

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ÊNFASE EM ALTA COMPLEXIDADE
NUTRIÇÃO**

Amanda Luisa Kessler

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA
ABREVIÇÃO DE JEJUM E REALIMENTAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES
DA PROCTOLOGIA**

Florianópolis

2022

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ÊNFASE EM ALTA COMPLEXIDADE
NUTRIÇÃO**

Amanda Luisa Kessler

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA
ABREVIÇÃO DE JEJUM E REALIMENTAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES
DA PROCTOLOGIA**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde, na Ênfase de Alta Complexidade

Orientadora: Profa Dra Francilene Kunradi Vieira
Colaboradora: Nutricionista Esp. Grasiela Popper

Florianópolis

2022

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	OBJETIVOS	8
2.1	GERAL	8
2.2	ESPECÍFICOS	8
3	METODOLOGIA	9
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	10
4.1	ABREVIÇÃO DE JEJUM E REALIMENTAÇÃO PRECOCE: REPERCUSSÕES NA HOSPITALIZAÇÃO DO PACIENTE	10
4.2	PACIENTES INELEGÍVEIS PARA ABREVIÇÃO DE JEJUM E REALIMENTAÇÃO PRECOCE	13
4.3	ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES DE CADA ÁREA PROFISSIONAL	14
4.4	FLUXOGRAMA	14
4.5	O PROTOCOLO OPERACIONAL	15
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
	REFERÊNCIAS	17
	APÊNDICE A - Procedimento Operacional Padrão para Implementação da Abreviação de Jejum e Realimentação Precoce em pacientes da Proctologia ..	20

RESUMO

Introdução: Longos períodos de jejum são altamente prejudiciais ao paciente cirúrgico, tendo em vista que causam um estresse metabólico para além do trauma cirúrgico. Nesse contexto, visando minimizar os efeitos deletérios e acelerar a recuperação do paciente, mudanças foram propostas por meio de protocolos multimodais, como o Projeto Aceleração da Recuperação Total Pós-operatória (ACERTO) que estabelece cuidados perioperatórios que visam a aceleração da recuperação e menor permanência hospitalar do paciente cirúrgico. **Objetivo:** Desenvolver um Procedimento Operacional Padrão (POP) de abreviação de jejum pré-operatório e realimentação precoce pós-operatória para pacientes da Proctologia submetidos a procedimentos eletivos sob anestesia ou sedação nas dependências do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). **Metodologia:** Inicialmente, foi realizada uma revisão bibliográfica envolvendo a temática relacionada ao Projeto ACERTO, que possibilitou a abordagem dos tópicos presentes no POP. A construção do mesmo seguiu a normatização e estrutura estabelecidos pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). **Resultados e discussões:** O tempo médio de jejum para a realização de cirurgias eletivas, conforme dados da literatura, varia entre 10 a 16 horas. Recomendações do projeto ACERTO, baseadas em evidências, propõem que o jejum seja abreviado através da ingestão, de seis à duas horas antes da operação, de líquidos claros sem resíduos enriquecidos com carboidratos (maltodextrina à 12%) ou líquido claro com maltodextrina e fonte nitrogenada, seis à três horas antes; além disso, recomenda a realização de refeição de seis a oito horas antes do procedimento cirúrgico. A implementação do ACERTO, conforme dados de diversos estudos nacionais e internacionais com pacientes da cirurgia colorretal, demonstram: resultados cirúrgicos mais satisfatórios, com redução do risco de complicações, redução do tempo jejum e de hospitalização, melhora da recuperação da força muscular e redução dos níveis de cortisol, com aumento do bem estar físico e psicológico do paciente. **Considerações finais:** Este trabalho busca dar continuidade ao desenvolvimento dos protocolos de Abreviação de Jejum já estabelecidos no HU/UFS/EBSERH; e espera-se que a implementação deste POP, além de reduzir o tempo de jejum, de internação e o risco de complicações pós-cirúrgicas, possa instruir e incentivar os demais profissionais da saúde sobre a relevância deste tema e seu papel na aceleração da recuperação e melhoria da qualidade de vida e bem-estar de pacientes cirúrgicos, durante e após a internação hospitalar.

1 INTRODUÇÃO

Entre os serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os hospitais públicos são instituições de densidade tecnológica complexa e específica, responsáveis por ofertar aos usuários atendimento de saúde especializado de média e alta complexidade, como procedimentos cirúrgicos eletivos. Quando o paciente necessita de uma cirurgia e esta é agendada, diz-se que ele se encontra no período perioperatório, que compreende as fases pré-operatória mediata e imediata, transoperatória, recuperação anestésica e pós-operatório (BRASIL, 2013; MOSQUERA et al, 2016).

Os procedimentos cirúrgicos, apesar de outras estratégias de cuidados, fazem parte de uma parcela significativa de tratamento, sendo, em muitos casos, fundamentais na diminuição da mortalidade da população. Pacientes cirúrgicos em risco nutricional ou com desnutrição já instalada representam uma condição grave que pode vir a interferir no procedimento, recuperação e reabilitação pós-operatória. Quanto mais agravado o estado nutricional, maiores são os riscos de morbimortalidade e conseqüentemente os custos hospitalares (CHAVES; CAMPOS, 2019).

As cirurgias eletivas representam um trauma que provoca um processo catabólico e diversas alterações no sistema imunológico e inflamatório, com a finalidade de reparar os tecidos lesados e recuperar a homeostase corporal. Entre outros fatores associados, essa resposta metabólica ao trauma cirúrgico é intensificada pelo jejum pré-operatório prolongado que ocasiona prejuízos ao estado nutricional ou potencializa uma desnutrição pré-existente do paciente (FRANCISCO; BATISTA; PENA, 2015; AGUILAR-NASCIMENTO et al, 2021).

Este jejum pré-operatório, que consiste na restrição de alimentos sólidos e líquidos, é uma prática habitualmente realizada na medicina, tendo sido embasada quando as técnicas de anestesia ainda eram bastante primitivas. Tais recomendações foram baseadas em sintomas caracterizados como “Síndrome de Mendelson” - em homenagem ao obstetra Curtis L. Mendelson, que no ano de 1946 examinou casos de óbitos em gestantes, associados à aspiração de conteúdo gástrico em cirurgias realizadas com indução anestésica geral. Desde então, a recomendação de “nada via oral” a partir do período noturno que antecede o procedimento cirúrgico tem sido disseminada e praticada até hoje (CAMPOS et al, 2018; CHAVES; CAMPOS, 2019).

No entanto, longos períodos de jejum são altamente prejudiciais ao paciente cirúrgico, tendo em vista que causam um estresse metabólico para além do trauma cirúrgico, gerando

alterações na homeostasia e um conjunto de reações no intuito de manter a glicemia e a oferta de energia ao organismo. Ao iniciar o processo de jejum, em poucas horas há a redução dos níveis de insulina e inicia-se o processo de glicogenólise, e posterior gliconeogênese, utilizando-se proteína muscular como fonte de energia. Em vista disso, o paciente em fase pré-cirúrgica encontra-se em intenso catabolismo, estando esse maior tempo de restrição alimentar correlacionado com implicações clínicas importantes na resposta inflamatória, imunológica, cicatrização, sensação de fome e sede, maior tempo de internação, infecção do sítio cirúrgico, complicações operatórias e óbito (CAMPOS et al, 2018; ARAUJO; TRINDADE; ALMEIDA, 2021; MARCARINI et al, 2017).

Nesse contexto, visando minimizar os efeitos deletérios da resposta orgânica ao trauma e acelerar a recuperação do paciente, mudanças foram propostas por meio de protocolos multimodais, que utilizam a medicina baseada em evidências para contribuir com a recuperação do paciente cirúrgico. A American Society of Anesthesiologists (ASA), órgão de referência mundial em anestesiologia e o grupo de pesquisa Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), formado por médicos e pesquisadores da Europa, foram pioneiros no assunto ao publicarem um consenso sobre cuidados peri-operatórios de abreviação de jejum (CHAVES; CAMPOS, 2019; PIEROTTI et al, 2018).

