



SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PERIOPERATORIO

Tamizaje y estado nutricional.

Patologías con más riesgo.

Qué pacientes necesitan soporte nutricional?

Tipos de soporte.

Conclusiones

CRITERIOS MÁS COMUNES PARA EL TAMIZAJE DE RIESGO PREOPERATORIO

- 1. Nivel bajo de albúmina sérica (< de 30 g/l).
- 1. IMC: < 18.5g/m²
- 1. Pérdida no intencional del peso: > del 10-15% en 6 meses.
- 1. VGS: grado C.
- 1. Recuento linfocitario.
- 1. Ver pliegue tricípital y/o gemelar.

Un aporte nutricional adecuado ayuda a responder al consumo de energía, reduciendo el desgaste endógeno y manteniendo un catabolismo más controlado.

EVALUAR EL RIESGO DE DESNUTRICIÓN:

Protocolos: VGS. MNS.GLIM.

Tipo de cirugía.

Actividad inflamatoria.Liberación de citoquinas,catecolaminas, renina → aumento de glucogenólisis, lipólisis,proteólisis rápida(pérdida nitrogenada de 10 a 15gr /día.

Insulinorresistencia con hiperglucemia.

Cuándo: 10 a 15 días antes de la cirugía.

Los Comuneros .Hospital de Bucaramanga.



CIRUGÍAS CON MÁS RIESGO DE DESNUTRICIÓN.

1) Alteración del mecanismo de la deglución.

1) Ingesta disminuída o imposible.

**3) Patología digestiva alta: estómago .Páncreas (pancreatitis ,
fístulas).**

4) Neoplasias: trastornos por:

Actividad del propio tumor.

Quimioterapia y radioterapia.

Anorexia severa.



Paciente mal nutrido: soporte 10 a 15 días antes.

Paciente bien nutrido : evitar soporte.

Postoperatorio: protocolo para retomar ingesta en 1 a 3 días.

**Riesgo de infecciones
Complicaciones cardiorrespiratorias.**

Paciente mal nutrido o con alto riesgo de desnutrición

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 pre-quirúrgica

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.

Desnutrición post-operatoria

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.

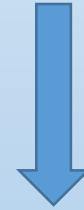
6TO. ENCUENTRO INTERINSTITUCIONAL DE RESIDENTES EN
ANESTESIA Vol. 40. Supl. 1 Abril-Junio 2017

Dra. Pamela Mercado-Velázquez

Intervención nutricional pre-operatoria antes de 48 hs de la cirugía.



**Evitar el ayuno preoperatorio:
No es necesario ni aconsejable.
Suministro de pequeñas cantidades de glucosa hasta 2 a 4 horas antes de la cirugía y durante las
24 horas posteriores a la cirugía.**



Disminución de resistencia a la insulina y mejor control de glucemias.



MEJOR RECUPERACIÓN.

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA

Aumentan el costo de
la atención

Gravan los recursos en
los sistemas de salud.

ESTUDIOS DE EFICACIA

PREVIENEN Y MEJORAN LAS
COMPLICACIONES.

Ochoa J.Rev.Nutr.Clin.Metab.2020
3(1) 18-20.

Iniciativa del cociente Q/I en cirugía:

Q: Resultados clínicos

I: Costo de la atención

A: Diagnóstico de desnutrición.

B: Intervención prenutricional antes de las 48 horas de la cirugía.

C: Evitar el ayuno preoperatorio desmedido.

D: Ingesta oral temprana post-operatoria.

WhiteJV; Guenter P; Jensen G et al.

Consensus statement: Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: Parenteral Enteral Nutr 36(3): 275- 83.2012 Pubmed. Abstract.

TIPOS DE SOPORTE NUTRICIONAL, INDICACIONES:

ORAL

ENTERAL

PARENTERAL

ORAL: La gran mayoría de los pacientes pueden recomponer su fisiología digestiva postoperatoria entre 1 a 3 días.

Pasar a dieta blanda (alimentos blandos y tiernos) en pequeñas cantidades de alto valor calórico. Pollo, pescado, huevo, yogur, leche, dulces.

ENTERAL: INDICACIONES:

Impedimento por cirugía , tránsito gastrointestinal oral.

Anorexia resistente(neoplasia).

Incapacidad para deglutir e ingerir.

Como apoyo suplementario en desnutrición, según los requerimientos calóricos.

Duración estimada del apoyo y recursos disponibles.

CONTRAINDICACIONES:

Obstrucción intestinal . Vómitos y náuseas incoercibles .Fístulas.

APOYO PARENTERAL.INDICACIONES:

Ausencia de ingesta oral o enteral por más de 10 días.

Obstrucción incorregible.

Deterioro grave de la nutrición.

CONTRAINDICACIONES:

Expectativa de vida menor a 40 días.

Falta de accesos vasculares.

Incapacidad temporal para comer.

NECESIDADES ENERGÉTICAS

Intervención simple : 1750 cal / día.

Stress moderado: 2150 cal/ día.

Stress grave: 2430 cal/ día.

Glucosa: NP: dextrosa.

NE: bajo índice glucémico.

Proteínas: 1,2 a 1,5 gr / Kg / día.

Lípidos: alrededor del 30%.0.7 a 1,5 gr /kg / día.

Evaluar nutrición estándar o individualizada según fisiopatología cardíaca, pulmonar, renal, respiratoria.

CONCLUSIONES

En general no se necesita soporte nutricional.

Buen estado perioperatorio.

Identificación del riesgo.

Soporte de elección: oral y/ o enteral.

Catalina Medande de Caballero.
San Cecilio. Granada.