



TEMPO DE JEJUM PRÉ OPERATÓRIO PRESCRITO *VERSUS* REAL EM PACIENTES CIRÚRGICOS

PRE-OPERATING FAST TIME PRESCRIBED VERSUS REAL IN SURGICAL PATIENTS

(Celina de Azevedo Dias, Janatar Stella Vasconcelos de Melo, Lucilene Francisca Ribeiro, Brenda Alexia de Lima Theodosio, Junia Elisa Carvalho de Meira)

Resumo: O tempo de jejum prolongado pré-operatório está associado a prejuízos metabólicos e clínicos, levando a implicações na qualidade de vida e bem-estar geral do paciente cirúrgico. Assim, a sua mensuração é de suma importância para fundamentar novas estratégias e condutas clínicas no perioperatório. Objetivos: Conhecer o tempo de jejum pré-operatório de pacientes cirúrgicos. Método: Estudo do tipo descritivo, observacional, de caráter transversal realizado em um hospital universitário, de junho a agosto 2019. A coleta de dados foi realizada através da obtenção de dados referentes ao (à): variáveis sócio demográficas; severidade da cirurgia; procedência do paciente antes da cirurgia; horário de jejum prescrito pelo médico; horário real no qual o paciente realizou a última refeição; Horário da indução anestésica, para obtenção do para obtenção do tempo de jejum prescrito (horário da indução anestésica - horário de Jejum prescrito pelo médico) e tempo de jejum real (horário da indução anestésica - horário real no qual o paciente realizou a última refeição). A análise estatística foi realizada no BioEstat 5.0. Para verificação da associação estatística foi aplicado o teste T. Adotou-se o nível de significância de 5%. Resultados: A amostra foi composta por 96 pacientes, com predomínio do sexo feminino (74,0%; IC95% 64,6-82,3), mediana de idade de 54,5 anos (IQ: 38,2-62,8 anos). As cirurgias classificadas como de moderada severidade foram as mais realizadas (50,6%; IC95% 40,0-61,2; $p < 0,05$). Identificou-se um tempo médio de jejum prescrito pelo médico de 12,5 horas ($\pm 3,2$ DP) e jejum real de 13,9 horas ($\pm 3,4$ DP), ambos sendo maior do que o preconizado pelos protocolos multimodais ($p = 0,01$). Houve uma tendência de o tempo de jejum real ser maior que o tempo jejum prescrito pelo médico ($p = 0,07$). Conclusões: os pacientes permaneceram em jejum por tempo prolongando, ainda maior que o tempo prescrito.

Palavras-Chave: Nutrição; Jejum; Cuidados pré-operatórios.

Abstract: Preoperative prolonged fasting time is associated with metabolic and clinical impairments, leading to implications on the quality of life and general well-being of the surgical patient. Thus, its measurement is extremely important to support new strategies and clinical management in the perioperative period. Objectives: To know the preoperative fasting time of surgical patients. Method: This is a descriptive, observational, cross-sectional study conducted in a university hospital from June to August 2019. Data collection was performed by obtaining data regarding: socio-demographic variables; severity of surgery; origin of the patient before surgery; fasting time prescribed by the doctor; actual time at which the patient had the last meal; Anesthetic induction time to obtain the prescribed fasting time (anesthetic induction time - physician prescribed fasting time) and actual fasting time (anesthetic induction time - actual time the patient had the last meal) . Statistical analysis was performed on BioEstat 5.0. To verify the statistical



association, the T test was applied. A significance level of 5% was adopted. Results: The sample consisted of 96 patients, with a predominance of females (74.0%; 95% CI 64.6-82.3), median age 54.5 years (IQ: 38.2-62.8 years). The surgeries classified as of moderate severity were the most performed (50.6%; 95% CI 40.0-61.2; $p < 0.05$). A mean physician-prescribed fasting time of 12.5 hours (± 3.2 SD) and an actual fasting time of 13.9 hours (± 3.4 SD) were identified, both being longer than recommended by multimodal protocols ($p = 0.01$). There was a tendency for the actual fasting time to be longer than the physician prescribed fasting time ($p = 0.07$). Conclusions: The patients remained fasting for a prolonged time, even longer than the prescribed time.

Keywords: Nutrition; Fasting; Preoperative care.

