

Acompanhamento nutricional pré-operatório em cirurgia plástica: experiência do Instituto Ivo Pitanguy

RAPHAEL ZARUR, GONZALO GOMEZ, FRANCESCO MAZZARONE, ANA BEATRIZ RIQUE, IVO PITANGUY

Introdução

A preparação do paciente para uma cirurgia plástica está baseada na correta anamnese médica, perda de peso pré-operatória e num estado nutricional ótimo para evitar complicações pós-operatórias. Outro elemento importante a considerar é a motivação do paciente para a cirurgia. Pacientes altamente motivados, que seguem um regime de exercícios e as indicações médicas, são bons candidatos para cirurgia de contorno corporal e podem servir para prever o resultado da cirurgia. Uma adequada avaliação nutricional antes da cirurgia é essencial para reduzir as complicações e morbidade pós-operatória.

Objetivo

Avaliar os resultados do acompanhamento nutricional pré-operatório no Instituto Ivo Pitanguy.

Métodos

Fez-se um estudo do tipo descritivo retrospectivo de revisão de prontuários do serviço de nutrição, no período de janeiro 2003 até setembro 2010, no Instituto Ivo Pitanguy na 38ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, Brasil. Os critérios de derivação para nutrição foram os seguintes: IMC = 30 kg/m² e/ou critério clínico segundo a cirurgia plástica proposta. No período do estudo, foram atendidos no ambulatório do Instituto Ivo Pitanguy aproximadamente 14.400 pacientes, dos quais 1.538 foram encaminhados para avaliação nutricional. Foram excluídos 13 prontuários por dados incompleto de IMC. Todos os pacientes encaminhados para avaliação nutricional foram avaliados pela nutricionista da equipe. Na primeira consulta, foi preenchida a ficha nutricional com dados epidemiológicos, peso e altura e foram dadas as orientações nutricionais respeitando-se as individualidades de cada paciente. O protocolo de retorno e acompanhamento foi com intervalo de 1 mês, aproximadamente. Durante o período de acompanhamento, o paciente pode ser liberado ou, caso não retorne para o acompanhamento

nutricional, é considerado como desistente do programa. Os critérios utilizados pela nutricionista para liberar o paciente para uma segunda avaliação cirúrgica foram: perda de peso = 5% a 10% do peso inicial ou, em casos excepcionais, como, por exemplo, problemas funcionais limitantes no dia-a-dia do paciente, dificuldade financeira, dificuldade psicológica de manter o acompanhamento nutricional ou perda de peso significativa, mesmo sem atingir a meta pré-determinada. Esses casos foram selecionados pela nutricionista e encaminhados para uma avaliação em conjunto com a equipe cirúrgica, para decidir a viabilidade de liberação para cirurgia. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, escolaridade, sexo, cirurgia proposta, dias de acompanhamento nutricional, peso (inicial e final), IMC (inicial e final), número de consultas e destino do paciente ao acabar o acompanhamento nutricional (alta ou desistência). Utilizou-se a classificação de grupos de IMC segundo a OMS.

Resultados

No período do estudo, foram encaminhados para avaliação nutricional 1525 pacientes. Dos pacientes estudados, 98,4% eram de sexo feminino, 36% tinham renda de até 4 salários e a escolaridade média foi de nível básico em 8%, nível médio em 45% e nível superior em 47%. A idade média foi de 42,7 ± 12,3 anos, a média do peso na primeira consulta foi de 82 ± 13 kg, com IMC médio de 32,7 ± 5,56 kg/m². A média de acompanhamento dos pacientes foi de 154 dias, variando 1 a 1890. As cirurgias propostas estão representadas na Figura 1. O número médio de consultas foi de 5, variando de 1 a 38 consultas. A média do peso ao final do acompanhamento nutricional foi 75,2 ± 10 kg, com IMC médio de 28,9 ± 4,13 kg/m². Do total de pacientes estudados, 72,5% desistiram do acompanhamento nutricional e 27,5% foram liberados para a cirurgia (alta nutricional). Dentre os pacientes que desistiram (n=1106), 33,5% o fizeram logo após a primeira consulta e não retornaram para as próximas consultas de controle (24,3% do

total de pacientes). A média de consultas deste grupo foi de 5, ao contrário do grupo dos pacientes liberados, onde a média foi de 7 consultas, mas não houve diferença estatística significativa entre ambos os grupos (p=0,99). Ao analisar a evolução do IMC durante o acompanhamento nutricional, 11,2% (n=171) dos pacientes apresentaram aumento do IMC > 0,1 kg/m², dos quais só foram liberados excepcionalmente para cirurgia 11 pacientes; 31,1% (n=473) dos pacientes mantiveram o IMC, destes a maioria desistiu após a primeira consulta. Cerca de 57% (n=881) dos pacientes obtiveram redução do IMC > 0,1. Deste subgrupo, 56% desistiram com uma redução do IMC médio de 1,65 kg/m², e 44% foram liberados com uma redução do IMC médio de 2,8 kg/m² (p<0,001). Ao analisar somente o IMC inicial, os pacientes que foram liberados apresentaram IMC de 31,3 kg/m² e os pacientes que desistiram, IMC inicial de 33,1 kg/m² (p<0,001). Ao analisar todos os pacientes que perderam peso, a média perdida foi de 1,9 ± 1,6 kg. Destes, os que obtiveram uma perda > 5% do peso inicial foram 442 pacientes (28,9% do total de pacientes, perda máxima até 30% do peso). A evolução do peso no tempo de acompanhamento demonstrou correlação inversa de -0,24. Analisaram-se os pacientes em 2 grupos; IMC = 30 kg/m² e IMC < 30 kg/m². Do primeiro grupo, foram liberados para cirurgia 25% dos pacientes, com IMC médio de 33 kg/m², no segundo grupo, foram liberados 34% dos pacientes, com IMC médio de 27 kg/m² (p<0,001). Finalmente, ao analisar o destino dos pacientes segundo a cirurgia proposta, os pacientes de lipoaspiração tiveram a maior taxa de desistência.

Conclusão

A motivação do paciente para alcançar os objetivos é fundamental. Pacientes encaminhados à nutricionista, do sexo feminino, com IMC inicial < 30 kg/m² e mais de 5 consultas, têm maior possibilidade de serem liberados para cirurgia plástica.