

JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO

Eduardo Toshiyuki Moro*

RESUMO

O propósito do jejum pré-operatório é permitir um tempo suficiente para o esvaziamento gástrico. Acredita-se que a restrição da ingestão de sólidos e líquidos por determinado período, limite a gravidade da pneumonite aspirativa causada pela aspiração do conteúdo gástrico. Baseada em revisões recentes da literatura, a recomendação de “nada por boca após meia-noite” tem sido reavaliada, permitindo mais conforto e, principalmente para as crianças, menor risco de hipoglicemia e desidratação.

Apesar da baixa incidência, a aspiração pulmonar do conteúdo gástrico pode ter conseqüências devastadoras no indivíduo. Medidas preventivas devem ser sempre adotadas. Guias de orientação para o jejum pré-operatório como o proposto pela American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting têm recentemente sugerido períodos menores de jejum sem aumentar o risco de aspiração.

Descritores: jejum pré-operatório, aspiração pulmonar.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 5, n. 1, p. 27-29, 2003

INTRODUÇÃO

O jejum pré-operatório tornou-se mais difundido após 1946, quando Mandelson relacionou alimentação com aspiração durante o parto com anestesia geral.¹ Ele descreveu duas síndromes. A primeira consistia na inalação de alimentos sólidos levando à obstrução das vias respiratórias e morte ou atelectasia maciça. A segunda, que leva o seu nome, decorria da aspiração de conteúdo gástrico líquido quando os reflexos laríngeos estavam deprimidos por anestesia geral. Esses pacientes desenvolviam cianose, taquicardia e dispnéia. Mandelson demonstrou em coelhos que o desenvolvimento da síndrome dependia do material aspirado ter um pH

ácido.²

Os valores críticos para risco de pneumonite aspirativa (síndrome de Mandelson) derivados de modelos animais são volume do conteúdo gástrico maior que 25 ml ou 0,4 ml/kg e pH abaixo de 2,5.^{1,3}

EPIDEMIOLOGIA

A aspiração pulmonar é um evento perioperatório pouco freqüente (um caso em 2.000-3.000 pacientes, crianças e adultos, submetidos a anestesia geral).⁴ A freqüência varia dramaticamente entre os pacientes. Assim, os idosos, os pacientes com estado físico ASA de classificação mais alta, as gestantes, os portadores de refluxo gastroesofágico e os pacientes submetidos à cirurgia de urgência apresentam maior risco de aspiração.^{2,4}

Aproximadamente metade dos pacientes que apresentam aspiração do conteúdo gástrico durante o período perioperatório desenvolvem complicações pulmonares significativas.⁴ A mortalidade é de, aproximadamente, 5%, mais freqüente em adultos e menos em crianças.⁵

JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO

Apesar da baixa freqüência, o impacto no indivíduo pode ser devastador pela elevada incidência de complicações pulmonares e pelos elevados custos associados ao tratamento desses indivíduos. Baseada em revisões recentes na literatura,^{6,7,8,9,10} a recomendação “nada por boca após meia noite” parece não ter mais sentido, exceto para leite e alimentos sólidos, já que aumenta o risco de desidratação e hipoglicemia, além do desconforto, principalmente em crianças, sem necessariamente diminuir o risco de aspiração.

Com o propósito de aumentar a qualidade e eficiência na abordagem dos pacientes no pré-operatório, bem como reduzir a severidade das complicações relacionadas com a aspiração pulmonar do conteúdo gástrico, a American Society

* Médico Anestesiologista do Hospital Santa Lucinda, Título Superior em Anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

of Anesthesiologists desenvolveu a “Task Force on Preoperative Fasting”, um conjunto de profissionais da área de anestesiologia, cirurgia e gastroenterologia que, após revisão extensa de publicações relacionadas ao assunto, concluíram um guia prático para jejum pré-operatório. Dessa maneira, o período de jejum recomendado seria (Tabela):

- Líquidos claros (água, chá, café, suco de fruta sem polpa, todos sem álcool e com pouco açúcar). Jejum de duas horas para todas as idades.
- Leite materno: jejum de quatro horas para recém-nascidos e lactentes.
- Dieta leve (chá e torradas) e leite não materno: aceita-se até seis horas de jejum para crianças e adultos.
- Fórmula infantil: jejum de seis horas para recém-nascidos e lactentes.
- Sólidos: jejum de oito horas para crianças e adultos.

MATERIAL INGERIDO	JEJUM MÍNIMO (H)
Líquidos claros	2
Leite materno	4
Fórmula infantil	4
Leite não materno	6
Dieta leve	6

Tabela. Summary of Fasting Recommendations to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration.
From: Anesthesiology, Vol. 90 (3). 1999.896-905.