Em âmbito nacional, no ano de 2005, foi desenvolvido pela Universidade Federal do Mato Grosso o Projeto Aceleração da Recuperação Total Pós-operatória (ACERTO), programa multimodal e multidisciplinar de cuidados perioperatórios que visa a aceleração da recuperação e menor permanência hospitalar do paciente cirúrgico. Dentre suas ações, tem-se a abreviação do jejum pré-operatório, através do consumo de dieta líquida rica em carboidrato até duas horas antes da cirurgia, de refeições leves em até seis horas e reintrodução da dieta no primeiro dia de pós-operatório (6-24h) para a maioria dos procedimentos cirúrgicos. É consenso que essa abreviação é segura, diminui a resistência insulínica e níveis de cortisol, melhora o bem-estar do paciente, além de reduzir custos e o tempo de internação hospitalar (CHAVES; CAMPOS, 2019; PIEROTTI et al, 2018; AGUILAR-NASCIMENTO et al, 2017).

As diretrizes do Projeto ACERTO, baseadas nas recomendações de especialistas do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, elucidam também, com altas evidências científicas e forte grau de recomendação a presença da realimentação precoce via oral ou enteral após operação abdominal eletiva (em até 24h de pós-operatório) desde que o paciente esteja hemodinamicamente estável. Essa recomendação se aplica mesmo em casos de anastomoses digestivas. Em operações como videocolecistectomia, herniorrafias e cirurgias ano-orificiais recomenda-se o início imediato de dieta e hidratação oral,

sem uso de hidratação por via endovenosa (AGUILAR-NASCIMENTO et al, 2017).

Em relação à pacientes da proctologia, há a predominância de cirurgias em razão de tumores malignos, estando associado a estes diagnósticos a presença de desnutrição em grande parte dos pacientes. Em um estudo de revisão que contemplou 27 artigos, durante o período de 10 anos, obteve-se que 80% dos pacientes oncológicos apresentam desnutrição no momento do diagnóstico, com elevada frequência de caquexia em pacientes com câncer gastrointestinal. No Brasil, para cada ano do triênio de 2020-2022, estima-se 41 mil casos de câncer colorretal (SCHELBAUER et al, 2021).

Dados mostram que complicações pós-operatórias ocorrem em até um terço dos pacientes submetidos à cirurgia colorretal, sendo mais comum as de causa infecciosa e de motilidade gastrointestinal, inclusive íleo e obstrução intestinal (TEVIS; KENNEDY, 2016). Grego et al. (2014), em sua metanálise, apontaram que as ações do ERAS estão relacionadas com redução da morbidade geral, especialmente em relação a nenhuma complicação cirúrgica e redução de dias de internação. Estudo prospectivo de coorte, realizado na Suécia, com 950 pacientes, mostrou resultados semelhantes, com redução significativa de complicações pós-operatórias, menor incidência de sintomas e tempo de internação após cirurgia de câncer colorretal de grande porte, através de melhor adesão ao protocolo ERAS, especialmente com a restrição de líquidos intravenosos e o uso de uma bebida com carboidratos no pré-operatório (GUSTAFSSON et al, 2011).

Ademais, cabe ressaltar que a própria pesquisa ERAS, citada anteriormente, foi desenvolvida por um cirurgião colorretal, Dr. Henrik Kehlet, que sugeriu intervenções perioperatórias validadas cientificamente que visam melhorias relevantes na recuperação e segurança do paciente. Com esse conceito em mente, é importante que cada hospital crie protocolos baseados em evidências e que estes sejam específicos para cada instituição (BLUMENTHAL, 2019).

No intuito de mudar esta realidade relacionada ao tempo de jejum prolongado ao qual os pacientes cirúrgicos são frequentemente submetidos, estratégias como o desenvolvimento e uso de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) podem ser utilizadas. Estes, constituem documentos que descrevem detalhadamente como uma atividade deve ser realizada e contém informações relacionadas à mesma, objetivando permitir que tal atividade seja desenvolvida adequadamente e de forma igualitária por diferentes pessoas, com vistas a garantir a segurança e eficácia de sua implementação (CORRÊA et al, 2020).

Portanto, o objetivo deste trabalho de conclusão de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde foi desenvolver um Procedimento Operacional Padrão de

abreviação de jejum pré-operatório e realimentação precoce pós-operatória para pacientes da Proctologia submetidos a procedimentos eletivos sob anestesia ou sedação nas dependências do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC/EBSERH).

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Desenvolver um Procedimento Operacional Padrão (POP) de abreviação de jejum pré-operatório e realimentação precoce pós-operatória para pacientes da Proctologia submetidos a procedimentos eletivos sob anestesia ou sedação nas dependências do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC/EBSERH).

2.2 ESPECÍFICOS

- Dar seguimento à expansão do protocolo de abreviação do jejum pré e pós-operatório e estimular que outras recomendações do Projeto ACERTO possam fazer parte da prática de perioperatório no HU/UFSC/EBSERH.
- Reduzir as complicações e efeitos indesejados associados aos períodos de jejum prolongado.

3 METODOLOGIA

Inicialmente, foi realizada uma revisão bibliográfica envolvendo a temática relacionada ao Projeto ACERTO, abreviação de jejum e sua relação com a desnutrição e demais complicações hospitalares, utilizando as bases de dados PubMed, Scielo e LILACS e os descritores em saúde do MeSH “Fasting Time”, “Malnutrition”, “Colorectal Surgery”, “Enhanced Recovery After Surgery Protocol” e “Postoperative Complications”. Os artigos foram analisados e selecionados inicialmente pelo título, resumo, relevância e ano de publicação e serviram para embasar a elaboração deste TCC e do presente POP.

A normatização e estrutura do POP seguiu os preceitos estabelecidos pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) (EBSERH, 2021).

O conteúdo do documento foi dividido em tópicos que permitiram a abordagem dos temas: 1) abreviação de jejum e realimentação precoce: repercussões na hospitalização do paciente; 2) pacientes inelegíveis para abreviação de jejum e realimentação precoce; 3) as atribuições, competências e responsabilidades de cada área profissional envolvida na realização deste POP; 4) a construção de um fluxograma que permitiu, de maneira simples e rápida, o entendimento de como deve ser a execução deste pop; 5) finalizando com o próprio documento “Procedimento Operacional Padrão para Implementação da Abreviação de Jejum e Realimentação Precoce em pacientes da Proctologia”, apresentado no Apêndice A.

Quanto aos aspectos éticos, este projeto não necessitou passar pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), uma vez que, não envolveu a participação de seres humanos para sua execução, de nenhuma forma, seja direta ou indireta, ou o manejo de dados dos indivíduos, suas informações ou materiais biológicos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 ABREVIACÃO DE JEJUM E REALIMENTAÇÃO PRECOCE: REPERCUSSÕES NA HOSPITALIZAÇÃO DO PACIENTE

O tempo médio de jejum para a realização de cirurgias eletivas, conforme dados da literatura, varia entre 10 a 16 horas, sendo comum a prática do jejum noturno após a meia noite. Esta técnica, bastante antiga, é utilizada com vistas a evitar que no momento da indução anestésica haja conteúdo gástrico que possa ser broncoaspirado (AZEVEDO et al, 2017).

No entanto, protocolos multimodais, como o Projeto de Aceleração da Recuperação Total Pós-operatória (ACERTO), proposto há mais de 15 anos, trazem a abreviação do tempo de jejum pré-operatório como benéfico e amplamente seguro para a recuperação do paciente. Essa recuperação envolve: resultados cirúrgicos mais satisfatórios, com redução do risco de complicações, redução do tempo de hospitalização, melhora da recuperação da força muscular e redução dos níveis de cortisol, com aumento do bem estar físico e psicológico do paciente (AGUILAR-NASCIMENTO et al, 2017; MARQUINI et al, 2019).

As atuais diretrizes do ACERTO, baseadas em evidências, propõem que o jejum seja abreviado através da ingestão, de seis à duas horas antes da operação, de líquidos claros sem resíduos enriquecidos com carboidratos (maltodextrina à 12%) ou líquido claro com maltodextrina e fonte nitrogenada, seis à três horas antes; além disso, recomenda a realização de refeição de seis a oito horas antes do procedimento cirúrgico (AGUILAR-NASCIMENTO et al, 2020).

Em relação à antecipação da reintrodução da dieta, o ACERTO recomenda oferecer dieta oral no mesmo dia para cirurgias da via biliar, herniorrafias e cirurgias ano-orificiais; em cirurgias com anastomose gastrointestinal, enteroentérica, enterocólica ou colorretal, a dieta líquida deve começar no mesmo dia ou no primeiro dia pós-operatório; cirurgias com anastomoses esofágicas, a dieta deve começar com 12 a 24 horas de pós-operatório por jejunostomia ou sonda nasoentérica. A evolução da dieta deve ser individualizada, conforme aceitação de cada paciente (AGUILAR-NASCIMENTO et al, 2020).

