



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



ARTIGO CIENTÍFICO

A diminuição do tempo de jejum melhora o conforto e satisfação com anestesia em pacientes idosos com fratura de quadril



Luiz Eduardo Imbelloni^{a,*}, Illova Anaya Nasiane Pombo^b
e Geraldo Borges de Moraes Filho^b

^a Departamento de Anestesiologia da Faculdade de Medicina Nova Esperança, Anestesiologista do Complexo Hospitalar Mangabeira, João Pessoa, PB, Brasil

^b Complexo Hospitalar Mangabeira Gov. Tarcisio Burity, João Pessoa, PB, Brasil

Recebido em 25 de agosto de 2013; aceito em 16 de outubro de 2013

Disponível na Internet em 26 de setembro de 2014

PALAVRAS-CHAVE

Raqui anestesia;
Jejum;
Satisfação

Resumo

Justificativa e objetivos: A satisfação do paciente é indicador padrão da qualidade da assistência prestada. O objetivo deste estudo foi avaliar se a ingestão de 200 mL oral pré-operatória de uma bebida de carboidratos pode melhorar o conforto e a satisfação com a anestesia no paciente idoso com fratura de quadril.

Método: Ensaio clínico prospectivo e randomizado realizado em hospital público de saúde brasileiro, pacientes estado físico ASA I-III submetidos à cirurgia de fratura de quadril. O grupo controle (NPO) não recebeu nada pela boca, após as 21 horas da noite anterior, enquanto que os pacientes no grupo experimental (CHO) recebeu 200 mL de uma bebida de carboidratos de 2 a 4 horas antes da operação. Características dos pacientes, percepções subjetivas, presença de sede e fome e satisfação dos pacientes foi apurado em quatro etapas. Teste de Mann-Whitney U-test e exato de Fisher foram utilizados entre o grupo controle e o grupo experimental. Valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo.

Resultados: Um total de 100 pacientes foram incluídos em um dos dois regimes de jejum pré-operatório. Tempo de jejum diminuiu significativamente no grupo de estudo. Pacientes beberam 200 mL 2:59 h antes da cirurgia e não apresentaram fome ($p < 0,00$) e sede na chegada à SO ($p < 0,00$), resultando em aumento da satisfação com o cuidado perioperatório anestesia ($p < 0,00$).

Conclusões: O questionário de satisfação do paciente cirúrgico poderia tornar-se um instrumento útil na avaliação da qualidade de atendimento. Em conclusão, CHO reduz significativamente o desconforto pré-operatório e satisfação com os cuidados da anestesia.

© 2014 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

* Autor para correspondência.

E-mail: dr.imbelloni@terra.com.br (L.E. Imbelloni).

KEYWORDS

Spinal anesthesia;
Fasting;
Satisfaction

Reduced fasting time improves comfort and satisfaction of elderly patients undergoing anesthesia for hip fracture

Abstract

Background and objectives: Patient's satisfaction is a standard indicator of care quality. The aim of this study was to evaluate whether a preoperative oral ingestion of 200 mL of a carbohydrate drink can improve comfort and satisfaction with anesthesia in elderly patients with hip fracture.

Method: Prospective randomized clinical trial conducted in a Brazilian public hospital, with patients ASA I-III undergoing surgery for hip fracture. The control group (NPO) received nothing by mouth after 9:00 p.m. the night before, while patients in the experimental group (CHO) received 200 mL of a carbohydrate drink 2-4 hours before the operation. Patients' characteristics, subjective perceptions, thirst and hunger and satisfaction were determined in four steps. Mann-Whitney U-test and Fisher exact test were used for comparison of control and experimental groups. A *p*-value <0.05 was considered significant.

Results: A total of 100 patients were included in one of two regimens of preoperative fasting. Fasting time decreased significantly in the study group. Patients drank 200 mL 2:59 h before surgery and showed no hunger (*p* <0.00) and thirsty on arrival to OR (*p* <0.00), resulting in increased satisfaction with the perioperative anesthesia care (*p* <0.00).

