

Ayuno y manejo nutricional en el perioperatorio

Dra. Pamela Mercado-Velázquez

El abordaje de un paciente programado para una cirugía es multidisciplinario, y un pilar fundamental poco atendido es la valoración del estado nutricional en el perioperatorio. La desnutrición perioperatoria se asocia con mayor morbilidad y nuestro país continúa sufriendo grados variables de desnutrición, se ha estimado que entre el 40 y 60% de los enfermos hospitalizados presentan algún tipo de alteración nutricional; aumentando así los riesgos quirúrgicos.

El riesgo nutricional no es lo mismo que malnutrición, por lo que la terapia nutricional no sólo es usada para mejorar el estado nutricional del paciente, sino para preparar de la mejor manera las reservas metabólicas del mismo y enfrentarse al trauma quirúrgico. Un aporte nutricional adecuado ayuda a responder al consumo de energía, reduciendo el desgaste endógeno y manteniendo un catabolismo más controlado.

Existen distintas posibilidades terapéuticas nutricionales que pueden ser aplicadas en las diferentes fases del perioperatorio con indicaciones y consecuencias diferentes. Los resultados con mayor soporte clínico relacionados al soporte nutricional son disminución de las complicaciones infecciosas de herida quirúrgica, mejoría de la cicatrización, menor estancia hospitalaria y disminución de costos.

SOPORTE NUTRICIO PREOPERATORIO

El objetivo de actuar en esta fase es mantener o mejorar el estado nutricional del paciente antes del trauma quirúrgico. Las guías de la ASPEN (2002) recomiendan administrar soporte nutricional en el preoperatorio durante 7-10 días a todos los pacientes con desnutrición moderada o severa que serán sometidos a cirugía mayor; mientras que las guías ESPEN (2017), lo recomiendan 7-14 días preoperatorios en pacientes con alto riesgo nutricional.

El esquema correcto y más adecuado es la nutrición enteral, preferentemente por vía oral, con una dieta que cubra sus requerimientos diarios y además se recomienda adicionar un complemento nutricional industrializado que agregue 500 Kcal diarias. Esto es debido a que existen múltiples estudios que soportan que la nutrición parenteral induce atrofia y desorganización de la mucosa intestinal con un descenso en la superficie de absorción. Siendo la nutrición enteral la más fisiológica, más segura y menos cara, además previene la translocación bacteriana, mejora la función intestinal y contribuye a una mejor evolución postoperatoria.

PREPARACIÓN PREOPERATORIA INMEDIATA

Está bien descrito que un ayuno prolongado (mayor a ocho horas) tiene efectos perjudiciales: aumento de la resistencia a la insulina, mayor ansiedad perioperatoria, disfunción mitocondrial y mayor estrés metabólico, esto coloca al paciente en mayor riesgo de descontrol glucémico y aumenta su mortalidad. Sin embargo, la aspiración pulmonar relacionada a la anestesia es una de las principales causas de falla respiratoria, por lo que las intervenciones no deben aumentar este riesgo. Es por todo lo anterior que la ASA (2017) y ESA (2011) publicaron recomendaciones sobre el ayuno preoperatorio.

Material a ingerir	Mínimo período de ayuno
Líquido claro	2 h
Leche materna	4 h
Fórmula de leche	6 h
Leche no humana	
Alimento ligero	
Alimentos grasos	8 h (ASA)/6 h (ESA)

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

ESPEN en sus GPC (2017) recomienda reducir el ayuno preoperatorio a unas 6-8 horas y administrar una bebida rica en hidrato de carbono una noche antes (800 mL) y dos horas antes de la cirugía (400 mL).

NUTRICIÓN POSTOPERATORIA

El proceso de reinicio de la dieta en el postoperatorio está íntimamente relacionado con el tipo de procedimiento realizado. A pesar de que el colon puede tardar hasta 72 horas después de la cirugía en presentar función adecuada, no es un impedimento para reiniciar la terapia enteral, ya que el intestino delgado retorna a su peristaltismo normal en 6-12 horas de la cirugía y la nutrición puede ser asimilada y absorbida en su totalidad antes de la válvula ileocecal.

Las directrices de ESPEN insisten en la disminución del reposo digestivo postquirúrgico y la adaptación de la ingesta oral, según la tolerancia del paciente y el tipo de cirugía. Existen múltiples estudios que sustentan una reducción de todo tipo de complicaciones (infecciosa y no infecciosa), dehiscencia de sutura, incidencia de abscesos abdominales y estancia hospitalaria para una nutrición enteral precoz, mientras que la ASPEN recomienda soporte nutricional tras la cirugía en aquellos pacientes en los que se prevean tiempos de ayuno de al menos 7-10 días.

La desnutrición aumenta la morbilidad postoperatoria, la duración y el coste de ingreso. La valoración del estado nutricional de los pacientes previo, durante y posterior a la cirugía permite detectar a los pacientes con riesgo nutricional alto, los cuales se verán beneficiados con un soporte nutricional.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Morán-López JM, Piedra-León M, García-Unzueta MT, Ortiz-Espejo M, Hernández-González M, Morán-López R, et al. Soporte nutricional perioperatorio. *Cir Esp.* 2014;92:379-386.
- Mueller C, Compher C, Ellen DM; American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. A.S.P.E.N. clinical guidelines: Nutrition screening, assessment, and intervention in adults. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2011;35:16-24.
- Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, et al. ESPEN guideline: clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr.* 2017;36:623-650.
- Anaya-Prado R, Bolio-Galvis A, Ruy-Díaz Reynoso JA, Arenas-Márquez H, Carrasco-Rojas JA, Tapia-Jurado J, et al. Consenso Mexicano sobre Nutrición Perioperatoria. Grupo Cancún. *Rev Latinoam Cir.* 2012;2:26-33.
- 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;126:376-393.