Pautado no fato de que a cirurgia colorretal foi a base para o desenvolvimento do protocolo ERAS, estudos de intervenção com este grupo de pacientes vêm sendo realizados, como o estudo de Bernardino, Antunes e Huguenin (2021), realizado em hospital público do Rio de Janeiro, que ofertou 200 ml de solução de carboidrato à 12,5%, à 20 pacientes submetidos a cirurgia por câncer pelo serviço de cirurgia geral e proctologia, sendo a maioria

com tumor localizado no ceco, cólon, reto e ânus. O tempo médio de jejum pré-operatório no grupo intervenção foi reduzido de 12 para 3 horas, tendo sido considerada uma intervenção segura, pois não alterou a proporção de complicações intra e pós-operatórias e ainda reduziu a média de glicemia pós-operatória.

Igualmente, na área da cirurgia colorretal, por meio de um estudo de revisão sistemática que incluiu 50 pesquisas (entre estudos casos controles e ensaios clínicos randomizados), realizado em 2017, foi concluído que a aplicação de protocolos multimodais em cirurgias colorretais eletivas resultou na redução do tempo de internação e na morbidade perioperatória global quando comparada aos cuidados tradicionais (GREER, 2017).

Outro estudo intervencionista realizado em hospital público de São Paulo, com pacientes submetidos à cirurgias colorretais eletivas, concluiu que, após implantação da abreviação de jejum conforme recomendações do protocolo ACERTO, obteve-se tempo médio de internação de 8 dias e redução significativa do tempo de jejum pré (de 15 para 3 horas) e pós-operatório (de 2 dias e 18 horas para 1 dia e 6 horas) (PROCHNOW, 2019).

Médicos cirurgiões colorretais, pesquisadores do Hospital Albert Einstein, realizaram análise retrospectiva com 104 pacientes incluídos no protocolo ERAS e submetidos a cirurgia colorretal de janeiro de 2016 a janeiro 2019 e concluíram que a adesão ao protocolo está intimamente ligada a melhores resultados, com menor estadia hospitalar e menores índices de complicações graves (PORTILHO et al, 2019).

Pesquisa realizada na Espanha, por médicos anestesistas e cirurgiões, comparou média de 300 pacientes submetidos à cirurgia colorretal aberta ou laparoscópica, antes e após implementação do protocolo ERAS e obteve os seguintes resultados: 214 pacientes desenvolveram pelo menos uma complicação versus 163 (51,10%) no grupo pós-ERAS. Um número maior de pacientes do grupo pré-ERAS desenvolveu complicações moderadas ou graves (31,9% vs. 22,26%); e complicações graves (15,5% vs. 5,3%). A mediana do tempo de internação reduziu de 13 (pré-ERAS) para 11 dias (pós-ERAS), não havendo diferença nas taxas de mortalidade ou de reinternação. Estes resultados demonstram, mais uma vez, que a implementação do ERAS é viável e seus resultados são superiores ao tratamento convencional de pacientes submetidos à ressecção eletiva de colón ou retal (RIPOLLÉS-MELCHOR; CALVO-VECINO, 2018).

É importante ressaltar que o jejum em situações fisiológicas normais é diferente do jejum em situações de estresse metabólico. No período pós-operatório o trauma relacionado com a cirurgia gera alterações metabólicas, e para que se alcance melhor cicatrização e recuperação funcional, a realimentação precoce torna-se essencial (WEIMANN et al, 2017).

Rotineiramente, o retorno da alimentação para pacientes que realizaram anastomoses intestinais é prescrito somente após aparecimento dos ruídos hidroaéreos e eliminação de gases, prolongando-se por até 5 dias o jejum pós cirúrgico e a manutenção da hidratação venosa, que contém mínima quantidade de calorias e nada de nitrogênio (STEWART et al, 1998).

No entanto, a literatura traz diversos estudos que contrariam esta prática, como o estudo de revisão com 1352 pacientes submetidos à cirurgia colorretal eletiva (NG; NEILL, 2006), pesquisas controladas e randomizadas (AGUILAR-NASCIMENTO; GÖELZER, 2002; LASSEN et al, 2005; SENKAL et al, 1997) e metanálises (LEWIS et al, 2001; HERBERT et al, 2018), todos evidenciam que a realimentação precoce após operações que envolvam ressecções e anastomoses intestinais é segura, não aumenta complicações e ainda traz potenciais benefícios, como: alta precoce, diminuição dos custos hospitalares e menor incidência do tempo de íleo e de complicações infecciosas.

Estudo de Hernandez et al (1999) demonstrou que a carência prolongada de alimentos no lúmen intestinal gera atrofia de mucosa, podendo romper a barreira intestinal e levar a translocação bacteriana, esta por sua vez, somada a respostas inflamatórias intensas pode causar a falência de alguns órgãos. Todavia, uma realimentação precoce, pode evitar tais agravos de aumento de permeabilidade intestinal.

Ainda, recente ensaio clínico randomizado realizado por Wendler et al (2021) com 80 pacientes submetidos a cirurgia de bypass gastrojejunal em Y-de-Roux, concluiu que a abreviação do jejum pré-operatório e a realimentação precoce no pós-operatório, conforme aplicação do Projeto Acerto, acelera a recuperação do paciente, diminui o volume gástrico residual e o nível de insulina, e não predispõe complicações.

Dessa maneira, considerando o tempo de jejum prolongado ao qual os pacientes são frequentemente submetidos, antes e após operações cirúrgicas, e os prejuízos metabólicos e clínicos associados a esta prática, faz-se necessário fundamentar as condutas clínicas provenientes de antigos padrões e elucidar os fatores relacionados ao jejum prolongado, bem como criar estratégias para redução do seu tempo, pois apesar das recomendações, a implantação desses protocolos ainda é incipiente no país (CAMPOS et al, 2018; ARAUJO; TRINDADE; ALMEIDA, 2021; AGUILAR-NASCIMENTO et al, 2017).

4.2 PACIENTES INELEGÍVEIS PARA ABREVIACÃO DE JEJUM E REALIMENTAÇÃO PRECOCE

O levantamento dos critérios de inclusão e exclusão dos pacientes que poderão se

beneficiar da implementação do presente “Procedimento Operacional Padrão para Implementação da Abrevação de Jejum e Realimentação Precoce em pacientes da Proctologia”, foram obtidos a partir de estudos científicos encontrados na literatura.

Dentre as maiores preocupações que contra indicam a abrevação do jejum pré-operatório é o refluxo gastroesofágico, já que a gastroparesia associada ao refluxo pode retardar o esvaziamento gástrico e predispor a broncoaspiração. Portanto, partindo deste princípio exclui-se da abrevação de jejum todas as condições de saúde que podem prever uma broncoaspiração, como: gravidez, refluxo esofágico severo, hérnia de hiato, megaesôfago, acalásia, gastroparesia e estenose pilórica, obstrução esofágica e/ou intestinal, cirurgia esofagiana prévia ou cirurgia gastrointestinal prévia com comprometimento do esvaziamento gástrico, alimentação enteral ou parenteral e cirurgias de emergência (AGUILAR-NASCIMENTO et al, 2020; MARQUINI et al, 2019; CAMPOS et al, 2018).

Pacientes com Diabetes mellitus (DM) tipo 1 que cursam com incapacidade de produzir insulina endógena, as recomendações recentes são de que se mantenha o jejum convencional. Pacientes com resistência insulínica prévia ou DM do tipo 2 controlado, sem uso de insulina e sem gastroparesia, podem ser submetidos ao jejum abreviado, sem atraso no esvaziamento gástrico ou risco de hiperglicemia de rebote (GUSTAFSSON et al, 2013; AGUILAR-NASCIMENTO et al, 2020).

Se tratando de indivíduos com índice de massa corporal (IMC) acima de 30 kg/m², já foi observado que o conteúdo gástrico não difere entre aqueles que ingeriram 300 ml de líquidos claros duas horas antes da operação em comparação àqueles que realizaram o jejum convencional. Contudo, apesar dos achados, até o momento, as recomendações de abrevação do jejum pré-operatório não se aplicam para indivíduos obesos, por considerarem o risco aumentado de broncoaspiração e a interferência do sobrepeso sobre o esvaziamento gástrico (CAMPOS et al, 2018).