Conclusions: The satisfaction questionnaire for surgical patient could become a useful tool in assessing the quality of care. In conclusion, CHO significantly reduces preoperative discomfort and increases satisfaction with anesthesia care.

© 2014 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

Há um crescente aumento sobre o estudo da satisfação do paciente. A satisfação é o julgamento da qualidade do atendimento ao paciente, sendo um dos principais objetivos durante estada em qualquer hospital.¹ É também um fator contribuinte para o resultado, pois pacientes satisfeitos são mais susceptíveis de cooperar com o tratamento proposto.² O conforto e a satisfação representam critérios de impacto econômico relevante durante tratamento.^{1,2}

A satisfação do paciente é uma medida amplamente utilizada da qualidade dos cuidados de saúde, e tem sido associada a outras medidas de resultados e intenções comportamentais do paciente. Em geral, a satisfação parece ser maior em pacientes mais velhos¹ e em pacientes com melhor visão global de saúde.³ A mensuração e a compreensão da satisfação com o tratamento deve estar presente também nos pacientes idosos.

A prática padrão de *nada pela boca* tem sido aplicada há décadas em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos. No entanto, dados recentes indicam que um regime liberal de jejum, não aumenta o risco para esses pacientes.^{4,5} Bebida rica em carboidratos (CHO) reduz significativamente o desconforto pré-operatório, sem afetar o conteúdo gástrico.⁶ A diminuição do tempo de jejum cursou com menor incidência de náuseas e vômitos, em pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica.⁷ A avaliação da satisfação do paciente tem sido utilizada como uma medida do resultado em estudos de clínica geral,⁸ no cumprimento da realização das consultas⁹ e do volume de trabalho.¹⁰ No entanto, pouco se sabe sobre o benefício, especialmente sobre a satisfação, com os cuidados de

anestesia para pacientes que foram prescritos com uma bebida no período pré-operatório e pós-operatório.

A ansiedade é um estado de perigo iminente que envolve muita tensão e sofrimento. Isso pode causar aceleração dos batimentos cardíacos, aumento da pressão arterial, sudorese, tremores, respiração intensa, bem como a tensão muscular.¹¹ Ela pode ser influenciada por fatores interno (pessoal) e fatores externos (ambiente). O próprio processo de hospitalização, pode trazer ansiedade ao paciente. A depressão é também uma possível reação em pacientes hospitalizados. Ela está intimamente relacionada com o estresse e ansiedade antes da cirurgia.¹² Devido a estas razões, é importante minimizar os elementos que podem provocar a ansiedade, a fim de evitar consequências físicas e psicológica para a saúde.

O estado nutricional aumenta o risco de complicações pós-operatórias e mortalidade em pacientes com fratura de quadril.¹³ No Brasil, o estudo IBRANUTRI identificou que desnutrição estava presente em 48,1% dos pacientes e a desnutrição grave em 12,5% dos pacientes, entre os pacientes, hospitalizados pelo sistema público de saúde brasileiro (SUS).¹⁴

A satisfação do paciente é cada vez mais o foco de pesquisa e avaliação de tratamentos médicos, serviços e intervenções. Os idosos são o segmento de mais rápido crescimento da população e são responsáveis por uma grande parcela do uso de serviços de saúde. O objetivo deste ensaio clínico prospectivo e aleatório foi investigar, como parte da implementação do protocolo ACERTORPE, se a ingestão de uma bebida rica em carboidratos antes da operação poderia melhorar o conforto no pós-operatório e satisfação com a anestesia em pacientes idosos com fratura de quadril.

Método

O protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, e registrado na Plataforma Brasil. Os objetivos e os procedimentos do estudo foram explicados em detalhes a cada paciente e seus familiares, na visita pré-anestésica e todos os pacientes forneceram consentimento informado por escrito. Este é um estudo de caso-controle. O nível de significância utilizado foi de 5% e poder de 80%. O hospital realiza cerca de 700 cirurgias por mês, 70% são pacientes ortopédicos. Destes 70%, mais de 50% dos pacientes são submetidos a cirurgia ortopédica de grandes porte (fêmur e joelho) por mês, e o cálculo do tamanho da amostra selecionou 47 pacientes em cada grupo. Foram incluídos mais três pacientes para segurança, totalizando uma amostra de 50 pares.

