



## PROTOCOLO DE JEJUM PRÉ OPERATÓRIO

DATA CRIAÇÃO: 27/02/2025	Versão: 0	Criação: Alessandro Silvestre
VALIDADE: 2 ANOS	DATA DE REVISÃO: 27/02/2027	Revisão: Yuri Heluany Martins

### SUMÁRIO

SUMÁRIO .....	1
1. CONCEITO .....	1
2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	3
3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	3
4. DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO ASSISTENCIAL.....	3
5. FLUXOGRAMA .....	5
6. INDICADOR .....	5
7. ANEXOS.....	5
8. HISTÓRICO DE REVISÃO .....	5
9. REFERÊNCIAS .....	5

### 1. CONCEITO

O adequado preparo do paciente no pré-operatório, conhecidamente, melhora o prognóstico pós-operatório, possibilitando recuperação mais rápida dos pacientes. A orientação de jejum pré-operatório adequado tem por objetivo reduzir o conteúdo gástrico e prevenir o risco de broncoaspiração. Em contrapartida, evitar períodos prolongados de jejum diminui os efeitos deletérios decorrentes da resposta endócrina e metabólica ocasionada por longos períodos de privação calórica.

Pacientes submetidos a longos períodos de jejum apresentam aumento da resistência insulínica, assim como aumento de proteólise, gliconeogênese e lipólise, amplificando os efeitos da resposta endócrina e metabólica ao trauma cirúrgico. Tais alterações levam a um aumento no tempo de reabilitação dos pacientes, principalmente após procedimentos de alta complexidade. Além do mais, longos períodos sem ingestão calórica e hídrica estão relacionados com experiência negativa por parte dos pacientes. Em estudo publicado em 2014 por Aguilar-Nascimento et al., o tempo médio de jejum dos pacientes cirúrgicos, independente da complexidade e características clínicas prévias, foi de 12h, superando consideravelmente o tempo necessário. Neste contexto, a abreviação de jejum com soluções adequadas tem por objetivo melhorar o desfecho clínico dos pacientes.

A ocorrência de broncoaspiração é um evento raro, principalmente em pacientes saudáveis (ASA I e II), contudo, de alta morbimortalidade, além de prolongar o tempo de internação dos doentes, gerando custos adicionais. A fim de evitar a presença de resíduos gástricos, o tempo de jejum no pré-operatório deve ser guiado de acordo com o tipo de ingestão dos pacientes. Os fatores de risco para broncoaspiração estão representados na tabela 1.

<b>TABELA 1 - FATORES DE RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO</b>
• Cirurgias de urgência e emergência
• Diabetes mellitus descompensada de longa data*
• Doenças esofágicas (DRGE mal controlado, Hérnia de hiato, Divertículos esofágicos, Acalasia e estenose)
• Cirurgia gástrica prévia
• Gastroparesia por qualquer causa
• Uso de análogos de GLP-1
• Uso de crônico de opioides
• Abdômen agudo (obstrutivo, inflamatório, perfurativo e vascular)
• Obesidade (IMC>40)
• Gestantes
• Uremia
* A ocorrência de gastroparesia em pacientes diabéticos é baixa, sendo de cerca 1% nos paciente com DM2 e 4,8% em pacientes com DM1. A sua ocorrência esta relacionada com pacientes com pelo menos 5 anos de doença. Recomenda-se questionar os paciente sobre a presença de sintomas gastro-intestinais para avaliar presença de gastroparesia nesta população. Paciente com diabetes bem controlada e sem sintomas compatíveis com gastroparesia não devem ser tratados como estômago cheio.

A abreviação de jejum tem por objetivo reduzir a resposta endócrino-metabólica induzida pelo trauma cirúrgico, assim como garantir conforto aos pacientes. Sua realização apresenta maiores evidências em pacientes submetidos a procedimentos de alta complexidade e deve ser realizada em pacientes sem fatores de risco para broncoaspiração. O uso de soluções adequadas é de extrema importância para evitar intercorrências relacionadas, sendo a maltodextrina e soluções prontas (p. ex., Fresubin Jucare Drink®) as indicadas para realização da abreviação.

O uso de análogos de GLP-1 conhecidamente causa atraso no esvaziamento gástrico por mecanismos ainda não muito bem compreendidos. O real impacto dessas medicações no aumento do risco de broncoaspiração ainda é incerto, sendo necessária cautela no manejo desses pacientes. As recomendações quanto ao tempo de suspensão variam na literatura.

## **2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Pacientes submetidos a anestesia.

### 3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

NÃO SE APLICA.

