

Dietas Pós BG e BIG – Prós e Contras

After Gastric Banding and Intra-gastric Balloon Diets – Pros and Cons

Sílvia Pinhão*

Nutricionista do Hospital da Prelada – Dr. Domingos Braga da Cruz, do Centro Hospitalar São João, EPE e da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da UP

Resumo

A Obesidade é um enorme problema de saúde pública. O insucesso do seu tratamento é muito frequente. Quando falamos de indivíduos com obesidade mórbida, verificamos que muitas vezes a terapêutica alimentar, comportamental e farmacológica são insuficientes e ineficazes, sendo por vezes necessário recorrer ao tratamento cirúrgico. Neste artigo serão abordados os prós e contras das dietas para obesos com banda gástrica ou balão intragástrico. Apesar de o BIG não ser um método cirúrgico, mas sim endoscópico, também pode ser um adjuvante para o tratamento de obesos mórbidos.

Logicamente que as recomendações nutricionais para o tratamento da obesidade estão bem definidas, mas na realidade, neste tipo de tratamento específico as dietas fornecidas aos doentes devem ser hipoenergéticas, na ordem das 1200kcal para as mulheres e 1500kcal para os homens de forma a evitar deficiências nutricionais. Com a BG e BIG é mais fácil controlar a ingestão, logo as dietas são mais facilmente cumpridas, as perdas de peso são visíveis e a auto-estima melhora. Por outro lado, são dietas monótonas que podem conduzir à desmotivação e abandono do tratamento e existem muitos alimentos que são difíceis de tolerar. Além disto, a BG e/ou BIG podem trazer riscos associados para a saúde, incluído a recuperação do peso.

Uma vez que a dieta tem um valor energético muito baixo, podem ocorrer deficiências de micronutrientes e por isso a suplementação vitamínica e mineral pode ser necessária. Nestes tratamentos não podemos esquecer o facto de os obesos serem particularmente sensíveis às qualidades sensoriais dos alimentos e que o facto de serem obrigados a deixar de comer o que gostam pode ser uma barreira para o sucesso do tratamento. Assim, além de pensar nas vantagens e desvantagens da dieta, é fundamental que se modifiquem comportamentos, se adaptem os planos individualmente a cada doente e se criem hábitos que lhes permitam ter um estilo de vida saudável com um peso também ele saudável.

Palavras-chave: obesidade, BG, BIG, dietas ❧❧

Abstract

Obesity is a major public health problem. The failure of the treatment is very common. When we have individuals with morbid obesity, we find that many times diet, behavioral and pharmacological therapies are insufficient and ineffective, it is sometimes necessary to choose surgery. In this article we will consider the pros and cons of the diets for obese patients with gastric banding (GB) or intra-gastric balloon (IGB). Although BIG is not a surgical method, it is endoscopically performed but may also be an adjunct to the treatment of morbid obesity.

Logically, the nutritional recommendations for the treatment of obesity are well defined, but in reality, this type of treatment, provided by specific hypo-caloric diets in the order of 1200 kcal and 1500 kcal for women and for men, respectively to avoid nutritional deficiencies. With GB and IGB it is easier to control the intake, so diets are more easily accomplished, the weight losses are visible and self-esteem improves. On the other hand, these monotonous diets can lead to discouragement and abandonment of treatment, and there are many foods that are difficult to tolerate. In addition, GB and / or IGB can bring risks to health, including weight regain.

A diet with a very low energy value can induce, micronutrient deficiencies, and vitamin and mineral supplementation may be necessary. In these treatments it is not possible to forget that obese people are particularly sensitive to sensory qualities of food, so forcing them to avoid what they like to eat can be a barrier to a successful treatment. So, in addition to thinking about the advantages and disadvantages of the diet, it is essential to modify behaviors, to adapt the food plans to each patient individually and to create habits that allow them to have a healthy lifestyle with a healthy weight too.

Keywords: obesity, GB, IGB; diets ❧❧

* silviapinhao@fcna.up.pt

A obesidade é um enorme problema de saúde pública. É uma acumulação de gordura que prejudica gravemente a saúde se estiver em valores superiores a 30% no caso das mulheres e superior a 20% nos homens¹. Várias vezes os doentes obesos passam por tratamentos ao longo do tempo que não os fazem atingir o objectivo de perder peso, fazendo com que o insucesso no tratamento da obesidade seja bastante elevado.