Cem pacientes consecutivos, estado físico ASA I-III, com fratura de quadril e com idade superior a 60 anos de ambos os sexos, programados para a cirurgia de reparação foram incluídos neste estudo. Todos os pacientes foram hospitalizados no SUS e receberam raqui-anestesia.

Para avaliar o estado nutricional dos idosos foi utilizada a classificação Lipschitz.¹³ Os critérios de inclusão no estudo foram: volume de sangue normal, sem doença neurológica pré-existente, sem alterações da coagulação, sem infecção no local da punção lombar, que não apresentassem agitação e/ou delírio, não fizessem uso de cateter vesical de demora, com nível de hemoglobina > 10 g % e não fossem admitidos na UTI.

Antes da indução da raqui-anestesia, o paciente foi monitorizado de rotina (eletrocardiograma, oxímetro de pulso, e medição de pressão arterial não invasiva) e puncionado veia de antebraço com cateter venoso 18G. Nenhum líquido adicional foi administrado por via venosa antes da operação em cada grupo. A reposição volêmica no perioperatório foi de 4 mL/kg de cristalóides e 500 mL de 6% de hidroxietilamido 130/0,4 em 0,9% de cloreto de sódio (Voluven®), nos dois grupos. Hipotensão (diminuição da pressão PAS < 30%) foi tratada com etilefrina venosa (2 mg) e bradicardia (FC < 50 batimentos por minuto), foi tratada com atropina (0,50 mg).

Após sedação com cetamina (0,1 mg.kg⁻¹) e midazolam (0,5 a 1 mg) por via venosa e limpeza da pele com clorexidina e remoção do excesso, foi realizada punção espinal com o paciente na posição de sentado, pela linha mediana no espaços L₂-L₃ utilizando 27 G agulha Quincke. Após o aparecimento de líquido cefalorraquiano (LCS), 10 mg de bupivacaína a 0,5% foram administradas a uma velocidade de 1 mL.15^{s-1}. Os pacientes foram colocados imediatamente em posição supina para o início da cirurgia.

A analgesia pós-operatória foi realizada através do bloqueio do plexo lombar anterior (inguinal) ou posterior (compartimento do psoas), com agulha de 50 mm (inguinal) ou 100 mm (psoas) (B. Braun) conectados a um estimulador de nervo periférico (Stimuplex®, B. Braun Melsungen AG) preparado para liberar uma onda quadrada pulsátil de 0,5 mA, com uma frequência de 2 Hz, buscando a contração do músculo quadríceps. Obtida a contração desejada, 40 mL de bupivacaína a 0,25% foram injetados.

O grupo controle (NPO) foi tratado com *nil per os* após 21 horas na noite anterior ao procedimento cirúrgico. O grupo experimental (CHO) tomou 200 mL de dextrinomaltose 12,5% de 2 a 4 horas antes da cirurgia. Em todos os

pacientes, 200 mL de dextrinomaltose 12,5% foi oferecido imediatamente após o término do bloqueio motor da raqui-anestesia.

Características dos pacientes e sua avaliação subjetiva de bem-estar foram registrados quatro vezes: a primeira, depois da visita do anestesista, a segunda, antes da cirurgia, a terceira, antes da alta da unidade de recuperação pós-anestésica (SRPA) e o último questionário foi avaliado na manhã do primeiro dia pós-operatório na enfermaria. Todos os pacientes foram solicitados a avaliar os seguintes itens: fome, sede, agitação, náuseas e vômitos pós-operatório, satisfação e analgesia pós-operatória. Todas as percepções foram classificadas como sim ou não.

Análise estatística

Para as análises estatísticas, foram utilizados os testes de Mann-Whitney e o exato de Fisher. Um valor de p < 0,05 foi considerado significativo.

Resultados

Um total de 100 pacientes idosos, estado físico ASA I-III, agendados para cirurgia ortopédica do quadril foram incluídos neste estudo de um único hospital SUS. Os 100 pacientes foram aleatoriamente designados para um dos dois regimes de jejum pré-operatório. Todos os 100 pacientes completaram o ensaio, e todos os questionários foram analisados. Nenhum paciente foi retirado do estudo.

