

A Abreviação do Jejum Pré-Operatório para Duas Horas com Carboidratos Aumenta o Risco Anestésico? *

Does Abbreviation of Preoperative Fasting to Two Hours with Carbohydrates Increase the Anesthetic Risk?*

Kátia Gomes Bezerra de Oliveira, TSA ¹, Maiumy Balsan ²; Sérgio de Souza Oliveira, TSA ³, José Eduardo Aguilar-Nascimento ⁴

RESUMO

Oliveira KGB, Balsan M, Oliveira SS, Aguilar-Nascimento JE - A Abreviação do Jejum Pré-Operatório para Duas Horas com Carboidratos Aumenta o Risco Anestésico?

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O objetivo do presente estudo foi avaliar o surgimento de possíveis complicações anestésicas relacionadas à abreviação do jejum pré-operatório para duas horas com uma solução contendo dextrinomaltose a 12,5% dentro do projeto ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-operatória).

MÉTODO: Foram avaliados prospectivamente todos os pacientes submetidos a diversas operações sobre o trato digestivo e parede abdominal dentro de um novo protocolo de condutas perioperatórias estabelecidas pelo projeto ACERTO entre agosto de 2005 e dezembro de 2007. Todos receberam o suplemento nutricional (dextrinomaltose a 12,5%) por via oral seis e duas horas antes do procedimento cirúrgico. A coleta de dados foi prospectiva sem o conhecimento dos profissionais do serviço. Observou-se o tempo de jejum pré-operatório e as complicações anestésicas relacionadas ao curto tempo de jejum (broncoaspiração).

RESULTADOS: Foram avaliados 375 pacientes, sendo 174 homens (46,4%) e 201 mulheres (53,6%) entre 18 e 90 anos de idade. O tempo médio de jejum pré-operatório foi de quatro horas variando de duas a 20 horas. Não houve nenhum caso de broncoaspiração durante os procedimentos. O tempo de jejum foi maior ($p < 0,01$) quando se praticou procedimento anestésico associado (bloqueio + geral).

CONCLUSÕES: A adoção das medidas multidisciplinares perioperatórias do projeto ACERTO não trouxe nenhuma complicação re-

lacionada ao jejum pré-operatório. A dextrinomaltose é suplemento nutricional útil e seguro para o paciente.

Unitermos: ANESTESIA: preparo pré-operatório; COMPLICAÇÕES: aspiração de conteúdo gástrico; JEJUM: tempo.

SUMMARY

Oliveira KGB, Balsan M, Oliveira SS, Aguilar-Nascimento JE – Does Abbreviation of Preoperative Fasting to Two Hours with Carbohydrates Increase the Anesthetic Risk?

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The objective of the present study was to evaluate the incidence of possible anesthetic complications related with the abbreviation of preoperative fasting to two hours with a solution of 12.5% dextrinomaltose within the ACERTO (from the Portuguese for Acceleration of Total Postoperative Recovery) project.

METHODS: All patients undergoing different types of digestive tract and abdominal wall surgeries within a new protocol of perioperative conducts, established by the ACERTO project, between August 2005 and December 2007 were evaluated. All patients received oral nutritional supplementation (12.5% dextrinomaltose) six and two hours before the procedure. Data were collected prospectively without the knowledge of the professionals in the department. The length of preoperative fasting and anesthetic complications related with the short fasting time (pulmonary aspiration) were recorded.

RESULTS: Three hundred and seventy five patients, 174 male (46.4%) and 201 female (53.6%), ages 18 to 90 years, were evaluated. The mean preoperative fasting time was four hours, ranging from two to 20 hours. Pulmonary aspiration was not observed during the procedures. The length of fasting was longer ($p < 0.01$) when combined anesthesia (blockade + general) was used.

CONCLUSIONS: Adopting the multidisciplinary preoperative measures of the ACERTO project was not associated with any preoperative fasting-associated complications. Dextrinomaltose is a useful and safe nutritional supplement for the patient.

Keywords: ANESTHESIA: preoperative care; COMPLICATIONS: aspiration of gastric contents; FASTING: time.

