvaziamento gástrico e causa

saciedade precoce, redução da ingestão alimentar e favorece desta forma a perda ponderal.

Porém, nem sempre o paciente conhece e compreende as orientações da equipe multiprofissional para o procedimento. A necessidade de sair do ciclo de reganho de peso, que afeta muitos, faz com que qualquer informação que traga a esperança da perda de peso, torne-se a melhor opção para o momento. A tendência é que, depois do procedimento, as dúvidas apareçam e precisem ser sanadas, caso elas não tenham sido elucidadas antes da primeira sessão de PEA.

O objetivo do presente estudo foi analisar o modo como o candidato ao procedimento de PEA, entende o processo e absorve as informações transmitidas pela equipe multiprofissional.

MÉTODOS

Foi elaborado um questionário com 12 questões (Figura 1), do tipo Verdadeiro/Falso no intuito de avaliar o conhecimento do paciente acerca do método ao qual estava prestes a ser submetido. O questionário foi aplicado pelo médico cirurgião no momento de sua consulta no período pré-procedimento. Os pacientes foram convidados a preencher o questionário e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Vita Batel, Curitiba, PR, Brasil.

1. Eu soube do método do plasma endoscópico de argônio por:
 internet através de um amigo que fez recomendação médica
 meu cirurgião revista TV outros
 Qual? _____
2. O procedimento de plasma endoscópico de argônio garante ao operado bariátrico que ele nunca mais reganhe peso.
 verdadeiro falso
3. O procedimento comumente chamado de argônio endoscópico é uma coagulação térmica para estreitar a passagem de alimento do estômago para o intestino e fazer a pessoa se sentir saciada.
 verdadeiro falso
4. Quantas sessões de plasma endoscópico de argônio poderão ser necessárias para que o efeito de saciedade desejada seja atingida?
 apenas 1 2-3 3-5 5-7
5. O plasma endoscópico de argônio necessita de internamento diário, de anestesia e de repouso pois seus efeitos variam muito de pessoa para pessoa.
 verdadeiro falso
6. O procedimento de plasma endoscópico de argônio é por via endoscópica, é minimamente invasivo e, portanto, feito em ambulatório. É uma intervenção que não necessita de internamento.
 verdadeiro falso
7. O argônio é um elemento químico que em contato com a bebida alcoólica pode se tornar altamente corrosivo e criar ulcerações no tubo digestivo.
 verdadeiro falso
8. A dieta realizada após o procedimento tem por objetivo apenas ajudar na redução do peso e incentivar a euforia provocada pela fisiologia do jejum alimentar.
 verdadeiro falso
9. A sedação utilizada para o procedimento chamado de plasma endoscópico de argônio é do tipo geral como ocorre na cirurgia de bypass gástrico.
 verdadeiro falso
10. Por provocar um estreitamento da anastomose (junção do novo estômago com o intestino) em níveis severos, o procedimento de plasma endoscópico de argônio permite que o paciente se alimente de comidas que antes eram engordativas para a cirurgia.
 verdadeiro falso
11. O procedimento de plasma endoscópico de argônio pode ser realizado em pessoas operadas e não operadas bariátricas.
 verdadeiro falso
12. O uso de bebida alcoólica após o PEA pode causar malefícios à saúde.
 verdadeiro falso

FIGURA 1 - Questionário aplicado na pesquisa sobre plasma endoscópico de argônio após operação bariátrica

Foram 69 questionários aplicados para pacientes de ambos os sexos, candidatos ao procedimento para diminuir o peso recuperado pela dilatação da anastomose gastrojejunal, ou completar a perda de peso não alcançada somente com a cirurgia bariátrica. Dos pacientes que preencheram o questionário de conhecimento sobre o método PEA, dois entregaram o questionário em branco (2,89%). Mais dois participantes (2,89%) preencheram apenas a primeira página, deixando-o incompleto. Questionários incompletos e brancos foram excluídos da amostra, sendo que a amostragem totalizou 65 pacientes. Destes, apenas nove passaram por entrevista psicológica prévia ao PEA (13,8%). Essa variável não interferiu nos resultados do questionário. Um dos participantes que entregou o questionário em branco, e outro que respondeu apenas a primeira foram excluídos.