Pacientes com doença renal ou hepática, por apresentarem uma condição de saúde de maior estresse metabólico, conforme recomendações, devem seguir o jejum noturno tradicional (AGUILAR-NASCIMENTO et al, 2017; MARQUINI et al, 2019).

Ademais, conforme recomendações do protocolo ERAS, pacientes etilistas e/ou em uso de substâncias psicoativas também não são elegíveis para abrevação de jejum, exceto aqueles que interromperem previamente o uso, por no mínimo quatro semanas antes do procedimento cirúrgico e sob supervisão de equipe multiprofissional (MENDES, 2020).

Os critérios de exclusão gerais apontados já contemplam os pacientes da proctologia, portanto, serão elegíveis todos os pacientes adultos internados nas dependências do

HU/UFSC/EBSERH, ante os cuidados da Equipe de Proctologia, submetidos a procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos eletivos, sob anestesia ou sob sedação que não apresentarem algumas das condições acima citadas.

4.3 ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES DE CADA ÁREA PROFISSIONAL

Competência profissional se caracteriza como um conjunto de atributos individuais essenciais relacionados à capacidade humana para cumprimento de determinadas tarefas no âmbito de atuação profissional. São os conhecimentos específicos, as habilidades e as aptidões, que, juntas, permitem o desenvolvimento do trabalho de forma efetiva, atuando positivamente na resolução dos problemas e situações no trabalho (LOPES et al, 2020; ABRANTES; ALBINO, 2019).

As atribuições, competências e responsabilidades de cada área profissional para implementação deste POP foram obtidas e adaptadas a partir de outros POP's relacionados à abreviação de jejum, especialmente os já executados no HU/UFSC/EBSERH.

4.4 FLUXOGRAMA

Fluxograma trata-se de uma técnica de mapeamento de processos que consiste na representação gráfica, através de símbolos padronizados, formas geométricas e nomenclaturas, que organizados de maneira lógica, apresentam as etapas, operações e responsáveis envolvidos em determinado processo. O fluxograma é uma ferramenta importante, pois permite, além de esclarecer as sequências das atividades, identificar pontos de melhoria e eficiência das ações (SANTOS, 2017).

Após o conhecimento da importância da abreviação de jejum, da definição dos critérios de inclusão e exclusão de pacientes da proctologia e do conhecimento das atribuições de cada área profissional, foi elaborado um fluxograma da abreviação de jejum como parte dos resultados deste POP, objetivando, de maneira simples e rápida, o entendimento de como deve ser a execução do mesmo. O mesmo está incluído no próprio POP.

4.5 O PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Perante os tópicos acima discutidos, apresenta-se o “Procedimento Operacional Padrão

para Implementação da Abreviação de Jejum e Realimentação Precoce em pacientes da Proctologia” no Apêndice A.

A nutricionista colaboradora deste TCR, a qual é responsável pela implementação de outros POPs relacionados a esta temática, apresentará o presente instrumento à Unidade de Nutrição Clínica, Setor de Hotelaria Hospitalar, Equipe Médica de Cirurgiões da Proctologia, Equipe Médica de Anestesiologia e Equipe de Enfermagem das Clínicas Cirúrgicas, Equipe de Enfermagem do Centro Cirúrgico, bem como de suas respectivas chefias do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC/EBSERH) e após aprovação, e validação será disponibilizado para todas as Unidades de Internação Cirúrgica que atendam a especialidade da Proctologia do HU/UFSC/EBSERH.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da criação do projeto ACERTO e perante as inúmeras evidências científicas que comprovam a segurança da abreviação de jejum, verifica-se a importância iminente da criação de protocolos que permitam a execução desta diretriz, em todas as instituições de saúde que realizam procedimentos cirúrgicos no âmbito do SUS e fora deste também.

Este trabalho busca dar continuidade ao desenvolvimento dos protocolos de Abreviação de Jejum já estabelecidos no HU/UFSC/EBSERH, como é o caso do POP de Abreviação do Jejum Pré e Pós-operatório das Pacientes Não Obstétricas da Cirurgia Ginecológica e de Pacientes da Pediatria, ambos já praticados no hospital. Sendo assim, este é o primeiro POP específico para pacientes da Proctologia e o terceiro a ser implementado na instituição.

Espera-se que a implementação deste POP, além de reduzir o tempo de jejum, de internação e o risco de complicações pós-cirúrgicas, possa instruir e incentivar os demais profissionais da saúde sobre a relevância deste tema e seu papel na aceleração da recuperação e melhoria da qualidade de vida e bem-estar de pacientes cirúrgicos, durante e após a internação hospitalar.

REFERÊNCIAS

- ABRANTES, D. V.; ALBINO, P. M. Competências profissionais e suas exigências nas organizações cooperativistas. *RGC*, Santa Maria, v. 6, n. 11, p. 28-42, 2019.
- AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. et al. Actual preoperative fasting time in Brazilian hospitals: the BIGFAST multicenter study. *Ther Clin Risk Manag.* v. 14, n. 10, p. 107-112, 2014.
- AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. et al. ACERTO Project - 15 years changing perioperative care in Brazil. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 48, 2021.
- AGUILAR-NASCIMENTO J. E. et al. Diretriz ACERTO de intervenções nutricionais no peri-operatório em cirurgia geral eletiva. *Rev Col Cir*, v. 44, n. 6, p. 633-648, 2017.
- AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. et al. *Acerto: acelerando a recuperação total pós-operatória*. Rio de Janeiro: Rubio, 2020.
- AGUILAR-NASCIMENTO, J. E.; GÖELZER. [Early feeding after intestinal anastomoses: risks or benefits?]. *J. Rev Assoc Med Bras.*, v. 48, n. 4, 2002.
- ARAUJO, B. L.; TRINDADE, C. C. S.; ALMEIDA, S. G. Efeitos da abreviação do jejum por meio de solução oral enriquecida com carboidrato (cho) em procedimentos hospitalares. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 1, 2021.
- AZEVEDO, S. C. L. et al. Abreviação do jejum pré-operatório: protocolo multimodal baseado em evidência. *GEP NEWS*, v.1, n.3, p.11-13, 2017.
- BERNARDINO, D. N., et al. Abreviação do jejum pré-operatório em pacientes submetidos a cirurgia oncológica em um hospital universitário. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v.4, n.5, 2021.
- BRASIL. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 09 dez. 2021.
- BLUMENTHAL, Rebecca. ERAS: Roteiro para uma jornada segura no perioperatório. *Boletim da APSF*. v. 2, n. 34, p. 22-24, 2019.
- CAMPOS, S. B. G. et al. Pre-operative fasting: why abbreviate? *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, v. 31, n. 2, 2018.
- CHAVES, L. M.; CAMPOS, J. S. P. Abreviação do jejum e suporte nutricional pré-operatório em cirurgias eletivas: Uma revisão sistemática. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 35, e. 2210, 2019.

CORRÊA, G. T. et al. Uso de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) comportamentais na realização de atividades profissionais. *Rev. Psicol.*, v. 20, n. 2, p. 1011-1017, 2020.

EBSERH. Elaboração e controle de documentos institucionais. *Sistema de Gestão e Qualidade. Hospitais Universitários Federais*. NO.SGQVS.001, versão 2, p. 1-30, 2021.

FRANCISCO, S. C.; BATISTA, S. T.; PENA, G. G. Jejum em pacientes cirúrgicos eletivos: comparação entre o tempo prescrito, praticado e o indicado em protocolos de cuidados perioperatórios. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, v. 28, n. 4, p. 250-254, 2015.

GREGO, M. et al. Enhanced recovery program in colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World J Surg.*, v. 38, n. 6, 2014.

GREER, N. et al. Programas de recuperação aprimorada após a cirurgia (ERAS) para pacientes submetidos à cirurgia colorretal. *Department of Veterans Affairs (US)*. Washington (DC). 2017.

GUSTAFSSON, U. O. et al. Adherence to the enhanced recovery after surgery protocol and outcomes after colorectal cancer surgery. *Arch Surg*, v. 146, n. 5, 2011.

GUSTAFSSON, U. O. et al. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations. *World J Surg*, v. 37, n. 2, 2013.