A idade média dos pacientes foi de 78 anos e 70% foram do sexo feminino. Os pacientes do grupo controle (n = 50) e grupos experimentais (n = 50) foram semelhantes em termos de idade, peso, altura, sexo e estado físico (tabela 1).

Na avaliação nutricional 13 pacientes (13,4%) estavam abaixo do peso, peso normal em 63 pacientes (60,9%), sobrepeso em 23 pacientes (24,7%) e obesidade em apenas um paciente (0,9%). Não há nenhuma diferença significativa entre os grupos (tabela 2).

Não há nenhuma diferença significativa entre os grupos em relação a qualquer um dos itens avaliados na visita pré-anestésica (tabela 3).

Tabela 1 Características dos pacientes (mean ± DP)

	NPO	CHO	Valor-p
Idade (anos)	78,16 ± 9,99	78,50 ± 10,50	0,83
Peso (kg)	62,66 ± 12,48	62,26 ± 11,82	0,82
Altura (cm)	159,18 ± 11,18	157,24 ± 8,73	0,35
Genero: F / M	34 / 16	36 / 14	0,83 ^a
ASA: 1 / 2 / 3	2 / 40 / 8	3 / 41 / 6	0,57

^a Teste exato de Fisher.

Tabela 2 Estado nutricional

	NPO	CHO	Valor-p
Abaixo do peso	8	5	0.20
Peso normal	32	31	0.20
Sobrepeso	9	14	0.20
Obesidade	1	0	0.20

Tabela 3 Resultado do questionário na visita pré-anestésica

	NPO Sim/Não	CHO Sim/Não	Valor-p
1. Você ficou satisfeito com a visita do anestesista antes da cirurgia?	50 / 0	50 / 0	^a
2. Foi explicado todo o procedimento anestésico?	50 / 0	50 / 0	^a
3. Foi explicado que você estava participando de um protocolo de estudo?	50 / 0	50 / 0	^a
4. O anestesista falou sobre o jejum pré-operatório?	50 / 0	50 / 0	^a
5. Você acha importante ficar sem beber e comer antes da anestesia?	29 / 21	26 / 24	0,69
6. Você gostaria de beber um líquido antes de ser encaminhado para o CC?	50 / 0	50 / 0	^a
7. Você se importaria de ser acordado para tomar este líquido?	21 / 29	26 / 24	0,69

^a Não avaliado estatisticamente, pois as variáveis são constantes.

Tabela 4 Resultado do questionário na chegada ao Centro Cirúrgico

	NPO Sim/Não	CHO Sim/Não	Valor-p
1. Você está com fome?	35 / 15	0 / 50	0,00
2. Você está com sede?	45 / 5	2 / 48	0,00

Na chegada ao centro cirúrgico, 35 (70%) pacientes estavam com fome e 45 (90%) com sede no grupo controle. No grupo experimental, nenhum paciente queixou-se de fome e apenas dois (10%) relataram sede (**tabela 4**). Houve diferença significativa entre os grupos.

A avaliação dos diversos tempos é mostrada na **tabela 5**. O tempo médio de jejum foi de 13:30 h, no grupo controle, e 2:59 h no grupo experimental, com diferença significativa. Todas as operações foram realizadas sob raquianestesia, com duração média de 1:59 h, sem diferença significativa entre os grupos. A dextrinomaltose foi administrada oralmente na SRPA em média de 1:58 h, não houve diferença significativa entre os grupos. O tempo de permanência na SRPA foi de 2:23 h, praticamente o mesmo entre os grupos. A duração

Tabela 5 Tempo de jejum, duração da cirurgia, tempo de permanência na SRPA, tempo de administração de dextrinomaltose após cirurgia e duração da analgesia (mean ± DP)