### 4. DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO ASSISTENCIAL

4.1. Recomenda-se seguir os tempos de jejum conforme tabela 2.

TABELA 2 - TEMPO DE JEJUM		
	Adultos	Crianças
Refeição como café da manhã, almoço ou jantar. Bebidas a base de soja, espessantes, engrossantes, achocolatados/diet ou suplementos (Whey protein).	8h	
Leite, líquidos particulados (Sucos e água de coco natural/no coco) e Refrigerantes	6h	
Dieta enteral	6h	
Fórmulas lácteas	6h	
Leite materno	-	4h
Adultos: Líquidos Claros (água, café sem açúcar, chá sem açúcar, maltodextrina, água de coco industrializada/caixinha) <u>Volume máximo 200ml</u> Crianças: Líquidos Claros (Água, chá sem açúcar, maltodextrina, suco de laranja coado, água de coco industrializada/caixinha) - <u>Volume máximo 100ml</u>	2h	

4.2. Observar que o tempo de jejum para pacientes com e sem fatores de risco é o mesmo. Contudo durante procedimento anestésico para pacientes com fatores de risco, levar em consideração as características clínicas e considerar estômago cheio, tomando precauções para evitar episódios de broncoaspiração.

4.3. Recomenda-se evitar horário fixo para início do jejum. Adequando o início ao horário programado para a cirurgia

4.4. O uso de análogos de GLP-1 deve ser manejado de acordo com protocolo de suspensão de medicamentos

4.5. Recomenda-se abreviação de jejum conforme tabela 3. **Somente realizar em paciente ambulatorial, previamente avaliado por médico anestesiológico e sem fatores de risco para retardo do esvaziamento gástrico.** O fluxo para realização encontra-se no item 5 deste protocolo.

TABELA 3 - ABREVIÇÃO DE JEJUM			
		Adultos	Crianças
Quem?	Somente realizar em paciente sem fatores de risco para broncoaspiração.		
Qual?	Fresubin Jucy Drink®		
Quanto?	Noite anterior	400ml	5ml/kg
	Dia da cirurgia	200ml	3ml/kg
Quando?	4h antes		

## 5. FLUXOGRAMA

FLUXOGRAMA 1 - ABREVIÇÃO DE JEJUM NO PACIENTE AMBULATORIAL



## 6. INDICADOR

NÃO SE APLICA.

## 7. ANEXOS

NÃO SE APLICA.

## 8. HISTÓRICO DE REVISÃO

Revisão	Alterações
000	Emissão inicial.

## 9. REFERÊNCIAS

Aguilar-Nascimento J, Dias A, Dock-Nascimento D, Correia M, Campos A, Portari-Filho P, et al. Actual preoperative fasting time in Brazilian hospitals: the BIGFAST multicenter study. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2014 Feb;107.

Zhou G, Zhu F, An Y, Qin L, Lv J,

Zhao X, et al. Prolonged preoperative fasting and prognosis in critically ill gastrointestinal surgery patients. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition* [Internet]. 2020;29(1):41–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32229440/>

Frykholm P, Schindler E, Sümpelmann R, Walker R, Weiss M. Preoperative fasting in children: review of existing guidelines and recent developments. *British journal of anaesthesia* [Internet]. 2018;120(3):469–74. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29452803>

Pimenta GP, de Aguilar-Nascimento JE. Prolonged Preoperative Fasting in Elective Surgical Patients. *Nutrition in Clinical Practice*. 2013 Dec 11;29(1):22–8.

Joshi GP, Abdelmalak BB, Weigel WA, Harbell MW, Kuo CI, Soriano SG, et al. 2023 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting: Carbohydrate-containing Clear Liquids with or without Protein, Chewing Gum, and Pediatric Fasting Duration—A Modular Update of the 2017 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting. *Anesthesiology* [Internet]. 2023 Jan 11;138(2):132–51. Available from: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/138/2/132/137508/2023-American-Society-of-Anesthesiologists>

Nason KS. Acute Intraoperative Pulmonary Aspiration. *Thoracic surgery clinics* [Internet]. 2015;25(3):301–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26210926>

Fujino E, Cobb KW, Schoenherr J, Gouker L, Lund E, Fujino E, et al. Anesthesia Considerations for a Patient on Semaglutide and Delayed Gastric Emptying. *Cureus* [Internet]. 2023 Jul 19;15(7). Available from: <https://www.cureus.com/articles/166908-anesthesia-considerations-for-a-patient-on-semaglutide-and-delayed-gastric-emptying#>

Aswath GS, Foris LA, Ashwath AK, Patel K. Diabetic Gastroparesis [Internet]. PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cited 2024 Apr 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430794/#:~:text=Diabetic>

Bouvet L, Chassard D, Desgranges FP. Risk of pulmonary aspiration of gastric contents in patients with diabetes mellitus. *Comment on Br J Anaesth* 2021, 217: 224–235. *British Journal of Anaesthesia*. 2022 Jan;128(1):e19–20.

Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. *World Journal of Surgery*. 2018 Nov 13;43(3):659–95.