* Recebido do Departamento de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso (HUJM/UFMT), Cuiabá, MT

1. Professora Assistente III da Disciplina de Anestesiologia do Departamento de Clínica Cirúrgica do HJUM/UFMT; Responsável pelo CET/SBA HJUM/SEDARE

2. ME₃ de Anestesiologia do CET/SBA HJUM/SEDARE

3. Professor Auxiliar IV da Disciplina de Anestesiologia do Departamento de Clínica Cirúrgica do HJUM/UFMT; Corresponsável pelo CET/SBA DO HJUM/SEDARE

4. Professor Titular da Disciplina de Clínica Cirúrgica do Departamento de Clínica Cirúrgica do HJUM/UFMT

Apresentado (**Submitted**) em 24 de junho de 2008

Aceito (**Accepted**) para publicação em 4 de maio de 2009

Endereço para correspondência (**Correspondence to**):

Dra. Kátia Gomes Bezerra Oliveira

Rua Tenente Eulálio Guerra, 72

78005-500 Cuiabá, MT

E-mail: maiumy.balsan@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O manuseio anestésico dos pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas do aparelho digestivo possibilita uma ampla variabilidade de técnicas. Em qualquer delas, o jejum

pré-operatório adequado implica diretamente diminuição no número de complicações relacionadas ao paciente de estômago cheio.

O jejum noturno pré-operatório foi instituído quando as técnicas anestésicas ainda eram rudimentares para prevenir complicações pulmonares associadas a vômitos e aspirações do conteúdo gástrico. A razão desta rotina é garantir o esvaziamento gástrico e evitar broncoaspiração no momento da indução anestésica. A revisão de livros textos do século passado mostra que o dogma do jejum pré-operatório de oito a 12 horas foi instituído a partir de relato de casos de aspiração broncopulmonar em situações cuja indução anestésica se deu em operações de urgência e emergência. Esse conceito foi ampliado para operações eletivas a partir de outro trabalho, dos anos 50, que definiu o limite máximo de 25 mL de conteúdo gástrico para assegurar não haver risco de aspiração brônquica durante a indução anestésica ².

Por volta de 1980, quando o jejum pré-operatório passou a ser questionado, já se sabia que o esvaziamento gástrico para líquidos com baixo teor calórico e sem resíduos era rápido ³. Com o advento da Medicina Baseada em Evidência, estudos prospectivos e aleatórios mostraram repetidamente que reduzir o tempo de jejum pré-operatório para duas horas com bebida contendo carboidratos não determina nenhum risco de aspiração associada à anestesia ³⁻⁵. Uma revisão sistemática realizada pela Cochrane confirmou esses resultados ⁶. Além disso, mostrou que o resíduo gástrico após um jejum convencional é semelhante ao jejum de duas horas com líquidos claros.

Assim, desenvolveu-se no Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), ao longo do ano de 2005, um projeto para acelerar a recuperação pós-operatória dos pacientes submetidos a cirurgias abdominais - o projeto ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória) ^{7,8}. Trata-se de um conjunto de medidas multidisciplinares perioperatórias que envolve os serviços de Cirurgia Geral, Anestesiologia, Nutrição, Enfermagem e Fisioterapia. Os resultados iniciais foram satisfatórios e hoje a rotina do hospital é centrada neste protocolo ⁷.

O objetivo do presente estudo foi o de avaliar a segurança do uso de um suplemento nutricional (utilizado no protocolo do ACERTO), duas horas antes de operações abdominais, na ocorrência de complicações anestésicas relacionadas ao jejum pré-operatório no Hospital Universitário Júlio Muller.

MÉTODO

Após a aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital, foram avaliados prospectivamente todos os pacientes submetidos a operações abdominais eletivas (laparotomias com intervenção sobre órgãos do aparelho digestivo e cirurgias da parede abdominal) no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Júlio Müller da UFMT, entre agosto de 2005 e dezembro de 2007, incluídos dentro de um novo protoco-

lo de condutas perioperatórias estabelecidas pelo projeto ACERTO. O quadro 1 mostra o conjunto de medidas estabelecidas pelo projeto e as condutas convencionais que eram aplicadas antes da sua implantação.

Todos os pacientes receberam dieta até oito horas antes da operação. Conforme o protocolo ACERTO, os pacientes receberam suplemento nutricional no período pré-operatório

Quadro 1 - Condutas em Cirurgia Abdominal Aplicadas na Enfermaria de Cirurgia Geral do HUJM Antes e Depois da Implementação do Projeto ACERTO ⁷

Condutas convencionais

- Jejum pré-operatório mínimo de oito horas (desde a noite anterior ao ato operatório).
- Liberação da dieta pós-operatória após eliminação de flatos ou evacuação (saída de "fleo").
- Hidratação venosa no pós-operatório no volume de 40 mL.kg⁻¹
- Preparo mecânico sistemático do cólon para operações colorretais com manitol ou fosfo-soda, por lavagens retais seriadas.
- Assinatura de termos de consentimento informado da operação pelo paciente.
- Uso de drenos, sondas e antibióticos conforme preferência do cirurgião.
- Mobilização pós-operatória precoce.