	NPO	CHO	Valor-p
Tempo de jejum (h:min)	13:53 ± 2:05	2:59 ± 0:36	0,00
Duração da cirurgia (h:min)	2:00 ± 0:41	1:58 ± 0:32	0,82
Dextrinomaltose na SRPA (h:min)	1:52 ± 0:42	2:03 ± 0:43	0,35
Tempo permanência na SRPA (h:min)	2:18 ± 0:41	2:29 ± 0:43	0,57
Tempo de analgesia (h)	23 ± 3	21 ± 4	0,83

Tabela 6 Resultado do questionário na SRPA

	NPO Sim/Não	CHO Sim/Não	Valor-p
1. Você ficou satisfeito de ter tomado o suco ainda na SRPA?	50 / 0	50 / 0	^a
2. Você ficou enjoado ao tomar o suco?	0 / 50	0 / 50	^a
3. Você vomitou após ter tomado o suco?	0 / 50	0 / 50	^a
4. Você está satisfeito de ir para enfermaria ao invés de ir para UTI?	50 / 0	50 / 0	^a
5. Você está satisfeito de ficar sem hidratação venosa ao sair da SRPA?	50 / 0	50 / 0	^a

^a Sem análise estatística em razão da variável ser constante.

da analgesia foi de 22 h, não havendo diferença significativa entre os grupos. Não ocorreu bradicardia em nenhum paciente de ambos os grupos. Os pacientes que desenvolveram hipotensão (quatro no grupo controle e dois grupos experimental) foi corrigida com apenas uma dose de vasopressor, sem diferença significativa.

O efeito de menos sede e fome no grupo experimental foi detectado antes da cirurgia. Em contraste, não houve diferença entre os dois grupos na SRPA com relação a satisfação de ter tomado a dextrinomaltose, o aparecimento de náuseas e vômitos, a satisfação de não ser transferido para a UTI, e de ficar sem hidratação venosa (**tabela 6**).

Na enfermaria, a avaliação subjetiva de fome, sede, náuseas e vômitos, dor pós-operatória e cateterismo vesical foram semelhantes nos dois grupos (**tabela 7**).

A satisfação com a visita pré-operatória foi comparável entre os grupos. A satisfação com o atendimento anestésico total, avaliada antes da alta hospitalar, foi maior no grupo experimental (90%) em comparação com o grupo controle (40%), com diferença significativa.

Tabela 7 Resultado do questionário na enfermaria

	NPO Sim/Não	CHO Sim/Não	Valor-p
1. Você se alimentou normalmente no final da tarde?	50 / 0	50 / 0	^a
2. Você teve náusea ou vômitos?	3 / 47	2 / 48	1,00
3. Você ficou satisfeito de jantar na enfermaria com os familiares?	50 / 0	50 / 0	^a
4. Você teve dor durante a noite?	7 / 43	4 / 46	0,53
5. Você urinou normalmente?	50 / 0	50 / 0	^a
6. Você ficou satisfeito com todo o tratamento?	20 / 30	48 / 2	0,00

^a Sem análise estatística em razão da variável ser constante.

Discussão

Este estudo confirma claramente que a ingestão oral pré-operatória de 200mL de uma bebida de carboidratos (12,5% dextrinomaltose) diminuiu a fome e a sede no pré-operatório, resultando num maior conforto e satisfação com a anestesia, em pacientes idosos submetidos à correção cirúrgica de fratura de quadril.

Fratura de quadril é uma lesão comum e a principal causa de morte entre os pacientes idosos, com importantes taxas de mortalidade em 30 dias e um ano.¹⁴⁻¹⁶ Estes pacientes constituem uma carga de trabalho importante, não só para os departamentos operacionais e na enfermagem cirúrgica, mas para todo o sistema de saúde. O cuidado perioperatório também está se tornando mais complexo, com uma quantidade crescente de pacientes com uma série de medicamentos específicos para doenças concomitantes. O anestesiológico deve levar isso em conta ao planejar a anestesia e técnicas de analgesia. Todos os pacientes foram operados sob raquianestesia e analgesia foi realizada com um bloqueio do plexo lombar, com uma duração média de 22 horas.

Ao contrário de estudo multicêntrico com pacientes do sistema de saúde brasileiro de saúde pública,¹⁷ a incidência de pacientes bem nutridos neste estudo foi de 60%. A classificação utilizada neste estudo mostrou uma boa correlação com a mortalidade e sendo de fácil aplicação,¹⁸ tendo sido sugerida para pacientes idosos,¹⁹ razão do seu emprego.