INTRODUÇÃO

O jejum noturno pré-operatório baseou-se principalmente a partir da relação feita por Mendelson em 1946, entre alimentação e aspiração pulmonar do conteúdo gástrico durante o parto com anestesia geral (MENDELSON, 1946). Neste período, as técnicas anestésicas ainda eram rudimentares para prevenir complicações decorrentes de broncoaspirações, o que justificava a utilização de protocolos longos de jejum, objetivando o esvaziamento gástrico no momento da indução anestésica (WARNER, 2000).

Este autor descreveu duas síndromes, cuja primeira fala acerca da aspiração de alimentos sólidos, o que levaria a obstrução das vias respiratórias e à morte, ou atelectasia maciça. Já a segunda, que leva o seu nome, consiste na aspiração do conteúdo gástrico líquido quando os reflexos laríngeos estavam deprimidos em decorrência da anestesia, podendo levar a cianose, taquicardia e taquipneia (MENDELSON, 1946).

Em decorrência do risco demonstrado, novas rotinas com períodos prolongados de jejum no pré-operatório de operações eletivas foram criadas, passando-se a utilizar períodos superiores a oito ou doze horas. Esse tempo é considerado muito longo do ponto de vista metabólico e nutricional, uma vez que o corpo necessita ativar algumas vias metabólicas para garantir a manutenção de glicose sanguínea, resultando em alterações hormonais que levam à depleção total dos estoques de glicogênio e consequentemente utilização outros substratos



melhora da sensibilidade à insulina, que, conseqüentemente, melhora a resposta metabólica ao trauma cirúrgico, reduz o tempo de internação e pode resultar em benefícios clínicos como diminuição de náuseas, vômitos, fome, sede, ansiedade, como também pode acelerar a recuperação pós-operatória¹⁻¹⁶ (AGUILAR-NASCIMENTO *et al.*, 2006; AGUILAR-NASCIMENTO *et al.*, 2009; LJUNGQVIST, 2011).

Sendo assim, a medicina baseada em evidências tem demonstrado amplamente que programas de aceleração da recuperação pós-operatória, aos moldes do ACERTO, são seguros, diminuem complicações pós-operatórias e reduzem o tempo de internação hospitalar, sem incremento nas taxas de reinternação (DIAS, 2014).

Apesar das recomendações, a implantação desses protocolos ainda é incipiente no país e muitos pacientes acabam ficando sem se alimentar por períodos muito maiores do que é preconizado⁸ (DIAS, 2014). A resistência em mudança de protocolos clínicos pode ser explicada pela falta de conhecimento a respeito associado à baixa atualização profissional e a falta de confiança sobre os resultados⁹ (BOSSE *et al.*, 2006).

Diante da importância da abreviação do jejum pré-operatório, o objetivo deste estudo foi quantificar o tempo de jejum pré-operatório real em pacientes cirúrgicos.

DESENVOLVIMENTO

Procedimentos Metodológicos

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, observacional, de caráter transversal realizado no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas (HUPAA/UFAL), no período de junho a agosto de 2019, em indivíduos submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos, selecionados por conveniência de acordo com a rotatividade do serviço. Foram incluídos os

V Jornada Acadêmica do HUPAA
Tecnologias em Saúde
27 - 29 de Novembro 2019



2014). Apesar dos conhecimentos referentes à resposta orgânica associada ao trauma e às implicações metabólicas do jejum prolongado, na prática clínica o tempo de jejum praticado é em torno de 12 horas, excedendo inclusive ao jejum noturno tradicionalmente instituído de 8 horas. Esse maior tempo de privação alimentar se correlaciona com implicações clínicas importantes tais como sensação de fome, sede, maior tempo de internação, infecção do sítio cirúrgico, complicações operatórias e óbito (AGUILAR-NASCIMENTO *et al.*, 2006, 2009; DIAS, 2014).

Desse modo, é importante ressaltar que o jejum prolongado, cujo principal objetivo está pautado em evitar complicações respiratórias decorrentes de vômitos e aspiração, secundário a um possível esvaziamento gástrico retardado ou insuficiente, encontra outros fatores complicadores, clínicos e metabólicos, que podem colocar em risco a recuperação pós-operatória dos pacientes (CAMPOS *et al.*, 2018).

