



## ABREVIÇÃO DO JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO: PROTOCOLO MULTIMODAL BASEADO EM EVIDÊNCIA

**<sup>1</sup>Samara Cléssya Lucena de Azevedo; <sup>2</sup>Samara Bomfim Gomes Campos; <sup>3</sup>Júnia Elisa  
Carvalho de Meira; <sup>4</sup>Glaucevane da Silva Guedes**

<sup>1</sup>Graduanda em Nutrição pela Faculdade de Nutrição (FANUT) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL),  
<sup>2</sup>Mestranda em Nutrição Humana pela FANUT/UFAL, <sup>3</sup>Nutricionista do Hospital Universitário Professor  
Alberto Antunes (HUPAA), <sup>4</sup>Professora Adjunta da FANUT/UFAL.

[samlucena.sl@gmail.com](mailto:samlucena.sl@gmail.com), [bomfim\\_samara@hotmail.com](mailto:bomfim_samara@hotmail.com), [junia.meira@gmail.com](mailto:junia.meira@gmail.com),  
[glaucevane.guedes@fanut.ufal.br](mailto:glaucevane.guedes@fanut.ufal.br)

**Tipo de Apresentação:** Comunicação Oral

### 1. Introdução

Apesar de avanços generalizados nos cuidados em saúde, a cirurgia continua a ser uma opção de tratamento comum e eficaz para diversificada série de doenças. Além disso, ela é mais frequentemente considerada opção viável para pacientes idosos e aqueles com comorbidades ou doença avançada.<sup>1</sup>

Operações eletivas são, em média, realizadas após 10 a 16 horas de jejum. A rotina é manter o paciente sem comer desde a noite anterior ao ato operatório. O período de jejum é tido como fundamental para que no momento da indução anestésica o estômago esteja completamente vazio e o risco de aspiração seja mínimo. No entanto, esse tempo é extremamente longo do ponto de vista metabólico, levando à depleção do estoque de glicogênio, o que tem impacto na resposta orgânica ao estresse, além de gerar desconforto ao paciente.<sup>2</sup>

A prática do jejum noturno pré e perioperatório foi instituída quando as técnicas anestésicas ainda eram bastante rudimentares e possuía como principal objetivo evitar complicações respiratórias decorrentes de vômitos e aspiração de conteúdo gástrico. Com o avanço científico, surge a necessidade de fundamentar as condutas clínicas provenientes de antigos paradigmas, muitas delas concebidas de maneira empírica, direcionando, dessa forma, a realização de estudos clínicos para questionar tais práticas.<sup>2,3,4</sup>



Diante da repercussão metabólica causada pelo jejum perioperatório prolongado, frequentemente praticado, e dos apontamentos científicos de que este não é o melhor modo de preparação e de recuperação de pacientes candidatos à cirurgia eletiva, há sinalização dos centros modernos de saúde em acabar com tal prática, através da abreviação do jejum pré-operatório.<sup>5,6</sup> Assim, investigar as repercussões orgânicas advindas da abreviação do jejum pode contribuir para a fundamentação científica dos protocolos baseados em evidências bem como para a implantação dos mesmos em nosso meio.

## **2. Referencial Teórico**

O protocolo Europeu ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*), da *European Society of Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN), que utiliza ações multidisciplinares objetivando a redução do estresse associado ao trauma, possibilitando assim a recuperação mais rápida após cirurgia de grande porte, recomenda a redução na privação alimentar pré-operatória, indicando um jejum de 2h para líquidos e de 6h para sólidos, com o fornecimento de fluidos e bebidas contendo carboidrato.<sup>7</sup>

No Brasil, o programa intitulado ACERTO (Acelerando a Recuperação Total Pós-Operatória) foi idealizado com o objetivo de acelerar a recuperação de pacientes no pós-operatório. Sua implantação ocorreu no Departamento de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Júlio Muller (FCM-UFMT) no ano de 2005, com a participação da equipe multidisciplinar em saúde. Este programa considera diversos aspectos do cuidado do paciente cirúrgico, desde a hidratação venosa e antibioticoterapia, até a nutrição perioperatória, sendo que nesta última, um protocolo de abreviação do jejum recomenda a administração de uma solução de carboidrato (maltodextrina) à 12,5%, fornecidos entre 6 e 2 horas antes do procedimento cirúrgico.<sup>3</sup>

Diversas sociedades científicas internacionais e nacionais adotam e recomendam os protocolos multimodais do ERAS e ACERTO, a exemplo da ASA (*American Society of Anesthesiologists*) e da SBNPE (Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral), respectivamente.<sup>8,9</sup>

## **3. Metodologia**



Revisão de literatura sobre o jejum pré-operatório foi realizada no período de agosto a outubro de 2016, nas bases e ferramentas *Scielo*, *Science Direct* e *Pubmed*. Foram selecionados centenas de artigos, sem limite de tempo da publicação, utilizando com as palavras-chave: carboidrato, jejum, cirurgia.

