

agudo do miocárdio foi diagnosticado. A operação foi adiada e uma angiografia coronária transradial foi feita imediatamente sob terapia antiplaquetária dupla (ticagrelor e ácido acetilsalicílico) e enoxaparina. A artéria coronária direita apresentava aproximadamente 90% de bloqueio e foi tratada com tromboaspiração, dilatação e injeção intracoronária de eptifibatide. Infelizmente, seis horas (h) depois, o paciente teve uma recaída e um *stent* foi inserido. A terapia antitrombótica tripla foi mantida na UTI e, como resultado, um sangramento permanente foi observado e levou a transfusões de sangue. A operação foi feita 24 h mais tarde, com a técnica Walant (*Wide-Awake Local Anesthesia and no Tourniquet*), com o consentimento do paciente. Lidocaína a 2% (10 mL) com epinefrina (1:200.000) foi injetada na raiz do polegar no aspecto volar e mais 5 mL na região proximal da ferida dorsal. O sangramento parou imediatamente e a fixação percutânea e a sutura foram então feitas. Não houve novo sangramento e a analgesia durou 10 h. Nenhuma complicação adicional ocorreu sob a terapia antiplaquetária dupla.

A técnica Walant se espalha pelo mundo e é um novo conceito de anestesia regional em cirurgia de mão.³ Sua pedra angular é o uso de epinefrina associada à lidocaína injetada subcutaneamente no sítio cirúrgico e nos dedos, caso necessário. Essa técnica proporciona uma exsanguinação localmente eficiente e possibilita procedimentos cirúrgicos sem o uso de torniquete pneumático; além disso, a motricidade da mão é respeitada, ao contrário do bloqueio do plexo braquial.

Em casos de cirurgia, a decisão de interromper ou mesmo reverter o tratamento antitrombótico dependerá da situação clínica específica e também da indicação para o tratamento antitrombótico. As recomendações atuais relativas ao manejo perioperatório de pacientes com *stents* coronarianos indicam que a cirurgia não urgente deve ser adiada até o fim do período de suscetibilidade à trombose do *stent*. Não há diretrizes sobre o manejo em caso de infarto recente e os dados referentes a sangramento no contexto de terapia antiplaquetária são limitados. A administração de concentrado de plaquetas provavelmente é a melhor maneira de corrigir o defeito hemostático.⁴ Além disso, a epinefrina poderia potencializar a agregação e ativação plaquetária induzida pelo ADP em pacientes tratados com ticagrelor.⁵


Portanto, a nossa hipótese foi que a vasoconstrição transitória e a ação local da epinefrina na agregação plaquetária foram suficientes para obter uma hemostasia duradoura. A técnica Walant é certamente uma opção mais segura do que a anestesia geral ou regional no cenário de infarto agudo do miocárdio e, além disso, torna possível lidar com um sangramento local sem modificar uma terapia antitrombótica obrigatória.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. dos Reis Júnior A, Quinto D. Digital block with or without the addition of epinephrine in the anesthetic solution. *Braz J Anesthesiol.* 2016;66:63–71.
2. Thomson CJ, Lalonde DH, Denkler KA, et al. A critical look at the evidence for and against elective epinephrine use in the finger. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119:260–6.
3. Lalonde DH. Conceptual origins, current practice, and views of wide-awake hand surgery. *J Hand Surg Eur Vol.* 2017;42:886–95.
4. Hansson EC, Shams Hakimi C, Åström-Olsson K, et al. Effects of ex vivo platelet supplementation on platelet aggregability in blood samples from patients treated with acetylsalicylic acid, clopidogrel, or ticagrelor. *Br J Anaesth.* 2014;112:570–5.
5. Singh S, Malm CJ, Ramström S, et al. Adrenaline enhances in vitro platelet activation and aggregation in blood samples from ticagrelor-treated patients. *Res Pract Thromb Haemost.* 2018;2:718–25.

Laurent Becuwe^a, Jean-Christian Sleth ^{b,*}, Yann-Erwan Favennec^a e Gilles Candelier^a

^a *Hôpital St Martin, Caen, França*

^b *Polyclinique St Roch, Montpellier, França*

* Autor para correspondência.

E-mail: jean.christian.sleth@wanadoo.fr (J. Sleth).

Disponível na Internet em 29 de julho de 2019

<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2019.03.010>
0034-7094/

© 2019 Publicado por Elsevier Editora Ltda. em nome de Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tendência mundial de redução do tempo de jejum de líquidos claros em crianças: declaração do Comitê de Anestesia em Pediatria e o cenário no Brasil



Global trend on reducing clear fluids fasting time in children: declaration of the Pediatric Anesthesia Committee and the scenario in Brazil

Cara Editora,

De acordo com as Diretrizes de Jejum Pré-Operatório da *American Society of Anesthesiologists*, atualizadas em 2017, a recomendação para jejum de líquidos claros em crianças é de duas horas.¹ Estas orientações foram feitas com base em revisões sistemáticas da literatura, considerando o objetivo primário de reduzir a aspiração pulmonar, embora esse risco seja muito baixo em crianças saudáveis,² e o dano resultante da aspiração de líquido claro bastante raro.³

O estudo APRICOT² demonstrou risco de aspiração de 9,3/10.000 e nenhuma dessas crianças apresentou

complicações sérias. Um estudo recente do *Children's Hospital of Philadelphia*⁴ aplicou uma metodologia de melhoria da qualidade para diminuir o tempo de jejum em crianças que seriam submetidas a procedimentos ambulatoriais. Seu principal objetivo era que esse tempo em jejum fosse menor do que quatro horas, permitindo que as crianças recebessem líquidos claros até 30 minutos após a chegada ao hospital. Os autores demonstraram uma melhoria do tempo de jejum de líquidos claros menor do que quatro horas de 20% para 63%, sem qualquer evento de cancelamento de cirurgia ou aspiração pulmonar. Considerando as diretrizes da *American Society of Anesthesiologists*, esse estudo foi o primeiro nos EUA a permitir jejum de uma hora em crianças.