Condutas preconizadas pelo projeto ACERTO

- Não permitir um jejum prolongado no pré-operatório. Indicar uso de dieta líquida enriquecida com carboidrato até na véspera da operação, podendo a ingesta acontecer até duas horas antes da operação. Exceção: obeso mórbido, refluxo gastroesfágico importante e síndrome de estenose pilórica.
- Em cirurgias da via biliar, herniorrafias e afins dieta oral líquida oferecida no mesmo dia da operação (seis a 12 horas após). Em operações com anastomose digestiva re-introdução de dieta no primeiro PO (dieta líquida) ou no mesmo dia da operação. Em cirurgias com anastomoses esfágica, dieta no primeiro PO pela jejunostomia ou sonda naso-entérica
- Hidratação por via venosa não deve ser prescrita em herniorrafias no PO imediato. Hidratação por via venosa deve ser retirada com 12 horas após colecistectomias salvo exceções. Salvo exceções, nas demais, reposição volêmica até o primeiro PO no máximo 30 mL.kg⁻¹.dia.
- Não realizar o preparo de cólon de rotina para cirurgias colorretais no pré-operatório.
- Termo de consentimento e informações mais detalhadas ao paciente sobre o seu procedimento operatório.
- Não usar drenos e sondas de rotina. Uso racional e padronizado de antibióticos.
- Informar ao paciente antes da operação detalhes do procedimento a ser realizado, encorajando-o a deambular e realimentar precocemente no PO.
- Mobilização ultra-precoce: fazer o paciente deambular ou sentar no mesmo dia da operação por pelo menos duas horas. Nos próximos dias o paciente deve ser estimulado a ficar seis horas fora do seu leito.

constituído de 400 mL e 200 mL de dextrinomaltose 12,5% (Nidex®, Nestlé, São Paulo, Brasil) seis e duas horas antes do horário proposto para o procedimento cirúrgico, respectivamente. Pacientes diabéticos liberados para cirurgia não foram excluídos do protocolo de jejum descrito acima.

Todos os pacientes receberam medicação pré-anestésica por via oral, com midazolam em doses de 7,5 mg ou 15 mg, conforme avaliação individual, 30 minutos antes de serem encaminhados ao centro cirúrgico. Todos os pacientes submetidos a bloqueio em neuroeixo como única técnica anestésica para o procedimento cirúrgico proposto receberam sedação com midazolam e fentanil em doses para mantê-los em Ramsay quatro. Os pacientes submetidos à técnica anestésica combinada (anestesia neuroaxial associada à anestesia geral) receberam sedação com midazolam e fentanil em doses para mantê-los em Ramsay três ou quatro para realização do bloqueio, antes da indução da anestesia geral. A indução da anestesia geral deu-se da forma convencional, respeitando a idade, as patologias associadas e o estado físico do paciente segundo a ASA para optar-se entre propofol ou etomidato como hipnótico. O tempo cirúrgico previsto, as co-morbidades presentes, a associação com anestesia em neuroeixo e a avaliação prévia da via aérea determinaram a escolha entre fentanil e alfentanil e a dose utilizada na indução e manutenção anestésicas. O tempo cirúrgico esperado, a presença de doenças associadas, a idade e a avaliação preditiva da via aérea do paciente determinaram o bloqueador neuromuscular utilizado. Nenhum paciente foi induzido em sequência rápida ou com técnica de intubação acordado. A profilaxia para náuseas e vômitos pós-operatória foi bastante variada, porém as medicações foram administradas após o bloqueio e/ou indução anestésica.

A principal variável de resultado foi a presença de regurgitação de conteúdo gástrico durante a indução anestésica antes ou durante a intubação. A ocorrência de episódios de vômito no pós-operatório não foi registrada. Registrou-se o tempo real de jejum pré-operatório para comparar com o tempo de jejum prescrito. Conforme o protocolo ACERTO, pacientes obesos mórbidos, portadores de refluxo gastroesofágico sintomático, síndrome de estenose pilórica, gastroparesia ou com diagnóstico de refluxo gastroesofágico foram excluídos do protocolo de abreviação do jejum pré-operatório.