#### **4. Resultados e Discussões**

Considerando a resposta orgânica ao trauma e a otimização da recuperação do paciente cirúrgico, a ASA (*American Society of Anesthesiologists*), órgão de referência mundial em anestesiologia, torna suas recomendações para o período pré-operatório mais flexíveis, com a recomendação da antecipação do jejum através da ingestão de líquidos claros até 2 horas e de refeições leves (sem frituras, alimentos gordurosos ou carne) em até 6h, para pacientes saudáveis, antes de procedimentos cirúrgicos eletivos que necessitam de anestesia geral, local ou sedação/analgesia. Exceção se faz a pacientes portadores de patologias coexistentes ou condições que afetem o esvaziamento e volume gástrico, tais como gestação, diabetes, obesidade, hérnia hiatal, doença do refluxo gastroesofágico, obstrução intestinal, cirurgias de emergência, alimentação por tubo enteral e pacientes nos quais o manejo das vias aéreas seja difícil.<sup>8</sup> O ERAS, como também o ACERTO, segue como base as remondações da ASA tendo em vista os benefícios trazidos por esta conduta.

Exemplificando, o estudo de Aguilar-Nascimento<sup>10</sup>, que teve como objetivo avaliar os resultados da implantação do ACERTO em pacientes eletivos do Hospital Universitário Julio Muller em Cuiabá, Brasil, concluiu que a implantação de rotinas multidisciplinares promovidas pelo protocolo ACERTO, diminuiu significativamente o tempo de internação hospitalar e a morbidade. Os custos hospitalares são também, conseqüentemente, diminuídos.

Apesar das recomendações, a implantação desses protocolos ainda é incipiente no país, como pode ser visto no estudo multicêntrico (16 hospitais de 9 estados do país) realizado por Aguilar-Nascimento et al.<sup>11</sup>. Dentre os principais resultados destaca-se o elevado tempo (6 a 8hs) de jejum pré-operatório realizado na maioria dos hospitais (75%). Além disso, foi constatado que o tempo real de privação alimentar frequentemente é maior que o tempo prescrito, uma vez que quase 80% dos pacientes têm sua cirurgia realizada após 8 horas de jejum. Ainda segundo esses autores, dentre as possíveis causas do longo período de jejum têm-se os atrasos dos horários do procedimento cirúrgico, as mudanças na escala de cirurgias



e a extensão no jejum prescrito pelos próprios pacientes, acreditando que assim melhorariam sua resposta à cirurgia.<sup>11</sup>

## Referências

1. Ludwig, R.B.; Paludo, J.; Fernandes, D.; Sherer, F.; Menor tempo de jejum pré-operatório e alimentação precoce no pós-operatório são seguros ?. **ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.** 26 (1) : 54-58, 2013.
2. Correia, M.I.T.D.; Silva, R.G. Paradigmas e evidências da nutrição peri-operatória. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 32, n. 6, 2005.
3. Aguilar-Nascimento, J. E.; Caporossi, C.; Salomão, A. B. **Acerto**: acelerando a recuperação total pós-operatória. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.
4. Moro, E. T. Prevenção da Aspiração Pulmonar do Conteúdo Gástrico. **Rev Bras Anesthesiol.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 54, n. 2, p. 261 – 275, 2004.
5. Aguilar-Nascimento, J. E.; Dock-Nascimento, D. B. Reducing preoperative fasting time: A trend based on evidence. **World J Gastrointest Surg.** v. 27, n. 2, 2010.
6. Ljungqvist, O.; Nygren, J.; Thorell, A. Modulation of post-operative insulin resistance by pre-operative carbohydrate loading. **Nutrition Society.** v. 61, p. 329–335, 2002.
7. Fearon, K.C.H.; Ljungqvist, O.; Meyenfeldt, M.V.; Revhaug, A.; Dejong, C.H.C.; Lassen, K. Nygren, J.; Hausel, J.; Soop, M.; Andersen, J.; Kehlet, H.; Enhanced recovery after surgery: A consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. **Clin Nutr.** 24:466–477. 2005.
8. American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Committee on Standards and Practice Parameters. **Anesthesiology.** 114(3):495-511. 2011.
9. SBNPE (Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral). Associação Brasileira de Nutrologia. **Projeto diretrizes.** Terapia Nutricional no Perioperatório. 19 de agosto de 2011.
10. Aguilar-Nascimento, J. E.; Salomão, A. B.; Caporossi, C.; Silva, R. M. Cardoso, E. A.; Santos, T. P. Enhancing surgical recovery in Central-West Brazil: The ACERTO protocol results. **European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism.** v. 3, 78-83, 2008.
11. Aguilar-Nascimento JE, Dias ALA, Dock-Nascimento DB, Correia MITD, Campos ACL, Portari-Filho PE, Oliveira SS. Actual preoperative fasting time in Brazilian hospitals: the BIGFAST multicenter study. **Therapeutics and Clinical Risk Management.** 10:107–112. 2014.