Os dados obtidos foram tabulados em planilha do Excel, versão 2007 e foi realizada a média das respostas.

RESULTADOS

Do número total de pacientes que preencheram o questionário, 40 (61,5%) souberam do procedimento através da internet, que consideraram o meio de acesso e divulgação mais eficaz, quatro (6,15%) souberam através de amigos, oito (12,3%) por recomendação médica, seis foram informadas diretamente pelo seu cirurgião (9,12%), um através de revista (1,5%). Outros motivos levaram cinco pessoas (7,65), a procurarem os serviços de PEA (Figura 2A).

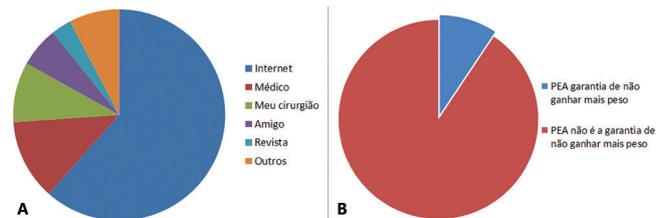


FIGURA 2 – A) Meio de comunicação através do qual os pacientes souberam do procedimento PEA; B) garantia do PEA sobre a manutenção do peso ponderal futuro

Do grupo em geral, 89,2% dos entrevistados estavam conscientes de que o PEA não era garantia para manutenção de peso, contra seis (9,2%) que acharam que ele seria essa garantia (Figura 2B).

Quando interrogados sobre qual a função efetiva do procedimento, 59 pessoas (90,7%) tiveram boa compreensão do processo que serve para estreitar a passagem do alimento e permitir maior tempo de saciedade gástrica, o que pode minimizar a ingestão alimentar. Porém, três (4,16%) consideraram esta informação falsa e outros três (4,16%) deixaram a questão em branco (Figura 3A).

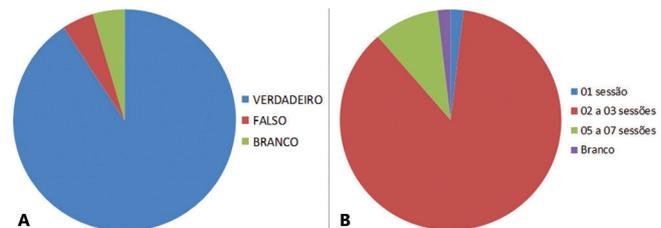


FIGURA 3 - A) Função da coagulação térmica para estreitar a passagem do alimento; B) número de sessões de PEA necessárias para resultados satisfatórios

Já quanto ao número de sessões necessárias, o índice de dúvidas foi alto, sendo que 69,2% dos entrevistados

acreditava que precisaria de até três sessões, 1,5% (um paciente) entendeu que precisaria de apenas uma sessão, 7,6% (cinco) que era importante de cinco a sete sessões, e uma pessoa (1,5%), deixou a questão em branco (Figura 3B).

Sobre a necessidade de internação, anestesia e repouso após o procedimento, 16 pacientes (24,6%) consideraram que precisariam ficar internados e em repouso além de anestesia, 67,6% (44 pessoas) entenderam que não precisariam destes cuidados especiais e apenas cinco (7,6%) deixaram de responder a questão (Figura 4A)

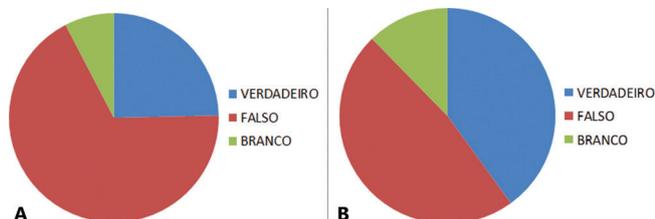


FIGURA 4 - A) Cuidados após o PEA: necessidade de internação, anestesia e repouso; B) sabiam dos efeitos da ingestão de álcool após o PEA

Quando questionados se o PEA é procedimento ambulatorial, minimamente invasivo, 98,4% (64 pacientes) confirmaram a informação e apenas um (1,5%) não respondeu.