Para os anestesiológicos que têm a maioria da prática com crianças não é incomum encontrar pacientes com tempo de jejum muito longo, de seis a 15 horas, apesar de orientação pré-operatória adequada do jejum de duas horas para líquidos claros. No Brasil, principalmente em hospitais em que adultos e crianças são atendidos, esse tempo pode ser mais longo, o que poderia prejudicar a qualidade perioperatória.

Com base nesse raciocínio e evidências da literatura, a *European Society For Paediatric Anaesthesiology* (ESPA), junto da *L'Association Des Anesthesistes-Reanimateurs Pediatriques d'Expression Francaise* e da *Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland*, endossaram uma nova declaração que reduz o jejum de líquidos claros de duas para uma hora.⁵

De acordo com a nova declaração da ESPA,⁵ recomenda-se oferecer 3 mL.kg⁻¹ (peso predito) de líquidos claros. Uma maneira prática seria oferecer 55 mL para crianças de um a cinco anos, 140 mL para crianças de seis a 12 anos e 250 mL para os maiores de 12 anos. As contraindicações devem ficar a critério do anestesiológico e/ou da equipe cirúrgica, como refluxo gastroesofágico, insuficiência renal, paralisia cerebral, enteropatias, diabetes *mellitus* e/ou contraindicações cirúrgicas.

A declaração da ESPA⁵ foi publicada em fevereiro de 2018 e endossada pela *European Society of Anaesthesiology* e SPANZA (*Society for Paediatric Anaesthesia of New Zealand and Australia*) em março de 2019.^{3,6} Em abril de 2019, a Sociedade Canadense de Anestesia Pediátrica declarou: "Os pacientes pediátricos devem ser encorajados e autorizados a ingerir líquidos claros até uma hora antes de anestesia ou sedação eletiva" e endossou a nossa declaração europeia.⁷

Como a Sociedade Brasileira de Anestesiologia não tem diretrizes específicas, cada hospital ou departamento de anestesia define seu tempo de jejum de acordo com a literatura atual. A *American Society of Anesthesiologists* ainda não se pronunciou sobre essas novas declarações feitas pelas sociedades da Europa, do Canadá e da Austrália/Nova Zelândia e mantém suas recomendações de tempo de jejum de duas horas para líquidos claros.


Acreditamos que devemos estar cientes de tais mudanças e fazer uma escolha entre ser conservadores e esperar por um grande estudo observacional multicêntrico para solidificar essa nova afirmação, ou endossar essas importantes sociedades que já reduziram o tempo de jejum de líquidos claros de duas para uma hora.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. 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 Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology*. 2017;126:376–93.
2. Habre W, Disma N, Virag K, et al. Incidence of severe critical events in paediatric anaesthesia (APRICOT): a prospective multicentre observational study in 261 hospitals in Europe. *Lancet Respir Med*. 2017;5:412–25.
3. Disma N, Thomas M, Afshari A, et al. Clear fluids fasting for elective paediatric anaesthesia: The European Society of Anaesthesiology consensus statement. *Eur J Anaesthesiol*. 2019;36:173–4.
4. Isserman R, Elliott E, Subramanyam R, et al. Quality improvement project to reduce pediatric clear liquid fasting times prior to anesthesia. *Paediatr Anaesth*. 2019;29:698–704.
5. Thomas M, Morrison C, Newton R, et al. Consensus statement on clear fluids fasting for elective pediatric general anesthesia. *Paediatr Anaesth*. 2018;28:411–4.
6. Linscott D. SPANZA endorses 1-hour clear fluid fasting consensus statement. *Paediatr Anaesth*. 2019;29:292.
7. Rosen D, Gamble J, Matava C, Canadian Pediatric Anesthesia Society Fasting Guidelines Working Group. Canadian Pediatric Anesthesia Society statement on clear fluid fasting for elective pediatric anesthesia. *Can J Anaesth*. 2019;66:991–2.

Vinícius Caldeira Quintão  a,b,c,* ,
 Marcella Marino Malavazzi Clemente  b ,
 Pedro Paulo Vanzillotta  c,d
 e Ana Carolina Ortiz  c,e

^a *Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Disciplina de Anestesiologia, São Paulo, SP, Brasil*

^b *Hospital Municipal Infantil Menino Jesus, São Paulo, SP, Brasil*

^c *Sociedade Brasileira de Anestesiologia, Comitê de Anestesia em Pediatria, Brasil*

^d *Hospital Municipal Jesus, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

^e *Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Hospital São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

* Autor para correspondência:

E-mail: vinicius.quintao@hc.fm.usp.br (V. Quintão).

Disponível na Internet em 8 de julho de 2019

<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2019.06.001>
 0034-7094/

© 2019 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).