HERBERT, G. et al. Early enteral nutrition within 24 hours of lower gastrointestinal surgery versus later commencement for length of hospital stay and postoperative complications. *Cochrane Database Syst Rev.*, v. 10, n. 10, 2018.

HERNANDEZ, G. et al. Gut mucosal atrophy after a short enteral fasting period in critically ill patients. *J Crit Care*, v. 14, n. 2, 1999.

LASSEN, K. et al. Nutritional support and oral intake after gastric resection in five northern European countries. *Dig Surg.*, v. 22, n. 5, 2005.

LEWIS, S. J. et al. Early enteral feeding versus "nil by mouth" after gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMJ*, v. 323, n. 7316, 2001.

LOPES, O. C. A. et al. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery*, v. 24, n. 2, 2020.

MARCARINI, M. et al. Abreviação do jejum: aspectos clínicos perioperatórios de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *BRASPEN J*, v. 32, n. 4, p. 375-379, 2017.

MARQUINI, G. V. et al. Effects of preoperative fasting abbreviation with carbohydrate and protein solution on postoperative symptoms of gynecological surgeries: double-blind randomized controlled clinical trial. *Rev Col Bras Cir*, v. 46, n. 5, 2019.

MENDES, Leticia Klein Carlan Vasconcelos. Impactos da abreviação de jejum pré-operatório: Uma revisão da literatura. Trabalho de Conclusão Curso. Universidade de São

Paulo. Faculdade de Saúde Pública. 43f. 2020.

MOSQUERA, C. et al. Impact of malnutrition on gastrointestinal Surgical patients. *J Surg Res*, v. 205, n. 1, p. 95-101, 2016.

NG, W. Q.; NEILL, J. Evidence for early oral feeding of patients after elective open colorectal surgery: a literature review. *J Clin Nurs.*, v. 15, n. 6, 2006.

PIEROTTI, I. et al. Avaliação do tempo de jejum e sede no paciente cirúrgico. *Rev baiana enferm*, v. 32, e. 27679, 2018.

PORTILHO, A. S. et al. Correlação entre aderência ao protocolo eras e desfechos clínicos em pacientes submetidos a cirurgia colorretal oncológica. *Journal of Coloproctology*, v. 39, Issue S1, nov. 2019.

PROCHNOW, Diesica Nalena. Aplicação de protocolo multimodal de recuperação pós-operatória em cirurgias colorretais. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência em Proctologia). Hospital do Servidor Público Municipal. São Paulo. 24f. 2019.

RIPOLLÉS-MELCHOR, J.; CALVO-VECINO, J. M. Enhanced recovery after surgery protocol versus conventional perioperative care in colorectal surgery: a single center cohort study. *Rev. Bras. Anesthesiol*, v. 68, n. 4, 2018.

SANTOS, Giovanna Ataria Campos. Mapeamento de processos e fluxograma no setor de contratos, convênios e prestação de contas da Secretaria de Saúde de Caraguatatuba. Trabalho de Conclusão de Curso (Tecnologia em Processos Gerenciais). Instituto Federal de São Paulo. 63 f. 2017.

SCHELBAUER, E. C. P. S. et al. Desnutrição Energético-Proteica em Pacientes Oncológicos Adultos. RUNA - Repositório Universitário da Ânima. 2021.

SENKAL, M. et al. Early postoperative enteral immunonutrition: clinical outcome and cost-comparison analysis in surgical patients. *Crit Care Med.*, v. 25, n. 9, 1997.

STEWART, B. T. et al. Early feeding after elective open colorectal resections: a prospective randomized trial. *Aust N Z J Surg.*, v. 68, n. 2, 1998.

TEVIS, S. E.; KENNEDY, G. D. Postoperative complications: looking forward to a safer future. *Clin Colon Rectal Surg.*, v. 29, n. 3, 2016.

WEIMANN, A. et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr.*, v. 36, v. 3, 2017.

WENDLER, E. et al. Abreviar jejum pré-operatório e introduzir alimentação precoce auxiliam na recuperação após bypass gastrojejunal? ABCD Arq Bras Cir Dig, v. 34, n. 3, 2021.

**APÊNDICE A - Procedimento Operacional Padrão para Implementação da
Abreviação de Jejum e Realimentação Precoce em pacientes da Proctologia**

Tipo do Documento	PROTOCOLO	POP.XXX.XXX/XX - Página 1 de 14	
Título do Documento	ABREVIÇÃO DE JEJUM E REALIMENTAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES DA PROCTOLOGIA	Emissão: XX	Próxima revisão: XXXXXXXXXXXX
		Versão: XX	

SUMÁRIO

1	CONCEITOS	2
2	OBJETIVOS	3
3	JUSTIFICATIVA	3
4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	4
4.1	Critérios de inclusão	4
4.2	Critérios de exclusão	5
5	ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADE	5
5.1	Área Médica	5
5.1.1	Anestesiologista	5
5.1.1.1	Na avaliação Pré-Anestésica (APA) em consultório	5
5.1.1.2	Na Avaliação Pré-Anestésica em paciente internado	6
5.1.2	Médico Cirurgião	6
5.1.2.1	Jejum pré-operatório	6
5.1.2.2	Realimentação pós-cirúrgica	6
5.2	Área de Nutrição	7
5.2.1	Nutricionista Clínica	7
5.2.2	Área de Produção de Refeições	7
5.2.2.1	Produção/Copa	7
5.2.2.2	Lactário	8
5.3	Área de Enfermagem das Clínicas Cirúrgicas	8
5.3.1	Enfermeiro (a)	8
5.3.2	Técnico (a) de enfermagem das clínicas cirúrgicas	8
5.4	Área de enfermagem do Centro Cirúrgico	9
5.4.1	Enfermeiro (a) ou técnico (a) de enfermagem	9
6	FLUXOGRAMA	10
	REFERÊNCIAS	11
	ANEXO A – HORÁRIO DE DISTRIBUIÇÃO, RESPONSÁVEL E CONFIGURAÇÃO DAS REFEIÇÕES	13

Tipo do Documento	PROTOCOLO	POP.XXX.XXX/XX - Página 2 de 14	
Título do Documento	ABREVIÇÃO DE JEJUM E REALIMENTAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES DA PROCTOLOGIA	Emissão: XX	Próxima revisão: XXXXXXXXXXXX
		Versão: XX	

1. CONCEITOS

O presente protocolo baseia-se em um programa multimodal de cuidados perioperatórios: o Projeto ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-operatória). Este Projeto teve início em 2005 no Brasil, baseado no projeto europeu ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) e, em 2010, foi apoiado pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões e pela Associação Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN), os quais, reunidos, publicaram a Diretriz ACERTO em 2017. O Projeto ACERTO prevê atualmente 12 recomendações, dentre as quais, a recomendação que se refere à abreviação do jejum pré e pós-operatório (AGUILAR-NASCIMENTO et al, 2021).

Estudos bem documentados mostram que longos períodos de jejum pré-operatório aumentam a incidência de complicações perioperatórias, como: desidratação; aumento de náuseas e vômitos; aumento da resistência periférica à insulina (mesmo em pacientes saudáveis) e cetose; aumento da resposta metabólica ao estresse cirúrgico com aumento de mediadores inflamatórios e catabolismo; aumento do risco de infecções; aumento do tempo de retorno de íleo paralítico; além da insatisfação do paciente. Ressalta-se ainda que o jejum pré-operatório prolongado aumenta o tempo de internação e, conseqüentemente, o gasto com o paciente (AGUILAR-NASCIMENTO et al, 2020).

Revisão sistemática, que contemplou estudos controlados e randomizados, publicada na revista da Sociedade Americana de Anestesiologia, concluiu que não há evidências que sugiram que o jejum abreviado aumente o risco de aspiração, regurgitação durante a anestesia ou que esteja relacionada à maior morbidade (FRANCISCO; BATISTA; PENA, 2015).

Dados mostram que complicações pós-operatórias ocorrem em até um terço dos pacientes submetidos à cirurgia colorretal, sendo mais comum as de causa infecciosa e de motilidade gastrointestinal, inclusive íleo e obstrução intestinal (TEVIS; KENNEDY, 2016). Grego et al. (2014), em sua metanálise, apontaram que as ações do ERAS estão relacionadas com redução da morbidade geral, especialmente em relação a nenhuma complicação cirúrgica e redução de dias de internação. Estudo prospectivo de coorte, realizado na Suécia, com 950 pacientes, mostrou resultados semelhantes, com redução significativa de complicações pós-operatórias, menor incidência de sintomas e tempo de internação após cirurgia de câncer colorretal de grande porte, através de melhor adesão ao protocolo ERAS, especialmente com a restrição de líquidos intravenosos e o uso de uma bebida com carboidratos no pré-operatório (GUSTAFSSON et al, 2011).

