



Editorial

Nutrición en el paciente quirúrgico

Nutrition in the surgical patient

Está bien establecido y documentado que la desnutrición es un factor negativo independientemente asociado a complicaciones posquirúrgicas, mortalidad, prolongación de la estancia hospitalaria y, por tanto, mayores costes sanitarios. Además, la desnutrición a menudo se asocia a situaciones patológicas como cáncer, inflamación crónica o disfunción orgánica que incrementan el riesgo del acto quirúrgico¹.

Los objetivos del soporte nutricional perioperatorio son minimizar el balance proteico negativo evitando la desnutrición; mantener la función inmunológica mejorando la recuperación del postoperatorio; acortar el tiempo de recuperación de la función intestinal y disminuir la estancia hospitalaria².

En los últimos años se han propuesto muchos cambios en el manejo preoperatorio de los pacientes quirúrgicos con la finalidad de ayudar a una recuperación más rápida. Probablemente, la idea más revolucionaria ha sido el «fast track surgery» que ha hecho que las indicaciones clásicas del soporte nutricional se vean restringidas a un número cada vez menor de pacientes posquirúrgicos³.

La aplicación de estas nuevas prácticas es bastante heterogénea debido, probablemente, a que es un proceso que va más allá de la nutrición clásica y conlleva cambios en el abordaje anestésico, el balance hídrico, la analgesia, las técnicas quirúrgicas y el manejo del paciente en el posquirúrgico inmediato.

En este escenario, el soporte nutricional especializado se reserva a pacientes desnutridos con alto riesgo de sufrir complicaciones posquirúrgicas y que se identificarían por una pérdida de peso superior al 5-10% en los últimos 3 meses, valores de índice de masa corporal (IMC) bajo (≤ 18) o diagnósticos de enfermedad que cursan con alto grado de inflamación.

inmunológica junto con los avances en las técnicas nutricionales (nuevas vías de acceso entérico, modificaciones en el aporte de nutrientes y la aparición de nuevas fórmulas de nutrición enteral) han hecho posible que actualmente la nutrición enteral sea de elección en la gran mayoría de los pacientes quirúrgicos¹.

El soporte nutricional previo a la cirugía solo tiene sentido en pacientes muy desnutridos y, aún en estos casos, la nutrición parenteral debe reservarse para cuando la nutrición enteral es imposible o la desnutrición muy grave.

En el tratamiento posquirúrgico se recomienda la reintroducción de la ingesta oral-enteral lo más pronto posible y la nutrición parenteral, en ausencia de desnutrición importante, solo debería utilizarse en pacientes con complicaciones posquirúrgicas que alteren la funcionalidad impidiendo la absorción intestinal de cantidades adecuadas de nutrientes en los 5-7 días posteriores a la cirugía.

En cuanto a los nutrientes, los planteamientos iniciales basados en dirigir el aporte calórico y proteico a reequilibrar el balance nitrogenado y cubrir las necesidades calóricas calculadas según el grado de catabolismo, han sido abandonados paulatinamente. En los últimos años, la evidencia se dirige a evitar los problemas derivados de sobrecargas metabólicas. Podemos decir que la estrategia se ha basado en sustituir cantidad por calidad mediante la introducción de nutrientes con valor añadido; «inmunonutrientes o farmacónutrientes» como glutamina, arginina y ácidos grasos omega-3². Algunas de las indicaciones de estos productos se recogen en las guías clínicas actuales con un grado de evidencia alto.

Soporte nutricional y nutrientes

Un mejor conocimiento de la funcionalidad del tracto gastrointestinal en el mantenimiento de la capacidad

El equipo quirúrgico

Ante una cirugía electiva programada, independientemente de la existencia de equipos de soporte nutricional especializado, el equipo de cirugía debe poder identificar la

desnutrición con la finalidad de intentar prevenir aquellas complicaciones posquirúrgicas que se asocian con un mal estado nutricional. La identificación de estos pacientes puede hacerse aplicando herramientas básicas como test de valoración nutricional, escalas de valores de IMC, valores preoperatorios de albúmina o una combinación de ellas.

Tras la identificación de la desnutrición, la implementación de sencillos protocolos podría contribuir, en algunos casos, a la llegada del paciente a la cirugía en un estado nutricional más adecuado.

En cuanto al pre y postoperatorio, no se debe olvidar la idea de acortar el tiempo de ayuno tanto como sea factible. La recuperación de la vía digestiva es clave en la recuperación del sistema inmunológico y, por lo tanto, fundamental para la recuperación tras la agresión.

Conclusión

En las últimas décadas, la nutrición clínica ha adquirido una importancia creciente y cada vez son más los profesionales que, desde un punto de vista multidisciplinario, trabajan para conseguir un adecuado estado nutricional de los pacientes. El equipo quirúrgico debe ser proactivo en la identificación de la desnutrición y en la utilización racional de la terapia nutricional. Una buena forma de fomentar esta actitud es difundir la evidencia establecida sobre nutrición y sus indicaciones, en las revistas especializadas en cirugía.

En este número se publica una buena revisión en profundidad que aborda el soporte nutricional perioperatorio en patología digestiva. Los autores revisan las directrices que las principales sociedades científicas europeas y americanas proponen en el tratamiento nutricional de estos pacientes remarcando su grado de evidencia. En el artículo queda reflejado cómo debe abandonarse la idea de un ayuno

prolongado del paciente para obtener mejores resultados posquirúrgicos. Por último, los autores sitúan qué papel puede desempeñar la inmunonutrición y qué pacientes de cirugía digestiva obtienen mayores beneficios de este tipo de nutrición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chambrier C, Sztark F, Société Francophone de nutrition clinique et métabolisme (SFNEP); Société française d'anesthésie et réanimation (SFAR). French clinical guidelines on perioperative nutrition. Update of the 1994 consensus conference on perioperative artificial nutrition for elective surgery in adults. *J Visc Surg.* 2012;149:e325-36.
2. Gianotti L, Braga M. Revising concepts of artificial nutrition in contemporary surgery: From energy and nitrogen to immuno-metabolic support. *Nutr Hosp.* 2011;26:56-67.
3. Jones C, Badger SA, Hannon R. The role of carbohydrate drinks in pre-operative nutrition for elective colorectal surgery. *Ann R Coll Surg Engl.* 2011;93:504-7.

María Badía Tahull* y Josep Llop Talaverón
Servicio de Farmacia, Hospital Universitari Bellvitge, L'Hospitalet de
Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mbadia@bellvitgehospital.cat
(M. Badía Tahull).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los
derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.02.003>