RESULTADOS

No período observado, foram realizados 375 procedimentos em pacientes incluídos no protocolo ACERTO que receberam o suplemento nutricional com dextrinomaltose 12,5% antes do procedimento cirúrgico (laparotomia com intervenção sobre órgãos do aparelho digestivo ou operações de parede abdominal). A tabela I apresenta a caracterização clínica e demográfica dos pacientes incluídos no estudo.

A tabela II apresenta o tipo e número de operações realizadas durante o estudo.

O tempo entre a última tomada do suplemento nutricional e o início do procedimento anestésico variou entre duas e vinte horas, com mediana de quatro horas e moda de três horas. Não houve nenhuma complicação relacionada ao jejum pré-operatório.

Não se registrou nenhum caso de regurgitação durante a indução anestésica ou qualquer outra complicação anestésica relacionada à abreviação do jejum para duas horas com líquidos claros, durante a realização dos procedimentos.

Os tipos de anestesia realizados em relação à média de jejum pré-operatório observado estão apresentados na tabela III. Observa-se um predomínio de bloqueios seguido de anestesia combinada. O tempo de jejum foi significativamente dilatado com a anestesia combinada em relação ao bloqueio simples.

Tabela I - Caracterização Clínica e Demográfica dos Pacientes

	Distribuição dos casos (n = 375)
Sexo	
Masculino	174 (46,4%)
Feminino	201 (53,6%)
Idade (anos)	46 (18-84)
Duração das operações (minutos)	120 (25-600)

Tabela II - Operações Realizadas Durante o Período Estudado.

Operação	Número
Esofágicas	10
Gástricas	24
Vias biliares	11
Laparotomia exploradora	17
Intestino delgado	08
Intestino grosso	28
Herniorrafias	110
Colecistectomias	130
Pâncreas	5
Miscelânea	32
Total	375

Tabela III - Distribuição dos Casos de Acordo com o Tipo de Anestesia Realizado em Relação ao Tempo de Jejum Pré-Operatório Observado.

Tipo de anestesia	Tempo de jejum (horas)	Número de casos (%)
Bloqueio	4 (2 - 19)	183 (48,8)
Geral	4,5 (2,5 - 19)	52 (13,9)
Bloqueio + Geral	5 (2 - 20) *	140 (37,3)
Total	4 (2 - 20)	375

Dados expressam a mediana e variação

* = $p < 0.01$ vs. Bloqueio

DISCUSSÃO

Nas últimas décadas, diversos estudos demonstram resultados animadores com a aplicação de programas multimodais objetivando a otimização da recuperação pós-operatória⁹. Os resultados de trabalhos clínicos consistentes têm feito com que velhos paradigmas sejam questionados dando lugar a práticas mais modernas, sustentadas em evidência^{6,9}.

Tais considerações levaram algumas sociedades à adoção de jejum pré-operatório mais curto que o de oito horas. A Associação Americana de Anestesiologistas (ASA)¹⁰ recomenda guardar jejum para alimentos líquidos sem resíduos (*clear liquids*) de, pelo menos, duas horas antes das intervenções. Incluem-se entre os líquidos sem resíduos: água, café (preto), chá, bebidas carbonatadas (refrigerantes), sucos de frutas sem polpa. Refeições ligeiras contendo torradas, chá ou café (preto) são permitidas até seis horas antes das intervenções. Alimentos sólidos, particularmente carne e substâncias gordurosas exigem jejum prolongado. Estes alimentos são proscritos no dia da operação¹¹. Pacientes a serem operados pela manhã (depois das seis horas) são orientados a guardar jejum para alimentos sólidos a partir das 22 horas da véspera, o que corresponde a um período de jejum não inferior a oito horas. Pequenas quantidades de água acompanhando a medicação pré-anestésica ou outros medicamentos administrados por via oral, não oferecem inconveniente e são permitidos^{10,11}.

Embora o jejum de duas horas para líquidos claros seja recomendado, na prática poucos serviços o adotam. Os resultados deste trabalho mostraram que foi possível a redução do tempo de jejum pré-operatório com a suplementação nutricional para o paciente sem diminuir a segurança para o procedimento anestésico.