A Diretriz ACERTO de intervenções nutricionais no perioperatório em cirurgia geral eletiva, além de Guidelines do ERAS, da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, da Sociedade Americana de Anestesiologia, da Sociedade Europeia de Anestesiologia, do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, do Colégio Americano de Cirurgiões, a BRASPEN (Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral), ESPEN (Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo) e ASPEN (Sociedade Americana de Nutrição Parenteral e Enteral), sugerem a adoção de práticas de abreviação de jejum pré e pós-operatório (AGUILAR-NASCIMENTO et al, 2017).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	POP.XXX.XXX/XX - Página 3 de 14	
Título do Documento	ABREVIÇÃO DE JEJUM E REALIMENTAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES DA PROCTOLOGIA	Emissão: XX	Próxima revisão: XXXXXXXXXXXX
		Versão: XX	

2. OBJETIVOS

- Padronizar o período de jejum pré-operatório e realimentação precoce necessário para segurança do ato anestésico para pacientes da Proctologia a serem submetidos a procedimentos eletivos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, sob anestesia ou sedação;
- Reduzir as complicações e efeitos indesejados associados aos períodos de jejum prolongado;
- Dar seguimento à expansão do protocolo de abreviação do jejum pré e pós-operatório e estimular que outras recomendações do Projeto ACERTO possam fazer parte da prática de perioperatório no HU/UFSC/EBSERH.

3. JUSTIFICATIVA

Um estudo de 2006, com os dados da auditoria pré e pós Projeto ACERTO no Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), mostrou que o tempo de jejum pré-operatório, que se acreditava ser entre 6 e 8 horas, era, em média, de 16h, chegando até 24h (AGUILAR-NASCIMENTO et al, 2006).

O estudo multicêntrico em 17 hospitais brasileiros, conhecido como BIGFAST, de 2014 mostrou, assim como no HUJM, que esses pacientes também apresentam período de jejum muito acima de 8 horas, ficando o tempo médio entre 14 e 19h. Este estudo investigou a lacuna entre os tempos de jejum pré-operatório prescrito e real em hospitais brasileiros e os fatores associados a essa lacuna (AGUILAR-NASCIMENTO et al, 2014).

Pautado no fato de que a cirurgia colorretal foi a base para o desenvolvimento do protocolo ERAS, estudos de intervenção com este grupo de pacientes vêm sendo realizados, como o estudo de Bernardino, Antunes e Huguenin (2021), realizado em hospital público do Rio de Janeiro, que ofertou 200 ml de solução de carboidrato à 12,5%, à 20 pacientes submetidos a cirurgia por câncer pelo serviço de cirurgia geral e proctologia, sendo a maioria com tumor localizado no ceco, cólon, reto e ânus. O tempo médio de jejum pré-operatório no grupo intervenção foi reduzido de 12 para 3 horas, tendo sido considerada uma intervenção segura, pois não alterou a proporção de complicações intra e pós-operatórias e ainda reduziu a média de glicemia pós-operatória.

Igualmente, na área da cirurgia colorretal, por meio de um estudo de revisão sistemática que incluiu 50 pesquisas (entre estudos de casos controles e ensaios clínicos randomizados), realizado em 2017, foi concluído que a aplicação de protocolos multimodais em cirurgias colorretais eletivas resultou na redução do tempo de internação e na morbidade perioperatória global quando comparada aos cuidados tradicionais (GREER, 2017).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	POP.XXX.XXX/XX - Página 4 de 14	
Título do Documento	ABREVIÇÃO DE JEJUM E REALIMENTAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES DA PROCTOLOGIA	Emissão: XX	Próxima revisão: XXXXXXXXXXXX
		Versão: XX	

Outro estudo intervencionista realizado com pacientes submetidos à cirurgias colorretais eletivas, concluiu que, após implantação da abreviação de jejum conforme recomendações do protocolo ACERTO, obteve-se tempo médio de internação de 8 dias e redução significativa do tempo de jejum pré (de 15 para 3 horas) e pós-operatório (de 2 dias e 18 horas para 1 dia e 6 horas) (PROCHNOW, 2019).

Médicos cirurgiões colorretais, pesquisadores do Hospital Albert Einstein, realizaram análise retrospectiva com 104 pacientes incluídos no protocolo ERAS e submetidos a cirurgia colorretal de janeiro de 2016 a janeiro 2019 e concluíram que a adesão ao protocolo está intimamente ligada a melhores resultados, com menor estadia hospitalar e menores índices de complicações graves (PORTILHO et al, 2019).

Pesquisa realizada na Espanha, por médicos anestesiologistas e cirurgiões, comparou média de 300 pacientes submetidos à cirurgia colorretal aberta ou laparoscópica, antes e após implementação do protocolo ERAS e obteve os seguintes resultados: 214 pacientes desenvolveram pelo menos uma complicação versus 163 (51,10%) no grupo pós-ERAS. Um número maior de pacientes do grupo pré-ERAS desenvolveu complicações moderadas ou graves (31,9% vs. 22,26%); e complicações graves (15,5% vs. 5,3%). A mediana do tempo de internação reduziu de 13 (pré-ERAS) para 11 dias (pós-ERAS), não havendo diferença nas taxas de mortalidade ou de reinternação. Estes resultados demonstram, mais uma vez, que a implementação do ERAS é viável e seus resultados são superiores ao tratamento convencional de pacientes submetidos à ressecção eletiva de colón ou retal (RIPOLLÉS-MELCHOR; CALVO-VECINO, 2018).

Dessa maneira, considerando o tempo de jejum prolongado ao qual os pacientes são frequentemente submetidos, antes e após operações cirúrgicas, e os prejuízos metabólicos e clínicos associados a esta prática, faz-se necessário fundamentar as condutas clínicas provenientes de antigos padrões e elucidar os fatores relacionados ao jejum prolongado, bem como criar estratégias para redução do seu tempo, pois apesar das recomendações, a implantação desses protocolos ainda é incipiente no país (CAMPOS et al, 2018; ARAUJO; TRINDADE; ALMEIDA, 2021; AGUILAR-NASCIMENTO et al, 2017).

Visando diminuir complicações e desconfortos no perioperatório do paciente cirúrgico, além de reduzir custos e tempo de internação hospitalar, este protocolo visa dar seguimento a implementação da abreviação de jejum pré e pós-operatória nesta instituição, para pacientes da proctologia a serem submetidos a procedimentos eletivos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, sob anestesia ou sedação.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.1 Critérios de inclusão

Pacientes adultos internados nas dependências do HU/UFSC, ante os cuidados da Equipe de Proctologia, submetidos a procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos eletivos, sob anestesia ou sob sedação que não apresentarem algumas das condições descritas como critérios de exclusão.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	POP.XXX.XXX/XX - Página 5 de 14	
Título do Documento	ABREVIÇÃO DE JEJUM E REALIMENTAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES DA PROCTOLOGIA	Emissão: XX	Próxima revisão: XXXXXXXXXXXX
		Versão: XX	

4.2 Critérios de exclusão

Situações que aumentam o risco para aspiração de conteúdo gástrico:

- Refluxo esofágico severo; Hérnia de hiato; Megaesôfago; Acalásia; Estenose pilórica;
- Obstrução esofágica e/ou intestinal;
- Gravidez;
- Cirurgia esofagiana prévia ou cirurgia gastrointestinal prévia com comprometimento do esvaziamento gástrico;
- Alimentação enteral ou parenteral;
- Insuficiências renal e hepática;
- Diabetes melito tipo 1 com incapacidade de produzir insulina endógena;
- Diabetes melito tipo 2 descompensado ou com gastroparesia;
- Pacientes obesos (IMC > 30 kg/m²);
- Etilismo e/ou drogadição;
- Cirurgias de emergência;

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

5.1 Área Médica

5.1.1 Anestesiologista

A indicação da abreviação de jejum dos pacientes será realizada pelo médico Anestesiologista e registrada na Ficha de Avaliação Pré-Anestésica (APA), para consulta do médico prescritor.