Questão controversa ficou com o consumo de álcool após o procedimento, que dividiu opiniões: 40% dos entrevistados acreditava que o álcool poderia ter efeito negativo sobre o estômago; 47,7% confiavam que o álcool não causasse nenhum problema e 12,3% deixaram a questão em branco (Figura 4B).

A restrição da consistência alimentar após o PEA é bastante importante e 73,8% dos entrevistados tinham consciência de que a dieta líquida influenciava a cicatrização e proteção do estômago, mas ainda uma porcentagem grande (18,4%) acreditava que a limitação da consistência alimentar era para promover o emagrecimento (Figura 5A).

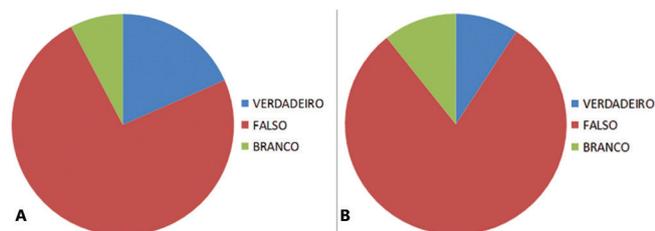


FIGURA 5 - A) Objetivos da dieta líquida na cicatrização e proteção do estômago; B) a anestesia do PEA não era igual em relação à operação prévia.

Dos entrevistados, 80% sabiam que a anestesia utilizada para a PEA não era igual à da operação, e que por ser apenas uma endoscopia facilitaria a recuperação e o retorno às atividades laborais e cotidianas; mas, seis (9,2%) achavam que a anestesia era igual à da operação e sete (10,7%) deixaram a questão em branco (Figura 5B).

Para 87,6% dos pacientes a alimentação não seria permitida de forma livre e haveria necessidade de restrições alimentares similares à cirurgia bariátrica; mas 3,07% (duas pessoas) acreditam que poderiam ingerir todos os alimentos que quizessem e seis (9,2%) não souberam responder (Figura 6A).

Para realizar o PEA, 89,2% entendiam que precisavam ter sido operados bariátricamente, mas três achavam que não precisavam da cirurgia bariátrica e quatro deixaram a questão em branco (Figura 6B).

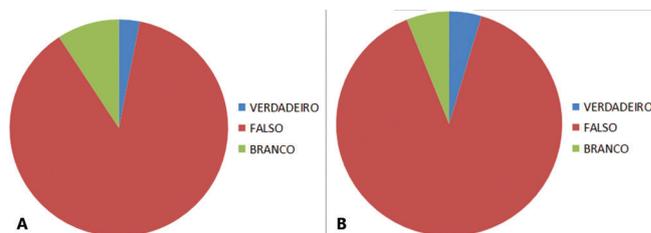


FIGURA 6 - A) Alimentação livre após o PEA; B) necessidade de cirurgia bariátrica prévia para fazer o PEA

Resultado preocupante foi que 36,7% dos pacientes candidatos à PEA acreditavam que o álcool não era maléfico após o procedimento, e apenas 50,7% estavam conscientes de que o uso de bebidas alcoólicas poderia atrapalhar a perda ponderal e causar mal-estar. Ainda, oito pessoas (12,3%) não souberam responder.

DISCUSSÃO

A obesidade é doença crônica que precisa de tratamento permanente para obter resultados satisfatórios. O que se percebe neste manuscrito é que muitos doentes que procuraram os diversos tratamentos nem sempre estavam aptos a executar as orientações que recebiam da equipe multiprofissional, além de possuírem alguns conceitos equivocados sobre os tratamentos propostos e as limitações, fossem dietéticas ou comportamentais⁴.