O jejum pré-operatório prolongado, habitualmente de oito horas, é prática aceita desde a introdução da anestesia em 1840. A razão dessa rotina era garantir o esvaziamento gástrico e evitar broncoaspiração no momento da indução anestésica. Contudo, essa conduta foi, há muito tempo, alterada com protocolos bem estabelecidos, haja vista que

não há evidências de que a diminuição do período de jejum para líquidos claros em comparação ao regime convencional aumente os riscos de aspiração pulmonar ou de morbidade relacionada com este evento^{1,6,12}. Outro aspecto importante é que o tempo convencional de jejum é muitas vezes prolongado por atraso nas operações, mudança de horário, entre outras causas. Isso pode elevar o jejum até uma média de 16 horas^{7,8}. Outro aspecto importante foi a relação do jejum com o tipo de anestesia. O jejum foi em média uma hora mais longo quando a técnica anestésica foi a combinada. Provavelmente essa dilatação deveu-se ao tempo gasto para o procedimento anestésico combinado.

Estudos demonstraram que o jejum prolongado resulta num maior volume residual gástrico, com pH ainda mais ácido, enquanto a ingestão de líquidos claros até duas horas antes do procedimento, torna o volume residual menor e o pH maior¹²⁻¹⁴. Somam-se a este argumento constatações de que o jejum pré-operatório prolongado, além de bastante desconfortável e desnecessário, pode ser prejudicial ao potencializar ou perpetuar a resposta orgânica ao trauma^{1,12}. As sociedades de anestesia trazem, atualmente, regras mais liberais em relação ao jejum, permitindo o uso de líquidos claros até duas horas antes da operação^{10,12}.

Dentre os pacientes de risco para aspiração pulmonar do conteúdo gástrico, os com refluxo gastroesofágico merecem cuidados adicionais¹³. Por essa razão esses pacientes foram excluídos do protocolo de abreviação do jejum pré-operatório. No entanto, pelo menos em crianças submetidas à ingestão de líquidos claros duas horas antes da operação, o volume residual gástrico não esteve aumentado em pacientes com refluxo gastroesofágico¹³.

Estudos recentes indicam que o uso de uma solução de líquido enriquecida com carboidrato determinaria maior satisfação, menor irritabilidade, menor incidência de vômitos, aumento no pH, melhor esvaziamento gástrico e, especialmente, uma menor resposta orgânica ao estresse cirúrgico¹⁴⁻¹⁶. Maltby¹, em extensa revisão sobre jejum pré-operatório, relata vários estudos aleatórios que repetidamente mostraram que o volume residual gástrico após 12-16h de jejum é semelhante ao encontrado após duas a três horas de jejum. Assim, a introdução dessa rotina com nossos pacientes, com a solução de carboidratos (dextrinomaltose 12,5% - 231 mOsm.L⁻¹) precedendo em duas horas a operação, foi feita baseada em evidências.

Pacientes diabéticos não foram excluídos do estudo e receberam a mesma rotina de abreviação do jejum pré-operatório. Apoiamo-nos na correlação entre a medida adotada e a própria proposta do estudo: o jejum prolongado é importante fator complicador para os diabéticos; os líquidos claros melhoram o esvaziamento gástrico e, portanto, diminuem o volume residual gástrico¹⁵⁻¹⁷. Há necessidade de estudo direcionado para esse grupo de pacientes para sustentar nossas evidências.

A abreviação do jejum pré-operatório com uso de dextrinomaltose não determinou nenhum caso de regurgitação de

conteúdo gástrico durante a indução anestésica. O tempo de jejum observado foi maior que o tempo de jejum prescrito e foi maior quando a anestesia combinada (bloqueio + geral) foi o procedimento realizado. Finalmente, os resultados observados neste estudo permitem concluir que a abreviação do jejum pré-operatório é segura do ponto de vista anestésico.