A literatura aponta que a abreviação do jejum com bebida enriquecida com carboidratos (50g) até duas horas antes do procedimento cirúrgico pode trazer benefícios sobre parâmetros glicêmicos, funcionais, redução da hospitalização, além de não oferecer risco de broncoaspiração em indivíduos saudáveis submetidos a operações eletivas (CAMPOS *et al.*, 2018). No que diz respeito ao bem-estar e conforto, a literatura mostra que a abreviação do jejum pode reduzir significativamente a sensação de fome, sede, boca seca, náuseas e fraqueza (AGUILAR-NASCIMENTO; CAPOROSI; SALOMÃO, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes permaneceram em jejum por tempo prolongando, ainda maior que o tempo prescrito. A instituição de protocolo de abreviação de jejum perioperatório se faz necessária para diminuir a resposta orgânica, a resistência insulínica, o estresse cirúrgico e ainda, melhorar o bem-estar e a satisfação do



paciente. Essa prática mostra-se não apenas segura, mas também essencial para a recuperação mais rápida do trauma cirúrgico. Este trabalho foi de importante relevância para conhecer o tempo de jejum pré-operatório e assim, traçar estratégias para implantação da abreviação do jejum.

REFERÊNCIAS

AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. *et al.* Abordagem multimodal em cirurgia colorretal sem preparo mecânico de cólon. **Revista Colégio Brasileiro Cirurgiões**, v. 36, n. 3, p. 204-9, 2009.

AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. *et al.* Acerto pós-operatório: avaliação dos resultados da implantação de um protocolo multidisciplinar de cuidados perioperatórios em cirurgia geral. **Revista Colégio Brasileiro Cirurgiões**, v. 33, n. 3, p. 181-8, 2006.

AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. *et al.* Actual preoperative fasting time in Brazilian hospitals: the BIGFAST multicenter study. **The Clinical Risk Manag.**, v. 10, p. 107-12, 2014.

AGUILAR-NASCIMENTO, J. E.; CAPOROSI, C.; SALOMÃO, A. B. **ACERTO**: Acelerando a Recuperação Total Pós-operatória. 3. ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2016.

BOSSE, G.; BREUER, J. P.; SPIES, C. The resistance to changing guidelines - what are the challenges and how to meet them. **Best Practice Res. Clinical Anaesthesiology**, v. 20, n. 3, p. 379-95, 2006.

CAMPOS, A. C. L. **Tratado de Nutrição e Metabolismo em Cirurgia**. Rio de Janeiro: Rubio, 2013.

CAMPOS, S. B. G.; BARROS-NETO, J. A.; GUEDES, G. S., MOURA, F. A. Jejum pré-operatório: por que abreviar? **Arquivos Brasileiros Cirurgia Digestiva**, v. 31, n. 2, p. e1377, 2018.

CORREIA, M. I. T; SILVA, R. G. Paradigmas e evidências da nutrição perioperatória. **Revista Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 32, n. 6, p. 342-7, 2005.



DIAS, A. L. A. **Tempo de Jejum Pré-Operatório Realizado em Hospitais Brasileiros:** Estudo Multicêntrico. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2014.

MENDELSON, C. L. The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia. **American Journal Obstet. Gynecology**, v. 52, p. 191-205, 1946.

NOBLETT, S. *et al.* Pre-operative oral carbohydrate loading in colorectal surgery: a randomized controlled trial. **Colorectal Disease**, v. 8, p. 563-569, 2006.

NYGREN, J. The metabolic effects of fasting and surgery. **Best Practice Res Clinical Anaesthesiology**, v. 20, n. 3, p. 429-38, 2006.

NYGREN, J. *et al.* A comparison in five European Centres of case mix, clinical management and outcomes following either conventional or fast-track perioperative care in colorectal surgery. **Clinical Nutrition**, v. 24, n. 3, p. 455-61, 2005.

SOOP, M. *et al.* Stress-induced insulin resistance: recent developments. **Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care**, v. 10, n. 2, p. 181-6, 2007.

THORELL, A.; NYGREN, J.; LJUNGQVIST, O. Insulin resistance: a marker of surgical stress. **Curr. Opin. Clinical Nutrition Metabolic Care**, v. 2, n. 1, p. 69-78, 1999.

WARNER M. A. Is pulmonary aspiration still an import problem in anesthesia? **Current Opin. Anaesthesiology**, v. 13, n. 2, p. 215-8, 2000.