A maioria dos operados queriam manter seu peso e sua imagem corporal magra, mas nem sempre estavam preparados para seguir as orientações que tratamento crônico requer¹⁰.

O uso da internet⁸, com formação de grupos de apoio sobre obesidade, está se tornando um meio eficaz na divulgação de informações sobre o tema, como confirma-se neste estudo, já que 44,6% dos entrevistados souberam do PEA através deste meio de comunicação.

Com a cirurgia bariátrica os pacientes precisam mudar seu padrão de vida para adaptar-se à nova condição. E com o PEA, que consiste em método de eletrocoagulação sem contato no qual a energia de radiofrequência é aplicada ao tecido por meio do gás argônio ionizado, 87,6% conheciam sua limitação e admitiam não ser a solução para o reganho de peso e precisavam mudar seus hábitos para terem resultados satisfatórios. De acordo com Carolyn et al.³, durante o uso de dietas de restrição calórica, é necessário o cuidado com a escolha do macronutriente - com prioridade para a proteína -, para diminuir o risco de reganho de peso.

Dentre as muitas opções de tratamento para perda ponderal, os pacientes conheciam que o procedimento do PEA era não invasivo e que não demandava internamento; que todos recebiam alta hospitalar logo após o procedimento; e que o objetivo era o estreitamento da passagem do alimento.

A maioria entendia que o número de sessões variava de duas a três, sendo que essa necessidade era individualizada.

Com relação ao álcool, é preocupante que 47,6% consideraram a bebida não nociva à saúde de quem se submete ao PEA, e 40% dos pacientes apenas acreditavam que o álcool poderia ter efeito corrosivo no procedimento. De acordo com Yusef Kudsi et al.¹¹, há alta prevalência de etilismo antes da operação e este seria o motivo principal do reganho de peso nos operados. Considerado aditivo calórico, o álcool exige acompanhamento multiprofissional permanente⁹. Nesta mesma linha, 50,7% dos entrevistados reconheciam que o álcool poderia promover efeitos maléficis à saúde, mas ainda 36,9% não consideravam esta hipótese verdadeira. Ferguson et al.⁶, ao estudar os hábitos de vida, verificaram que consumidores de bebidas alcoólicas e drogas antes

do procedimento bariátrico, tinham maior predisposição a manter seu hábito e reganhar peso. Neste estudo não foram analisados dados anteriores à operação.

Sobre a dieta líquida, porcentagem alta de pacientes (18,4%) acreditavam que esta restrição de consistência, tinha o objetivo de promover emagrecimento, o que não era uma verdade real. O uso de líquidos imediatamente após a PEA, é para facilitar a cicatrização do estômago, e por consequência provocava emagrecimento rebote, basicamente por perda hídrica e de massa muscular, o que fisiologicamente não é saudável; porém, é o que precisava ocorrer neste momento. Cerca de 87,6% dos entrevistados sabiam da necessidade de restringir calorias para promover o emagrecimento tão desejado e que precisam revisar o padrão alimentar sugerido para o período pós-operatório da operação bariátrica. Sabe-se que após ela pode haver retorno aos antigos hábitos dietéticos, com alimentos macios em detrimento dos alimentos protéicos. Isto ocorre por dificuldade de aceitação das carnes, por falta de mastigação e diminuição de enzimas digestivas. Esta escolha alimentar dificulta a perda e manutenção de peso em longo prazo¹.

Himpens et al.⁷ demonstraram que há ganho de peso entre os operados com bypass gástrico e que os pacientes precisam de tratamentos alternativos para tratar as morbidades que retornam. Os pacientes, em sua maioria (89,2%), aceitavam que precisavam ser operados bariátricamente para se submeterem ao PEA, e que apenas anestesia simples de endoscopia será utilizada.