Este guia vale para pacientes sem risco aumentado de aspiração pulmonar como obesidade, gestação, trauma, refluxo gastroesofágico, diabetes. É bom lembrar que dor, ansiedade, álcool e drogas (como opióides e benzodiazepínicos) retardam o esvaziamento gástrico.^{12,13,14} Nesses casos, outras medidas - que fogem do foco desta discussão - devem ser tomadas durante a indução e intubação do paciente, como pressão aplicada sobre a cartilagem cricóide (Manobra de Sellick), posicionamento adequado, pré-oxigenação sem ventilação com pressão positiva e aspiração de sonda nasogástrica.¹⁵

Em alguns casos, a intubação com o paciente acordado é a melhor opção.

Medicações como bloqueadores H₂, inibidores da bomba de prótons, antiácidos não perticulados e metoclopramida reduzem o volume e/ou a acidez gástrica,^{16, 19} mas não existem dados suficientes que comprovem diminuição do risco de aspiração pulmonar com o uso rotineiro dessas drogas.⁴ Sua indicação está reservada para pacientes com maior risco de aspiração.^{4,11}

CONCLUSÃO

Apesar da baixa incidência, a aspiração pulmonar do conteúdo gástrico pode ter conseqüências devastadoras no indivíduo. Medidas preventivas devem ser sempre adotadas. Guias de orientação para o jejum pré-operatório têm recentemente sugerido períodos menores de jejum sem aumentar o risco de aspiração.

O guia criado pela American Society of Anesthesiologists, após extensa revisão da literatura, talvez seja um meio de unificar as diferentes condutas adotadas até agora com relação ao jejum pré-operatório.

ABSTRACT

The purpose of preoperative fasting is to allow enough time to the gastric emptying. It is believed that the restriction of solids and liquids intake during a period of time limits the severity of the aspiration pneumonia caused by the aspiration of gastric contents. Supported by analysis of the current literature, the recommendation “nil per os” after midnight has been reviewed, giving more comfort and, mainly for children, less risk of hypoglycemia and dehydration

Despite low incidence, the pulmonary aspiration of gastric contents may have devastating consequences on individual. Preventive measures should be always adopted. Preoperative guidelines like the American Society of Anesthesiologists Practice Parameter Task Force on Preoperative Fasting, have been recently suggested lower fasting periods without increasing the risk of aspiration.

Key-words: preoperative fasting, pulmonar aspiration.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mandelson CL. The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia. *Am J Obstet Gynecol* 1946;52:191.
2. Ortenzi AV, D'Ottaviano CR. Jejum pré-operatório e o paciente de estômago cheio. Atualização em anesthesiologia. São Paulo; SAESP, 1996. Vol II. p.94-106.
3. Teabeaut JR II- Aspiration of gastric contents: experimental study. *Am J Pathol* 1952;28:51.
4. Warner MA. Is pulmonary aspiration still na important problem in anesthesia? Review article. *Curr Opin Anaesthesiol* 2000;13(2):215-8.
5. Kluger MT, Short TG. Aspiration during anaesthesia: a review of 133 cases from the Australian anaesthetic incident monitoring study(AIMS). *Anaesthesia* 1999;54:19-26.
6. Stoelting RK. "NPO" and aspiration pneumonitis changing perspectives. Atlanta. ASA, 1995: 432 (ASA Annual Refresher Courses Lectures).
7. Phillips S, Daborn AK, Hatch DJ. Preoperative fasting for paediatric anaesthesia. *Br J Anaesth* 1994;73:529-36.
8. Schreiner MS. Preoperative and postoperative fasting in children. *Pediatr Clin North Am* 1994;41:111-20.
9. Emerson BM, Wrigley SR, Newton M. Preoperative fasting for paediatric anaesthesia: a survey of practice. *Anaesthesia* 1998;53: 326-30.
10. Ferrari LR, Rooney FM, Rockoff MA. Preoperative fasting practices in pediatrics. *Anesthesiology* 1999;90:978-80.
11. American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting. Practice guideline for preoperative fasting and use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures. *Anesthesiology* 1999;79:482-5.
12. Kallar SK, Everet LL. Potencial risks and preventive mesures for pulmonar aspiration: new concepts in preoperative fasting guidelines. *Anesth Analg* 1993;77:171-82.
13. Collins VJ. Principles of anesthesiology. 3rd ed. Philadelphia; Lea & Febiger: 1993.
14. Coté CJ. Changing concepts in preoperative medications and "NPO" status of the pediatric patient. In: Barash P. Refresher Courses in Anesthesiology 1994; p.101-16.
15. Gallimore SC, Hoile RW; Ingram GS; Shery KM. Questionnaire in the report of the national confidential enquiry into perioperative deaths 1994-5. London: NCEDPOD: 1997.
16. Moir DD. Cimetidina, antacids, and pulmonary aspiration. *Anesthesiology* 1983;59:81-83.
17. Manchikanti L, Kraus JW, Edds S. Cimetidine and related drugs in anesthesia. *Anesth Analg* 1982;61:595-608.
18. Joyce TH III. Prophylaxis for pulmonary acid aspiration. *Am J Med* 1987;83:46-52.
19. Kowalsky SF. Cimetidine in anesthesia: does it minimize the complications of acid aspiration? *Drug Intell Clin Pharmacol* 1984;18:382-9.