O questionário utilizado para a avaliação pré-operatória provou ser igual entre os dois grupos. Lembrando-se do que foi informado no pré-operatório sobre o jejum, muitos pacientes disseram que preferem seguir as ordens do médico para evitar a suspensão de sua cirurgia.

Em 2006, foi demonstrado que o tempo médio de jejum de sólidos e líquidos foi de 16 horas, e é comum que pacientes adultos se apresentem para cirurgia eletiva com esse longo tempo de jejum.²⁰ A duração do jejum no grupo

NPO foi ligeiramente mais curto, cerca de 14 horas em relação a outro trabalho²⁰ e 80% dos pacientes relataram sede ou fome. No entanto, no grupo experimental, o tempo de jejum foi de cerca de 3 horas, com apenas dois relatos de sede, resultando em uma maior satisfação para os pacientes. Em recente revisão sistemática da Cochrane envolvendo 22 estudos, revelou que não havia nenhuma evidência para que um tempo menor de jejum aumentasse o risco de aspiração, regurgitação ou morbidade quando comparado com regime padrão de NPO.²¹ Os resultados deste estudo confirmam que a ingestão de 200 mL de CHO não aumentou a morbidade em comparação com NPO.

Sede e fome são fatores mais importante para o desconforto pré-operatório, seguido de ansiedade.²² Em nosso estudo, a ingestão de 200mL bebida com CHO antes da cirurgia não só reduziu a sede e a fome pré-operatória, como proporcionou maior satisfação aos pacientes. O uso do mesmo volume da mesma bebida na SRPA, não proporcionou o aparecimento de náuseas e vômitos, da mesma forma que aumentou a satisfação em todos os doentes que foram para a enfermagem.

Para este estudo, foi selecionado uma bebida de carboidrato padrão (12,5% dextrinomaltose), para administração de líquido por via oral no pré-operatório, no grupo experimental e em ambos os grupos na SRPA. Este estudo foi realizado em pacientes idosos e com fratura de quadril, pois estes pacientes representam um grupo de pacientes onde o trato gastrointestinal está totalmente livre. Como nenhum paciente teve náuseas e vômitos na SRPA, todos foram alimentados no final da tarde do dia da cirurgia e isto proporcional uma satisfação adicional para os pacientes e familiares. Abreviação do jejum pré-operatório com a administração de CHO na cirurgia de revascularização do miocárdio foi segura, diminuindo tanto o tempo de permanência na UTI como o tempo de internação.²³ Mesmo em pacientes de alto risco ASA III-IV em cirurgia cardíaca eletiva, a ingestão oral pré-operatória de até 400 mL de CHO parece ser segura, proporcionando maior conforto para os pacientes.²⁴

Preparação psicológica dos pacientes submetidos a cirurgia tem mostrado que diminui o tempo de internação hospitalar e reduz a necessidade de analgésicos no pós-operatório.²⁵ Informações fornecidas pelos cirurgiões, anestesistas e enfermeiros sobre o procedimento cirúrgico, assim como a melhor qualidade da analgesia pós-operatória, reduz a ansiedade e melhora a recuperação.^{25,26} Todas as informações fornecidas ao paciente e familiares durante a avaliação pré-anestésica, proporcionou diminuição da ansiedade do paciente e permitiu uma recuperação mais rápida, com condições de alta no primeiro dia após a cirurgia.

A sede é um desconforto real e causa grande sofrimento ao paciente.²⁷ Vários estudos têm mostrado que a sede é intensa e resulta no aumento da ansiedade, desidratação, irritabilidade, fraqueza e desespero.²⁸ Neste estudo, houve uma alta incidência de sede do grupo NPO contra nenhum paciente no grupo experimental.

A reposição apropriada de líquidos é obviamente importante quando a ingestão normal é proibida, tendo um papel importante na otimização peroperatória da função cardiovascular. Em ambos os grupos, os pacientes receberam hidratação peroperatória com cristalóide e colóide, resultando em uma baixa incidência de hipotensão arterial.