Erick et al.⁵, abordaram os mecanismos do ganho de peso após a perda e concluíram que os cuidados deviam ser permanentes por tratar-se de doença crônica. Como existem inúmeras informações sobre obesidade na internet, muitas delas sem cunho científico, as equipes especializadas em obesidade precisam ter meios efetivos de oferecer apoio ao paciente, com informação mais aprofundada sobre métodos de tratamento, suas consequências e limitações. Deve-se especialmente esclarecer que os distúrbios psicopatológicos existentes no período pré-operatório, ou após o ganho de peso e tratamento com PEA, não serão resolvidos com o procedimento per se, e necessitam ser trabalhados e controlados com tratamentos específicos.

Várias pesquisas correlacionadas devem ser elaboradas para entender melhor quem é o paciente operado que ganhou peso e quais as suas expectativas sobre o PEA.

CONCLUSÕES

Os pacientes bariátricos que possuem uma segunda chance para retomar o emagrecimento, precisam de orientações permanentes. A internet deve ser usada pela equipe multiprofissional para conscientização de que o PEA não será suficiente para a perda e manutenção de peso em longo prazo. Ainda há a necessidade de re-esclarecer o prejuízo da ingestão de álcool no processo de perda de peso, amplamente divulgando seu malefício.

REFERÊNCIAS

1. Apolzan JW, Carnell NS, Mattes RD, Campbell WW. Inadequate dietary protein increases hunger and desire to eat in younger and older men. *J Nutr.* 2007 Jun;137(6):1478-82.
2. Baretta GAP. Tratamento endoscópico do ganho de peso pós-bypass gástrico através da fulguração com argônio da anastomose gastrojejunal. 2013. 78 f. Tese (Doutorado em Clínica Cirúrgica) – Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná. Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
3. Walsh CO, Ebbeling CB, Swain JF, Markowitz RL, Feldman HA, Ludwig DS. Effects of diet composition on postprandial energy availability during weight loss maintenance. *PLoS One.* 2013;8(3):e58172.
4. Dalle Grave R, Calugi S, El Ghoch M. Lifestyle modification in the management of obesity: achievements and challenges. *Eat Weight Disord.* 2013 Dec;18(4):339-49.
5. Blomain ES, Dirhan DA, Valentino MA, Kim GW, Waldman SA. Mechanisms of Weight Regain following Weight Loss. *SRN Obes.* 2013 Apr 16;2013:210524.
6. Ferguson S, Al-Rehany L, Tang C, Gougeon L, Warwick K, Madill J. Self-reported causes of weight gain: among prebariatric surgery patients. *Can J Diet Pract Res.* 2013 Winter;74(4):189-92.
7. Himpens J, Coromina L, Verbrugghe A, Cadière GB. Outcomes of revisional procedures for insufficient weight loss or weight regain after Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg.* 2012 Nov;22(11):1746-54.
8. Mewton L, Smith J, Rossouw P, Andrews G. Current perspectives on Internet-delivered cognitive behavioral therapy for adults with anxiety and related disorders. *Psychol Res Behav Manag.* 2014 Jan 30;7:37-46.
9. Odom J, Zalesin KC, Washington TL, Miller WW, Hakmeh B, Zaremba DL, Altattan M, Balasubramaniam M, Gibbs DS, Krause KR, Chengelis DL, Franklin BA, McCullough PA. Behavioral predictors of weight regain after bariatric surgery. *Obes Surg.* 2010 Mar;20(3):349-56.
10. Sarwer DB, Wadden TA, Moore RH, Eisenberg MH, Raper SE, Williams NN. Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2010 Nov-Dec;6(6):608-14.
11. Kudsí OY, Huskey K, Grove S, Blackburn G, Jones DB, Wee CC. Prevalence of preoperative alcohol abuse among patients seeking weight-loss surgery. *Surg Endosc.* 2013 Apr;27(4):1093-7.