Na grande maioria das vezes, os indivíduos com obesidade mórbida referem tentativas falhadas de emagrecimento, tendo recorrido a terapêutica alimentar, comportamental e farmacológica. Quando estes tratamentos se mostram insuficientes e ineficazes, pode ser necessário sugerir ao doente que recorra a um método cirúrgico².

Existem dois grandes tipos de cirurgias bariátricas: as restritivas e as malabsortivas. Nas primeiras é reduzida a capacidade gástrica pelo que há menor conteúdo gástrico, por outro lado, nas cirurgias malabsortivas o que acontece é uma diminuição da absorção de nutrientes. Dentro das restritivas, tem sido recentemente muito usada a BG e apesar de o BIG não ser uma técnica cirúrgica, pois o balão é colocado endoscopicamente, entra também no tipo de tratamento que reduz a capacidade gástrica e ajuda a controlar a ingestão de alimentos.

Neste artigo abordam-se os prós e contras das dietas para obesos com banda gástrica ou balão intragástrico.

As recomendações nutricionais para o tratamento da obesidade estão bem definidas, devemos ter um plano alimentar hiponergético, repartido pelos diferentes macronutrientes nas percentagens correctas², mas quando recorremos a um método cirúrgico há quem defenda o uso de dietas de muito baixo valor energético na ordem das 800 a 100kcal³. Sabe-se que dietas de 1200kcal para as mulheres e 1500kcal para os homens, são dietas que à partida não provocam deficiências nutricionais, pelo que atualmente têm sido fornecidas dietas desses valores energéticos, repartidas com 20% de proteínas, 30% de gordura e 50% de hidratos de carbono, para prevenir possíveis deficiências nutricionais. Estes planos são ajustados aos gostos pessoais e aos horários habituais das refeições, sempre que possível, tendo

em consideração que no primeiro mês os doentes começam por ter que cumprir uma dieta de consistência líquida (recorrendo a sumos, leite, iogurtes, sopa); após um mês de ter realizado a cirurgia ou quando o doente tolerar, passa a cumprir uma dita de consistência mole (já recorrendo a “todo o

tipo de alimentos”) e a partir do terceiro mês ou quando tolerar passa a fazer uma dieta de consistência normal. De salientar que em todas as dietas propostas, a única variação é o tipo de consistência, mantendo-se o valor energético total e respetiva distribuição energética pelos macronutrientes.

Teoricamente, ao ser colocada uma BG ou um BIG é mais fácil controlar a ingestão, pois o volume gástrico é francamente reduzido, logo, os planos alimentares propostos são mais facilmente cumpridos, e é possível comer de tudo um pouco de forma equilibrada, por isso a educação alimentar é fundamental, as perdas de peso são visíveis e a auto-estima melhora.

Alguns doentes dão o seu testemunho dizendo que:

- “O tratamento alimentar foi melhor do que esperava pois nunca teve vômitos”;
- “O tratamento é muito mais simples do que esperava”
- “Sente-se bem porque consegue comer de tudo um pouco”.

Se as vantagens podem ser várias, as desvantagens são um pouco superiores, pois as dietas podem tornar-se monótonas e podem conduzir à desmotivação e abandono do tratamento.

Provavelmente porque existem muitos alimentos que são difíceis de tolerar e, outros, com os quais os doentes se sentem melhor, o leque de escolhas alimentares passe a ser muito reduzido e a monotonia provoque o abandonar de um tratamento que até então estava a ter resultados positivos.

Como exemplo, podemos referir, por experiências vivenciadas pelos próprios doentes, que alimentos como espargos, espinafres e bróculos devem ser bem cortados ou triturados para evitar sentir desconforto gástrico após a sua ingestão; o ananás pode ser ingerido sob a forma de sumo mas como fruta inteira provoca dificuldades na digestão; os citrinos de uma forma geral têm muita fibra e por isso são de difícil digestão, a carne, o bacalhau e o ovo cozido embolam e o pão branco fresco e o arroz seco são difíceis de deglutir.

Alguns doentes referiram aspectos negativos da dieta proposta:

- “Durante 5 meses não conseguia comer quase nada”
- “Com a BG vomito muito e acabo por ter crises de pânico”
- “Ainda tenho muito apetite mas, vomita muito”

- “Pensava que ia emagrecer mais rapidamente”
- “Não consigo comer de tudo!”