A satisfação é definida como uma agradável sensação provocada pela realização da expectativa.²⁹ A satisfação é o resultado de processos psicológicos, que envolve a comparação do desempenho percebido de um determinado tratamento para as expectativas iniciais do paciente.^{29,30} O principal objetivo deste estudo foi elaborar um questionário para avaliar a satisfação com a preferência para o jejum pré-operatório em pacientes idosos de cirurgia ortopédica. A grande maioria dos pacientes entrevistados afirmaram que vale a pena beber um líquido em razão da remissão de sede e fome.

Tradicionalmente, foram desenvolvidas duas medidas direta e indireta para avaliar os cuidados de saúde, do ponto de vista dos profissionais de saúde. A satisfação do paciente é uma das medidas mais utilizadas, como se mostra no aumento do número de ferramentas criadas para avaliar a satisfação nos últimos anos. Alguns autores vão mais longe ao considerar a satisfação do paciente como um dos resultados primários de cuidados de saúde.³¹ Questionários de satisfação de pacientes devem cumprir, entre outras exigências, algumas propriedades psicométricas, principalmente se o objetivo é generalizar a informação para a população-alvo.³² O estudo envolveu a aplicação de questionário em quatro etapas em pacientes com mais de 60 anos, o que mostra que a satisfação aumentou com a diminuição do tempo de jejum.

Num estudo de pacientes submetidos a cirurgia ginecológica laparoscópica, foi demonstrado que a ingestão oral de CHO duas horas antes do procedimento cirúrgico diminuiu a sede antes e após a operação, e que não havia nenhuma diferença em termos de fome.³³ Em nosso estudo, o uso de 200 mL de CHO diminuiu tanto a fome como a sede, em comparação com o grupo de pacientes NPO.

O papel do anestesista tem evoluído bastante, pois além de preocupado em proporcionar condições cirúrgicas ideais, querem minimizar a dor imediatamente após a operação. Os bloqueios de nervos periféricos melhoraram a analgesia pós-operatória e reduzem os efeitos colaterais de opióides,³⁴ facilitando assim o processo de rápida recuperação. A duração média da analgesia foi de 22 horas, semelhante à de outros trabalhos com o mesmo tipo de cirurgia.³⁴ Na dose utilizada, todos os pacientes tiveram analgesia residual no dia seguinte, sem qualquer grau de bloqueio motor.

