

Pautas de Ayuno Preoperatorio

Pautas de Ayuno para Procedimientos Bajo Anestesia del Hospital de Clínicas.

Cátedra de Anestesiología. Febrero 2016

Introducción:

La aspiración pulmonar en relación con la anestesia (neumonitis, síndrome de Mendelson) ha sido descrita tanto en cirugía de urgencia como en programada. Con el objetivo de disminuir esta complicación se desarrollaron pautas de ayuno preoperatorio rígidas, con el fin de reducir la regurgitación y la aspiración con el subsecuente daño pulmonar, neumonía e incluso muerte.

Sin embargo, no se ha encontrado una base científica en pacientes coordinados para aplicar estas pautas, ya que se había extrapolado el riesgo de aspiración pulmonar de los casos de urgencia con «estómago lleno» a los casos de pacientes sanos y cirugía electiva.

La evidencia sugiere que deberíamos actualizar nuestras pautas de ayuno, en la práctica se observa que el tiempo real de ayuno preoperatorio es significativamente más largo que el tiempo de ayuno prescrito en la mayoría de las nuevas guías tanto Americanas como Europeas. La mayoría de los hospitales todavía están adoptando pautas tradicionales de ayuno preoperatorio para sus pacientes, evitando el beneficio demostrado de las nuevas pautas.

Ventajas de las nuevas pautas de ayuno:

Bienestar del paciente: ingestión de líquidos claros hasta 2 hs antes de la cirugía reduce la sed, la sensación de boca seca y ansiedad, debido a un efecto psicológico. La mejor hidratación facilitaría la absorción de la premedicación.

Determinan un mejor control metabólico, evitando los estados hipercatabólicos de tiempos ayuno más prolongados, y menor desarrollo de resistencia a la insulina.

Evita la deshidratación: que ocurre en forma leve luego de 4hs de ayuno y aumenta con ayunos mayores.

Pautas de ayuno pre anestésicas:

Estas recomendaciones fueron realizadas de acuerdo a la bibliografía revisada hasta la fecha (febrero 2016). Basadas en las guías internacionales de sociedades científicas. El objetivo de este documento es de ser usada por como guía de ayuno para procedimientos bajo anestesia. La decisión debe ser tomada por el anesthesiólogo a cargo teniendo en cuenta dichas recomendaciones y situación clínica del paciente.

- **Sólidos:**
 - **6 horas de ayuno** previo a la cirugía de coordinación. (ESA 2011) y (ASA 2011)
 - *Nota: se debe diferenciar las comidas ricas en grasas y carne; y cantidad ingerida, pudiendo requerir mayor tiempo de ayuno, 8 horas.*
 - En lactantes, leche materna hasta 4 hs previo a cirugía y otro tipo de leches se actúa como sólidos (6hs).
 - poblaciones especiales:
 - Pacientes con Obesidad (incluido obesos mórbidos), con reflujo gastroesofágico, Diabetes y pacientes obstétricas sin trabajo de parto; pueden seguir estas recomendaciones de forma segura. No existe evidencia de que en estos pacientes se deba recomendar tiempos de ayuno mayores.
 - **Líquidos:**
 - se debe **aconsejar a los pacientes para que tomen líquidos claros** hasta 2 horas antes de la cirugía (ASA 2011 y ESA 2011)
 - No siendo tan importante el volumen consumido.
 - Ejemplos de líquidos claros son: agua, te, café, mate, jugos sin pulpa. La leche y otras bebidas lácteas se consideran como sólidos. *Nota: Las pequeñas cantidades de leche agregadas a líquidos claros (te con leche o café con leche) no cambia la condición de ser líquidos claros, teniendo en cuenta la proporción (no mayor a 1/5).*

- **Chicles, caramelos y cigarrillos:**
 - Se debe aconsejar suspender por lo menos 2 hs antes de la cirugía
 - **No se debe cancelar o postergar** una cirugía porque el paciente esté masticando un chicle, caramelos o haya fumado previo a la inducción de la anestesia. (ESA 2011) (*Nota: Se debe tener precaución en evitar retirar previo a la inducción*)

- **Bebidas ricas en carbohidratos**
 - Se debe aconsejar el uso de bebidas ricas en carbohidratos previo a la cirugía, especialmente en cirugías mayores o prolongadas.
 - la noche previa a la cirugía 800 ml de maltrodextrina al 12,5% (100mg)
 - 2 hs antes de la cirugía 400 ml de carbohidratos al 12,5% (50 mg)
 - Maltrodextrina y L-Glutamina, son carbohidrato más estudiado para su uso como aporte en el preoperatorio. Es seguro su uso, no necesariamente extrapolable a otros carbohidratos.
 - Mejoran la bienestar del paciente, menor sed y hambre, disminuyen la resistencia a la insulina en el post operatorio.
 - los pacientes **diabéticos también podrían*** beneficiar de su uso en el perioperatorio.