5.1.1.1 Na avaliação Pré-Anestésica (APA) em consultório

Após a APA, o Anestesiologista deverá registrar, no final da ficha, a orientação do tempo de jejum do paciente que poderá ser:

- Pacientes não elegíveis: Jejum convencional após a meia noite.
- Pacientes elegíveis: Jejum abreviado para a manhã OU jejum abreviado para tarde.

Orientar o paciente sobre o jejum.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	POP.XXX.XXX/XX - Página 6 de 14	
Título do Documento	ABREVIÇÃO DE JEJUM E REALIMENTAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES DA PROCTOLOGIA	Emissão: XX	Próxima revisão: XXXXXXXXXXXX
		Versão: XX	

5.1.1.2 Na Avaliação Pré-Anestésica em paciente internado

Após a APA no leito, o Anestesiologista deverá registrar, no final da ficha, a orientação de tempo de jejum do paciente e checar a prescrição vigente, conforme abaixo:

- Pacientes não elegíveis: Jejum convencional após a meia noite.
- Pacientes elegíveis: Jejum abreviado para a manhã OU jejum abreviado para tarde.

Orientar o paciente sobre o jejum.

5.1.2 Médico Cirurgião

5.1.2.1 Jejum pré-operatório

O médico Cirurgião deverá seguir as orientações do tempo de jejum feitas pelo Anestesiologista contidas na Ficha de Avaliação Pré-Anestésica. Caso a APA ainda não tenha sido realizada, o Anestesiologista poderá alterar a prescrição de dieta do paciente conforme avaliação a posteriori. A prescrição deverá seguir o seguinte modelo:

- Pacientes não elegíveis: Jejum convencional após a meia noite.
- Pacientes elegíveis: Jejum abreviado para a manhã OU jejum abreviado para tarde.

Orientar a paciente sobre o jejum.

5.1.2.2 Realimentação pós-cirúrgica

Prescrever a liberação de dieta no AGHU após o término da cirurgia, indicando o tipo de dieta (na parte que refere-se à “Dieta”) e o horário a partir do qual a ingestão está liberada (na parte que refere-se à “Observação”), conforme avaliação médica.

EXEMPLO: Dieta: Líquida Restrita

Observação: dieta liberada a partir de 15h OU dieta liberada após recuperação anestésica

Tipo do Documento	PROTOCOLO	POP.XXX.XXX/XX - Página 7 de 14	
Título do Documento	ABREVIÇÃO DE JEJUM E REALIMENTAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES DA PROCTOLOGIA	Emissão: XX	Próxima revisão: XXXXXXXXXXXX
		Versão: XX	

5.2 Área de Nutrição

5.2.1 Nutricionista Clínica

- Verificar a prescrição médica no prontuário eletrônico do paciente.
- Comunicar ao paciente e/ou acompanhante sobre o jejum.
- Verificar se o jejum abreviado ou convencional está assinalado na folha de cabeceira do paciente;
- Considerando que o mapa de dietas é válido das 12h de um dia até 12 horas do dia seguinte, atualizar de acordo com a prescrição médica para cirurgias do dia seguinte, os mapas de dietas da Clínica e da Copa, observando o tipo de jejum solicitado para pacientes pré-cirúrgicos.
 - Para o jejum convencional, manter a dieta no mapa e descrição em Observação 2: “NVO após 00h”; Na manhã do dia da cirurgia, manter o mapa com “NVO”.
 - Para jejum abreviado para manhã, manter dieta no mapa, colocando ceia hiperproteica e na Observação 2: “Jejum abreviado para manhã”. Na manhã do dia da cirurgia, manter o mapa de dietas com “NVO”.
 - Para jejum abreviado para tarde, manter dieta no mapa, colocando ceia hiperproteica, na Observação 2: “Jejum abreviado para tarde”, no desjejum escrever “SERVIR 6:45”. Na manhã do dia da cirurgia, após o café da manhã das 6h45, manter o mapa de dietas com “NVO”.
- Prescrever no Sistema CórteX e gerar etiquetas para o Lactário com o nome dos pacientes e os devidos horários de recebimento dos sucos (4h45 para abreviação de jejum para manhã e 10h45 para tarde).

5.2.2 Área de Produção de Refeições

5.2.2.1 Produção/Copa

- Entregar a ceia hiperproteica na noite anterior à cirurgia para as pacientes de jejum abreviado para a manhã e para os pacientes do jejum abreviado para a tarde.
- Entregar o café da manhã para os pacientes eletivos da abreviação do jejum para a tarde, conforme mapa, às 6h45.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	POP.XXX.XXX/XX - Página 8 de 14	
Título do Documento	ABREVIÇÃO DE JEJUM E REALIMENTAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES DA PROCTOLOGIA	Emissão: XX	Próxima revisão: XXXXXXXXXX
		Versão: XX	

5.2.2.2 Lactário

Realizar a preparação do SUCO ACERTO ou do SUCO PÓS de abreviação de jejum conforme abaixo, de acordo com horários do mapa, realizando a entrega diretamente ao paciente. Observar ANEXO A.

Receita do SUCO ACERTO
200 mL de suco de caixinha claro, pronto e diluído 50% ou água de coco
25g de maltodextrina (2 medidas do medidor estabelecido)
Misturar de modo a ficar homogêneo.
Acondicionar em copo com tampa devidamente etiquetado.
Receita do SUCO PÓS
200 mL de suco de caixinha claro, pronto e diluído 50% ou água de coco
25g de maltodextrina (2 medidas do medidor estabelecido)
10g de módulo proteico (2 medidas do medidor estabelecido)
Misturar de modo a ficar homogêneo.
Acondicionar em copo com tampa devidamente etiquetado.

Quadro 1 – Receita do Suco ACERTO e Suco PÓS
Fonte: Elaborado pelos autores, 2022

5.3 Área de Enfermagem das Clínicas Cirúrgicas

5.3.1 Enfermeiro (a)

- Verificar a prescrição médica no prontuário eletrônico do paciente;
- Comunicar ao paciente e/ou acompanhante sobre o jejum abreviado;
- Se a cirurgia for pela manhã, orientar alimentação até no máximo 5h;
- Se a cirurgia for à tarde, verificar alimentação até no máximo 11h;
- Comunicar à nutricionista ou à Nutrição Clínica (ramal 9879), quando houver adiamento de cirurgia da manhã para tarde, para que assim o paciente receba até às 11h, nova bebida para abreviação do jejum;

5.3.2 Técnico (a) de enfermagem das clínicas cirúrgicas

Tipo do Documento	PROTOCOLO	POP.XXX.XXX/XX - Página 9 de 14	
Título do Documento	ABREVIÇÃO DE JEJUM E REALIMENTAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES DA PROCTOLOGIA	Emissão: XX	Próxima revisão: XXXXXXXXXXXX
		Versão: XX	

- Verificar a prescrição médica impressa;
- Comunicar ao paciente sobre o jejum abreviado;

Observação: caso o paciente não faça a ingestão do líquido para abreviação do jejum, pré ou pós-cirúrgico, até horário determinado na etiqueta, a bebida deverá ser descartada.

