



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA - CREMEB
RUA GUADALAJARA, Nº 175 - MORRO DO GATO - ONDINA
TEL.: 245-5200 - FAX: 245-5751
CEP.: 40140-460 - SALVADOR - BA

PARECER CREMEB Nº 13/05
(Aprovado em Sessão Plenária de 18/02/2005)

Expediente-Consulta nº 103.156/04

Assunto: Jejum em pacientes a serem submetidos à anestesia para tratamento cirúrgico de fraturas expostas.

Relator: Cons. Silvio Porto de Oliveira

Ementa:

“Considerando a importância da brevidade para início do tratamento cirúrgico de fraturas expostas, determinante do prognóstico para recuperação funcional, e as implicações éticas inerentes ao assunto, não deve ser aguardado jejum pré-operatório, especialmente em situações em que haja sofrimento de estruturas nervosas ou vasculares, ou que exista sangramento importante”.

Foi solicitado por diretor médico de um hospital da Bahia, parecer consulta sobre a seguinte questão: Jejum de Ortopedia.

Considerando que a fratura exposta é um procedimento de urgência/emergência; considerando que muitas vezes existe a necessidade de reposição volemica por perda sanguínea; considerando que o prognóstico do tratamento depende de sua brevidade; considerando que grande parte dessas fraturas se dão em membros inferiores, pergunta: Qual a necessidade de jejum nestes pacientes para submeter-se a anestesia?

O parecer da Câmara Técnica de Anestesiologia esclarece que o objetivo do jejum pré-operatório é reduzir o volume e a acidez do conteúdo gástrico durante a cirurgia, diminuindo o risco e grau de regurgitação, e prevenindo dessa forma a possibilidade de aspiração pulmonar e suas conseqüências. Tal complicação é uma das principais causas de morbidade e mortalidade relacionadas à anestesia, justificando-se a sua prevenção.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA - CREMEB
RUA GUADALAJARA, Nº 175 - MORRO DO GATO - ONDINA
TEL.: 245-5200 - FAX: 245-5751
CEP.: 40140-460 - SALVADOR - BA

A Sociedade Americana de Anestesiologia desenvolveu um guia pratico para o jejum pré-operatório e para uso de drogas envolvidas na diminuição do volume e da acidez do conteúdo gástrico.

As recomendações estão resumidas a seguir, e aplica-se a qualquer que seja o tipo de anestesia empregada:

Líquidos sem resíduos: jejum de 02hs para todas as idades;

Leite materno: jejum de 04hs para recém-nascidos e lactentes;

Dieta leve e leite não materno: jejum de 06hs para crianças e adultos;

Formula infantil: jejum de 06h para recém-nascidos e lactentes;

Sólidos: jejum de 08hs para crianças e adultos.

Revisão recente de literatura (citadas nas referências bibliográficas no parecer da Câmara Técnica de Anestesiologia) informa que não se pode estabelecer com precisão o tempo de esvaziamento gástrico, principalmente para sólidos, nem predizer com certeza o volume do seu conteúdo. Isso é de particular importância nos pacientes vitimas de trauma, que apresentam redução do esvaziamento gástrico, em razão da resposta ao estresse. Neste caso o tempo desde a ultima refeição até a ocorrência do trauma deve ser considerado como ao longo do qual ocorreu o esvaziamento gástrico. A partir do trauma o esvaziamento é lento e difícil de predizer. As recomendações de jejum pré-operatório devem ser adotadas, modificadas ou reavaliadas em função das necessidades clinicas individuais, e estão sujeitas as revisões periódicas de acordo com a evolução do conhecimento sobre o assunto. Os riscos e os benefícios devem ser considerados nos casos de emergência.

O prognostico das fraturas expostas é determinado primariamente pelo grau de lesão causado pela injuria e pelo nível de contaminação bacteriana. Estes dois fatores são tão importantes para o resultado, quanto a própria configuração da lesão. Portanto, um dos principais objetivos do tratamento de fraturas abertas deve ser evitar a infecção, sendo esta um dos determinantes de mal consolidação e recuperação funcional. Daí a indicação de abordagem cirúrgica de urgência nesses casos para limpeza, debridamento, redução e reparo da fratura. Situações em que há comprometimento vascular ou de estruturas nervosas, ou que existe perda sanguínea significativa são ainda mais graves e requerem intervenção cirúrgica em condição de emergência.

As mesmas diretrizes da Sociedade Americana de Anestesiologia, recomendam que no caso de risco aumentado de regurgitação e aspiração, como na situação em questão (pacientes vitimas de trauma, com estomago cheio, em procedimentos de emergência), possam ser empregadas medicações para



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA - CREMEB
RUA GUADALAJARA, Nº 175 - MORRO DO GATO - ONDINA
TEL.: 245-5200 - FAX: 245-5751
CEP.: 40140-460 - SALVADOR - BA

reduzir volume gástrico (metoclopramida), reduzir a secreção gástrica ácida (antagonistas H₂ e inibidores da bomba de prótons), aumentar o pH gástrico (antiácidos não particulados). Tais medidas farmacológicas não têm impacto na redução da morbidade/mortalidade no caso da aspiração vir ocorrer.

Na conclusão, a Câmara Técnica de Anestesiologia, estabelece:

- 1- Considerando que o tempo para o início do tratamento da fratura exposta tem impacto na possibilidade de infecção e esta é determinante do prognóstico;
- 2- Considerando que a vítima de trauma tem seu tempo de esvaziamento gástrico aumentado, de forma individual e pouco previsível;
- 3- Considerando que as orientações encontradas na literatura quanto ao jejum pré-operatório dizem respeito a procedimentos eletivos em pacientes sem predisposição para aspiração;
- 4- Considerando que medidas farmacológicas podem ser empregadas visando a reduzir o volume do conteúdo gástrico e sua acidez;

Conclui que não deve ser aguardado jejum pré-operatório para tratamento de fraturas expostas, especialmente em situações em que haja sofrimento de estruturas nervosas ou vasculares, ou que exista sangramento importante.

Concordo plenamente com as considerações da Câmara Técnica de Anestesiologia do CREMEB, sobre o questionamento da necessidade de jejum pré-operatório em pacientes submetidos a anestesia para tratamento cirúrgico de fraturas expostas, que pode prevenir conflitos éticos importantes pelos profissionais médicos em Serviços de Urgência e Emergência.

É o Parecer, SMJ.

Salvador, 20 de dezembro de 2004.

Cons. Sívio Porto de Oliveira
Relator