REFERÊNCIAS – REFERENCES

01. Maltby JR - Fasting from midnight: the history behind the dogma. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 2006;20:363-378.
02. Brener W, Hendrix TR, McHugh PR - Regulation of gastric emptying of glucose. *Gastroenterology*, 1983;85:76-82.
03. Noblett SE, Watson DS, Huong H et al. - Pre-operative oral carbohydrate loading in colorectal surgery: a randomized controlled trial. *Colorectal Dis*, 2006;8:563-569.
04. Melis GC, van Leeuwen PA, von Blomberg-van der Flier BM et al. - A carbohydrate-rich beverage prior to surgery prevents surgery-induced immunodepression: a randomized, controlled, clinical trial. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 2006;30:21-26.
05. Nygren J, Thorell A, Jacobsson H et al. - Preoperative gastric emptying. Effects of anxiety and oral carbohydrate administration. *Ann Surg*, 1995;222:728-734.
06. Brady M, Kinn S, Stuart P - Preoperative fasting for adults to prevent preoperative complications. *Cochrane Database Syst Rev*, 2003;(4):CD004423.
07. Aguilar-Nascimento JE; Bicudo-Salomão A, 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;33:181-188.
08. Aguilar-Nascimento JE; Bicudo-Salomão A, Caporossi C. et al. Enhancing surgical recovery in Central-West Brazil: The ACERTO protocol results. e-SPEN, *Eur J Clin Nutr Metab* 2008; 3:e78-e83.
09. Correia MITD, da Silva RG - Paradigmas e evidências da nutrição peri-operatória. *Rev Col Bras Cir*, 2005;32:342-347.
10. American Society of Anesthesiologists - Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures. *Anesthesiology*, 1999;90:896-905.
11. Martins FANC; Amaral JLG - Esvaziamento gástrico após administração oral de contraste em tomografia computadorizada do abdômen. Descrição de seis casos. *Rev Bras Anesthesiol*, 2004; 54:361-370
12. Pearse R, Rajakulendran Y - Pre-operative fasting and administration of regular medications in adult patients presenting for elective surgery. Has the new evidence changed practice? *Eur J Anaesthesiol*, 1999;16:565-568.
13. Cruvinel MGC, Bittencourt PFS, Costa JRR et al. - Volume gástrico residual e risco de aspiração pulmonar em crianças com refluxo gastroesofágico. Estudo comparativo. *Rev Bras Anesthesiol*, 2004;54:37-42.
14. Kehlet H, Wilmore DW - Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg*, 2002;183:630-641.
15. Ljungqvist O, Soreide E - Preoperative fasting. *Br J Surg*, 2003;90:400-406.
16. Nygren J, Thorell A, Ljungqvist O - Preoperative oral carbohydrate nutrition: an update. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 2001; 4:255-259.
17. Hellstrom PM, Gryback P, Jacobsson H - The physiology of gastric emptying. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 2006;20:397-407.

RESUMEN

Oliveira KGB, Balsan M, Oliveira SS, Aguilar-Nascimento JE - ¿La Reducción del Ayuno Preoperatorio en dos Horas con Carbohidratos Aumenta el Riesgo Anestésico?

JUSTIFICATIVA Y OBJETIVOS: *El objetivo del presente estudio, fue evaluar el surgimiento de posibles complicaciones anestésicas relacionadas con la reducción del ayuno preoperatorio en dos horas con una solución que contiene dextrinomaltoza a 12,5% dentro del proyecto ACERTO (Aceleración de la Recuperación Total Postoperatoria).*

MÉTODO: *Se evaluaron de forma prospectiva, todos los pacientes sometidos a diversas operaciones sobre el tracto digestivo y la pared abdominal, dentro de un nuevo protocolo de conductas perioperatorias establecidas por el proyecto ACERTO, entre agosto de 2005 y diciembre de 2007. Todos recibieron el suplemento nutricional (dextrinomaltoza a 12,5%) por vía oral seis y dos horas antes del procedimiento quirúrgico. La recolección de datos fue prospectiva sin que los profesionales del servicio lo supieran. Se observó el tiempo de ayuno preoperatorio y las complicaciones anestésicas relacionadas con el corto tiempo de ayuno (broncoaspiración).*

RESULTADOS: *Se evaluaron 375 pacientes, siendo de ellos 174 hombres (un 46,4%) y 201 mujeres (un 53,6%), entre 18 y 90 años de edad. El tiempo promedio de ayuno preoperatorio fue de cuatro horas, variando de 2 a 20 horas. No se registró ningún caso de broncoaspiración durante los procedimientos. El tiempo de ayuno fue mayor ($p < 0,01$) cuando se practicó el procedimiento anestésico asociado (bloqueo + general).*

CONCLUSIONES: *La adopción de las medidas multidisciplinarias perioperatorias del proyecto ACERTO, no conllevó a ninguna complicación relacionada con el ayuno preoperatorio. La dextrinomaltoza es el suplemento nutricional más útil y seguro para el paciente.*