5.4 Área de Enfermagem do Cento Cirúrgico

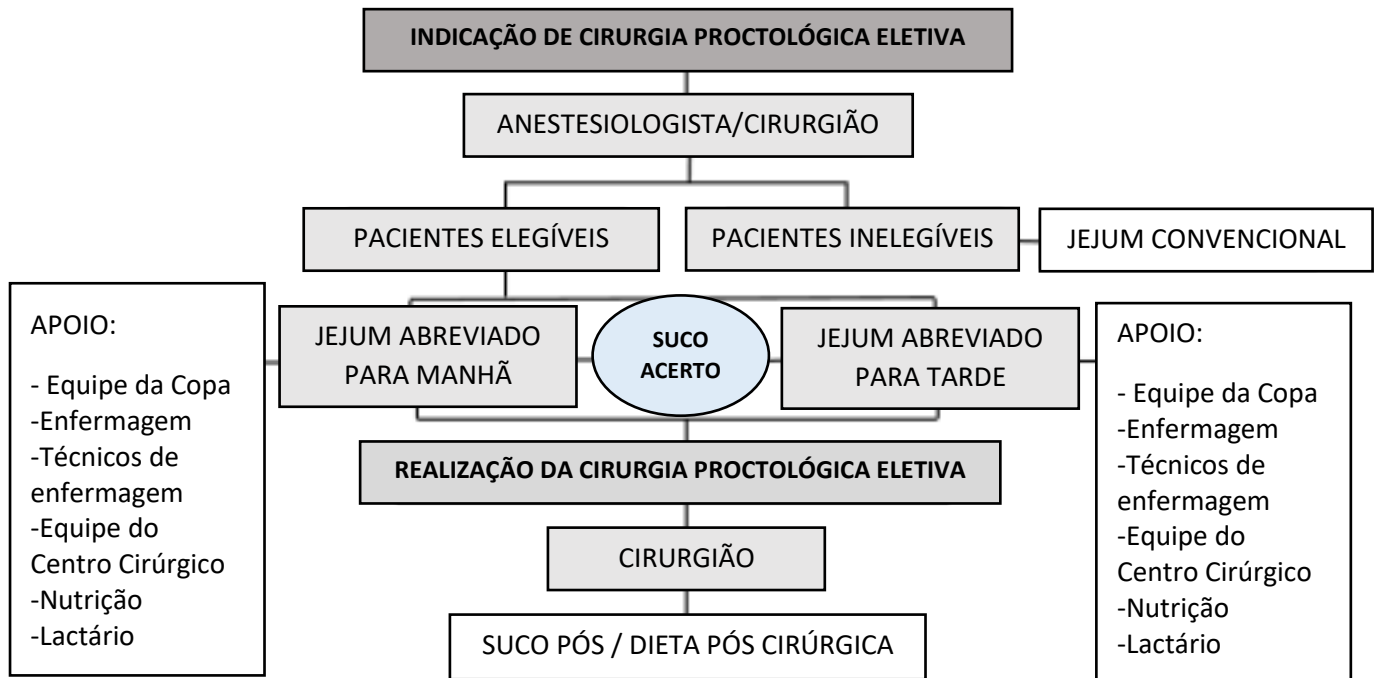
5.4.1 Enfermeiro (a) ou técnico (a) de enfermagem

Comunicar à Enfermagem da Clínica Cirúrgica em que o paciente da proctologia estiver internado, quando houver adiamento de cirurgia da manhã para tarde, para que assim o paciente receba até às 11h, nova bebida para abreviação do jejum. A enfermagem da clínica avisará à nutricionista ou à Nutrição Clínica (ramal 9879).

Verificar o jejum abreviado de acordo com a prescrição do anestesiológico e/ou médico cirurgião.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	POP.XXX.XXX/XX - Página 10 de 14	
Título do Documento	ABREVIÇÃO DE JEJUM E REALIMENTAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES DA PROCTOLOGIA	Emissão: XX	Próxima revisão: XXXXXXXXXXXX
		Versão: XX	

6. FLUXOGRAMA



Tipo do Documento	PROTOCOLO	POP.XXX.XXX/XX - Página 11 de 14	
Título do Documento	ABREVIÇÃO DE JEJUM E REALIMENTAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES DA PROCTOLOGIA	Emissão: XX	Próxima revisão: XXXXXXXXXXXX
		Versão: XX	

REFERÊNCIAS

AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. et al. Acerto pós-operatório: avaliação dos resultados da implantação de um protocolo multidisciplinar de cuidados perioperatórios em cirurgia geral. *Rev Col Bras Cir*, v.33, n.3, 2006.

AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. et al. Actual preoperative fasting time in Brazilian hospitals: the BIGFAST multicenter study. *The Clin Risk Manag*. v. 14, n. 10, p. 107-112, 2014.

AGUILAR-NASCIMENTO J. E. et al. Diretriz ACERTO de intervenções nutricionais no perioperatório em cirurgia geral eletiva. *Rev Col Cir*, v. 44, n. 6, p. 633-648, 2017.

AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. et al. ACERTO Project - 15 years changing perioperative care in Brazil. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 48, 2021.

AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. et al. *Acerto: acelerando a recuperação total pós-operatória*. Rio de Janeiro: Rubio, 2020.

ARAUJO, B. L.; TRINDADE, C. C. S.; ALMEIDA, S. G. Efeitos da abreviação do jejum por meio de solução oral enriquecida com carboidrato (cho) em procedimentos hospitalares. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 1, 2021.

BERNARDINO, D. N., et al. Abreviação do jejum pré-operatório em pacientes submetidos a cirurgia oncológica em um hospital universitário. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v.4, n.5, 2021.

CAMPOS, S. B. G. et al. Pre-operative fasting: why abbreviate? *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, v. 31, n. 2, 2018.

FRANCISCO, S. C.; BATISTA, S. T.; PENA, G. G. Jejum em pacientes cirúrgicos eletivos: comparação entre o tempo prescrito, praticado e o indicado em protocolos de cuidados perioperatórios. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, v. 28, n. 4, p. 250-254, 2015.

GREGO, M. et al. Enhanced recovery program in colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World J Surg.*, v. 38, n. 6, 2014.

GREER, N. et al. Programas de recuperação aprimorada após a cirurgia (ERAS) para pacientes submetidos à cirurgia colorretal. *Department of Veterans Affairs (US)*. Washington (DC). 2017.

GUSTAFSSON, U. O. et al. Adherence to the enhanced recovery after surgery protocol and outcomes after colorectal cancer surgery. *Arch Surg*, v. 146, n. 5, 2011.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	POP.XXX.XXX/XX - Página 12 de 14	
Título do Documento	ABREVIÇÃO DE JEJUM E REALIMENTAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES DA PROCTOLOGIA	Emissão: XX	Próxima revisão: XXXXXXXXXXXX
		Versão: XX	

PORTILHO, A. S. et al. Correlação entre aderência ao protocolo eras e desfechos clínicos em pacientes submetidos a cirurgia colorretal oncológica. *Journal of Coloproctology*, v. 39, Issue S1, nov. 2019.

PROCHNOW, Diesica Nalena. Aplicação de protocolo multimodal de recuperação pós-operatória em cirurgias colorretais. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência em Proctologia). Hospital do Servidor Público Municipal. São Paulo. 24f. 2019.

RIPOLLÉS-MELCHOR, J.; CALVO-VECINO, J. M. Enhanced recovery after surgery protocol versus conventional perioperative care in colorectal surgery: a single center cohort study. *Rev. Bras. Anesthesiol*, v. 68, n. 4, 2018.

TEVIS, S. E.; KENNEDY, G. D. Postoperative complications: looking forward to a safer future. *Clin Colon Rectal Surg.*, v. 29, n. 3, 2016.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	POP.XXX.XXX/XX - Página 13 de 14	
Título do Documento	ABREVIÇÃO DE JEJUM E REALIMENTAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES DA PROCTOLOGIA	Emissão: XX	Próxima revisão: XXXXXXXXXXXX
		Versão: XX	

ANEXO A – HORÁRIO DE DISTRIBUIÇÃO, RESPONSÁVEL E CONFIGURAÇÃO DAS REFEIÇÕES

ABREVIÇÃO DO JEJUM PARA CIRURGIA DA MANHÃ

Horário	Refeição
Distribuição (20h do dia anterior) na ceia pela copeira	Entregar para paciente: ceia hiperproteica, conforme mapa
Distribuição às 4h45 pela lactarista	Suco Acerto (200 mL), conforme etiqueta
NVO após essa refeição	

ABREVIÇÃO DO JEJUM PARA CIRURGIA DA TARDE

Horário	Refeição
Distribuição (20h do dia anterior) na ceia pela copeira	Entregar para paciente: ceia hiperproteica, conforme mapa
Distribuição às 6h45 pela copeira	Refeição de Café da manhã conforme mapa
Distribuição às 10h45 pela lactarista	Suco Acerto (200 mL), conforme etiqueta
NVO após essa refeição	

Tipo do Documento	PROTOCOLO	POP.XXX.XXX/XX - Página 14 de 14	
Título do Documento	ABREVIÇÃO DE JEJUM E REALIMENTAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES DA PROCTOLOGIA	Emissão: XX	Próxima revisão: XXXXXXXXXXXX
		Versão: XX	

SUCO PÓS DE ABREVIÇÃO DO JEJUM PÓS CIRÚRGICO

Horário	Refeição
Distribuição pelo lactarista, quando solicitado pelo (a) nutricionista	Suco PÓS (200 mL)