Além da tolerância alimentar ser variável, a BG e/ou BIG podem trazer riscos associados para a saúde pelo método em si. No caso do BIG, que só pode estar colocado durante cerca de 6 meses, podem ocorrer náuseas e vômitos, sobretudo nos primeiros dias, que podem ser atenuados com medicação, mas que, quando persistem, podem levar a desidratação e/ou hipocaliemia, obrigando à remoção precoce do balão por intolerância, pode ocorrer perfuração gástrica, esofagite, erosão gástrica, úlcera gástrica, migração espontânea do balão com possível obstrução intestinal⁴.

A banda gástrica pode ter como complicações a deslocação da banda, dilatação do reservatório, erosão e falência do porte, sendo necessário por vezes remover o porte ou reposicionar o reservatório, que podem ou não estar relacionados com o (in)cumprimento da dieta⁵. Este método também pode ter como desvantagens a possibilidade de ingestão de líquidos hiperenergéticos, ocorrência de vômitos e regurgitações. Comparativamente com outras técnicas de cirurgia bariátrica, a banda gástrica apresenta menor percentagem de perda de peso, exigindo por isso maior necessidade de cooperação do doente principalmente ao nível dos hábitos alimentares³.

Uma vez que os planos alimentares têm um valor energético muito baixo, podem ocorrer deficiências ao nível dos micronutrientes. Sendo os mais prevalentes a carência de ferro, zinco e cálcio. Assim, além de educar no sentido de escolher alimentos que possam ser ricos nestes nutrientes, é por segurança importante fazer uma suplementação vitamínica e mineral.

Nestes tratamentos não podemos esquecer o facto de os obesos serem particularmente sensíveis às qualidades sensoriais do alimento, e que o facto de serem obrigados a deixar de comer o que gostam pode ser um barreira para o sucesso do tratamento⁶.

Para conseguirmos ajudar os doentes na longa caminhada que têm que percorrer para atingir um peso melhor, é importante ensiná-los que quanto menos se come menos se precisa, por isso é possível que o peso estabilize durante o tratamento e a BG ou o BIG por si só não fazem efeito. Há pequenos truques que funcionam, mas o fundamental é o cumprimento do plano alimentar com todas as vantagens ou inconvenientes pessoais e sociais que isso possa acarretar.

Ensinar o doente a compreender os seus próprios erros alimentares, manter-se ocupado física e psicologicamente pode ajudar a evitar procurar refugio nos alimentos, modificar o modo de comer quer pelo tempo dedicado á refeição quer pela procura de companhia, e criar situações que permitam resistir a estímulos que incitem ao ato de comer. Além de tudo isto, é fundamental adaptar planos aos gostos pessoais, incluindo se necessário, alimentos conforto para que ultrapassem as suas carências de forma controlada⁷.

Assim, além de pensar nas vantagens e desvantagens da dieta, é fundamental que o doente tenha consciência que o tratamento cirúrgico é apenas um adjuvante e que o que é realmente importante é que se modifiquem comportamentos, se adaptem os planos individualmente a cada doente e se criem hábitos que os permitam ter um estilo de vida saudável com um peso também ele saudável.

Bibliografia

1. Organization, W.H.O. 1997. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva.
2. Organization. W.H. 2000. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva.
3. Soares, C.C., Falcão, M.C. 2007. Abordagem nutricional nos diferentes tipos de cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica* 22(1): 59-64.
4. Maggard MA, Shugarman LR, Suttorp M, Maglione M, Sugerman HJ, Livingston EH, et al. Meta-analyses: surgical treatment of obesity. *Ann Intern Med.* 2005; 142(7):547-59.
5. Snyder, B., Wilson, T., Mehta, S., Bajwa, K. 2010. Past, present, and future: critical analysis of use of gastric bands in obese patients. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy* 3: 55-65.
6. Correia F, Pinhão S, Poinhos R, Oliveira BMPM, de Almeida MDV, Medina JL, and Galvão-Teles A. Obstacles in dietary treatment of obesity. *Obesity and Metabolism*, 2009 Sep 5(3): 107-113.
7. Sousa AM, Pinhão S, Oliveira BMPM, Correia F. Conforto alimentar no tratamento da obesidade. *Arquivos de Medicina*, 2004, 18(3):40