- **Medicación. Proquinéticos y antiácidos.**
 - No son recomendables su uso **rutinario** en cirugía de coordinación.
 - Se recomienda la combinación de Ranitidina y Metoclopramida previo a la inducción anestésica en **Cesarea coordinada**.

- **Paciente Obstetrica:**
 - en trabajo de parto puede tomar líquidos claros.
 - sólidos deben desaconsejarse.
 - líquidos claros permitidos hasta 2 horas antes de la cirugía
 - Se debe administrar antagonista H2 (Ranitidina 50 mg I/V o 150 mg v/o) la noche previa a cesárea coordinada, y Ranitidina 50 mg i/v en la mañana del procedimiento.
 - Previó a la cirugía de emergencia se debe administrar Ranitidina 50 mg i/v y complementada por Citrato de Sodio 0,3 mol/l 30 ml si se planea una anestesia general.

- **Cirugía de urgencia:**
 - evaluar riesgo de posponer cirugía vs riesgo de aspiración.
 - El ayuno en emergencia no garantiza el vaciado gástrico y no debe demorar la intervención quirúrgica (guías escandinavas 2005 y 2011)). No está indicado tiempos de ayuno más prolongado para asegurar el vaciado gástrico.
 - Si el paciente no tiene riesgo aumentado de aspiración, se pueden seguir las mismas pautas que en cirugía electiva. Teniendo en cuenta que en cirugía de urgencia diferentes factores **pueden retrasar el vaciado gástrico**: por obstrucción intestinal, dolor, uso de opiáceos, íleo regional, etc. **Individualizando a la situación clínica del paciente**.
 - Medicación:
 - drogas pro-quinéticas (Metoclopramida) no se recomiendan para reducir regurgitación y aspiración pulmonar. Se pueden usar para disminuir el contenido gástrico.
 - agentes bloqueantes H2 (Ranitidina 50 mg) o inhibidores de la bomba de protones (Omeprazol 40 mg) están recomendados en pacientes con alto riesgo de aspiración. Se aconseja administración 6 a 12 hs previo a la cirugía y repetir 30 minutos previo a la inducción.
 - Citrato de Sodio 0,3M 30 ml por boca previo a la inducción, para neutralizar la acidez del contenido gástrico.

- **Sonda gástrica (Nasal/ Oral)**
 - Su uso no garantiza el vaciado gástrico, y no elimina los alimentos no particulados.
 - Contraindicado en riesgo de lesión bucofaríngea y esofágica, fracturas cervicales, y en pacientes con incremento de presión intracraneal o ocular.
 - Se debe usar en pacientes con íleo, sub íleo, u obstrucción intestinal.
 - De usarse se debe colocar una sonda de grueso calibre, ubicarla a la izquierda durante la inducción y aspirar la mayor cantidad de contenido posible. Iniciar en la emergencia y continuar durante la inducción
 - Su colocación no disminuye el **supuesto** efecto protector de la maniobra de Sellick.

Grupo de revisión	Líquidos claros	Sólidos	Leche Materna	Leche no Humana	Otros
CAS, 1990	5h				
NNCG, 1993 y 2005	2h	6h	4h		2h(chicles, caramelos, tabaco)
ASA, 1999 y 2011	2h	6h	4h	6h	
ESA 2011	2h	6h	4h	6h	Chicles, caramelos, fumar hasta la inducción

Autores: F. Kuster, M. Alberti, L. González, L. Priori, M. Lamas.

Bibliografía.

1. Smith I, Kranke P, Murat I, et al; European Society of Anaesthesiology. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol.* 2011;28(8):556–569.
2. American Society of Anesthesiologists Committee. 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: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Committee on Standards and Practice Parameters. *Anesthesiology.* 2011;114(3):495–511.
3. G. Jensen, et al. Scandinavian clinical practice guidelines on general anaesthesia for emergency situations. *Acta Anaesthesiol Scand* 2010; 54: 922–950.
4. SØREIDE, et al. Pre-operative fasting guidelines: an update. *Acta Anaesthesiol Scand* 2005; 49: 1041—1047.
5. Miller, R. 8va Edición 2015, Español. Cap 38. Evaluación Preoperatoria. Elsevier Inc.
6. C. Lopez Muñoz et al. Revision. Guías de ayuno preoperatorio: Revisión. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2015;62(3):145-156.