O questionário de satisfação do paciente cirúrgico poderia tornar-se um instrumento útil na avaliação da qualidade de atendimento. Em geral, a satisfação parece ser maior em pacientes mais velhos.¹ Para os pacientes idosos do hospital, um regime limitado líquido oral de 2-4 horas antes de uma operação, pode ser facilmente implementado. É apenas uma questão de organização e administração. No entanto, em primeiro lugar, os anesthesiologistas devem garantir a segurança e o conforto dos pacientes. Neste sentido, os dados deste estudo mostram claramente que em idosos internados, o uso liberal de CHO é uma maneira fácil e prática para aumentar o conforto do paciente e satisfação com os cuidados de anestesia.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Linn MW, Linn BS, Stein SR. Satisfaction with ambulatory care and compliance in older patients. *Med Care*. 1982;20:606–14.
2. Kinsey J, Bradshaw P, Ley P. Patient's satisfaction and reported acceptance of advice in general practice. *J R Coll Gen Pract*. 1975;25:558–66.
3. Young GJ, Meterko M, Desal KR. Patient satisfaction with hospital care. *Med Care*. 2000;38:325–34.
4. Lewis SJ, Egger M, Sylvester PA, et al. Early enteral feeding versus «nil by mouth» after gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *Br Med J*. 2001;323:1–5.
5. Oliveira KGB, Balsan M, Oliveira SS, et al. Does abbreviation of preoperative fasting to two hours with carbohydrates increase the anesthetic risk? *Rev Bras Anesthesiol*. 2009;59:577–84.
6. Hausel J, Nygren J, Lagerkranser M, et al. A carbohydrate-rich drink reduces preoperative discomfort in elective surgery patients. *Anesth Analg*. 2001;93:1344–50.
7. Hausel J, Nygren J, Thorell A, et al. Randomized clinical trial of the effects of oral preoperative carbohydrates on postoperative nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg*. 2005;92:415–21.
8. Bollam MJ, McCarthy M, Modell M. Patient's assessment of out of hours care in general practice. *Br Med J*. 1988;296:829–32.
9. Morrell DC, Evan ME, Morris RW, et al. The five minute consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. *Br Med J*. 1986;292:870–3.
10. Kaim-Caudle PR, Marsh GN. Patient satisfaction survey in general practice. *Br Med J*. 1975;1:262–4.
11. Davidoff LL. *Introdução à Psicologia*. Makron Books. 2001:559.
12. Angerami-Camon VA, Trucharte FAR, Knijnik RB, et al. *Psicologia Hospitalar – Teoria e Prática*. Cengage Learning. 2010;27:34.
13. Koval KJ, Maurer SG, Su ET, et al. The effects of nutritional status on outcome after hip fracture. *J Orthop Trauma*. 1999;13:164–9.
14. Goldacre MJ, Roberts SE, Yeates D. Mortality after admission to hospital with fractured neck of femur: database study. *Br Med J*. 2002;325:868–9.
15. Parker M, Johansen A. Hip fracture. *Br Med J*. 2006;333:27–30.
16. Morrison RS, Chassin MR, Siu AL. The medical consultant's role in caring for patients with hip fracture. *Ann Intern Med*. 1998;128:1010–20.
17. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MITD. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*. 2001;17:573–80.
18. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care*. 1994;21:55–67.
19. Cervi A, Franceschini SCC, Priore SE. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Rev Nutr Campinas*. 2005;18:765–75.
20. Aguilar-Nascimento JE, Salomão AB, Caporossi C, et al. Acerto pós-operatório: avaliação dos resultados da implantação de um protocolo multidisciplinar de cuidados peri-operatórios em cirurgia geral. *Rev Col Bras Cir*. 2006;33:181–7.
21. Brady M, Kinn S, Stuart P. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(4):CD0004423.
22. Kindler CH, Harms C, Amsler F, et al. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesth Analg*. 2000;90:706–12.
23. Feguri GR, Lima PRL, Lopes AM, et al. Clinical and metabolic results of fasting abbreviation with carbohydrates in coronary artery bypass graft surgery. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2012;27:7–17.
24. Breuer JP, von Dossow V, von Heymann C, et al. Preoperative oral carbohydrate administration to ASA III-IV patients

- undergoing elective cardiac surgery. *Anesth Analg.* 2006;103:1099-108.
25. Carr DB, Goudas LC. Acute pain. *Lancet.* 1999;353:2051-8.
 26. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg.* 2002;183:630-44.
 27. Aroni P, Nascimento LA, Fonseca LF. Assessment strategies for the management of thirst in the post-anesthetic recovery room. *Acta Paul Enferm.* 2012;25:530-6.
 28. Crenshaw JT, Winslow EH. Preoperative fasting: old habits die hard. *Am J Nurs.* 2002;102:37-44.
 29. Oliver RL. Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. *J Consum Res.* 1993;20:418-30.
 30. Churchill GA Jr, Surprenant C. An investigation into the determinants of customer satisfaction. *J Marketing Res.* 1982;19:491-504.
 31. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1996;44:166-203.
 32. Doering ER. Factors influencing inpatient satisfaction with care. *QRB Qual Rev Bull.* 1983;9:291-9.
 33. Meisner M, Ernhofner U, Schmidt J. Liberalisation of preoperative fasting guidelines: effects on patient comfort and clinical practicability during elective laparoscopic surgery of the lower abdomen. *Zentralbl Chir.* 2008;133:479-85.
 34. Imbelloni LE, Beato L, Beato C, et al. Analgesia pós-operatória para procedimentos cirúrgicos ortopédicos de quadril e fêmur: Comparação entre bloqueio do compartimento do psoas e bloqueio perivascular inguinal. *Rev Bras Anesthesiol.* 2006;56:619-29.