



Boletín N° 5 de la Revista NutriBBraun y la Academia Aesculap "PROGRAMAS DE PREHABILITACIÓN QUIRÚRGICA"

Estamos felices de presentar el Boletín N° 5 de la Revista de Nutrición, una colaboración entre B. Braun y la Academia Aesculap.

En esta edición, nos centraremos en los programas de prehabilitación quirúrgica, una práctica cada vez más importante en el ámbito de la salud que busca optimizar la condición física y mental de los pacientes antes de someterse a una cirugía.

Los programas de prehabilitación preoperatoria enfatizan la suplementación nutricional, el abandono del hábito de fumar, el ejercicio físico y cognitivo y la reducción del estrés para mejorar el estado funcional y los resultados posoperatorios. En algunos casos, la cirugía electiva puede retrasarse para optimizar la condición preoperatoria del paciente.

Definición y alcance de los programas de prehabilitación:

La prehabilitación implica procesos preoperatorios para mejorar la capacidad funcional del paciente y optimizar la recuperación del estrés de la cirugía y la anestesia.

Si bien algunos protocolos de prehabilitación se han centrado en un solo tema, los enfoques "multimodales" que emplean dos o más intervenciones preoperatorias probablemente sean óptimos para la mayoría de los pacientes.

Es necesario un tiempo adecuado para los programas de prehabilitación. Aunque generalmente se considera que cuatro o más semanas es tiempo suficiente para los esfuerzos de prehabilitación, esta duración se individualiza según el diagnóstico del paciente y la urgencia del procedimiento quirúrgico planificado. Además, un período más largo puede ser óptimo para pacientes mayores y/o frágiles.

Aquí hay algunos ejemplos de programas de prehabilitación quirúrgica:

1. Ejercicio físico: Los programas de prehabilitación suelen incluir ejercicios diseñados específicamente para mejorar la fuerza, la resistencia y la flexibilidad. Esto puede incluir ejercicios aeróbicos, de resistencia y de estiramiento. Los fisioterapeutas suelen trabajar con los pacientes para desarrollar programas de ejercicio personalizados.



Dr. Fernando Lipovestky

Medical Advisor BBraun & Academia AESCULAP Perú.

Médico especialista en Terapia Intensiva - Médico especialista en Nutrición.

Profesor Universitario de la Universidad de Bs As y de la Universidad Abierta Interamericana.

Director del Consejo de Soporte Nutricional de la Sociedad Argentina de Medicina (SAM)

2. Nutrición: La optimización del estado nutricional antes de la cirugía puede mejorar la capacidad de curación y reducir el riesgo de complicaciones. Los pacientes pueden recibir orientación sobre una dieta saludable y, en algunos casos, suplementos nutricionales.

3. Manejo del estrés: El estrés puede afectar negativamente la recuperación después de la cirugía. Los programas de prehabilitación pueden incluir técnicas de relajación, meditación y manejo del estrés para ayudar a los pacientes a enfrentar la cirugía con calma y confianza.

4. Educación del paciente: Proporcionar información detallada sobre el procedimiento quirúrgico, los riesgos y los pasos a seguir durante la recuperación puede ayudar a reducir la ansiedad y mejorar la adherencia al tratamiento.

5. Cese del tabaquismo y reducción del consumo de alcohol: El tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol pueden aumentar el riesgo de complicaciones durante y después de la cirugía. Los programas de prehabilitación pueden incluir intervenciones para ayudar a los pacientes a dejar de fumar o reducir su consumo de alcohol antes de la cirugía.

6. Optimización de condiciones médicas preexistentes: Si un paciente tiene condiciones médicas preexistentes, como diabetes, hipertensión o enfermedades cardíacas, es importante optimizar el control de estas condiciones antes de la cirugía para reducir el riesgo de complicaciones.

7. Apoyo psicológico: La ansiedad y el estrés antes de la cirugía son comunes. Los programas de prehabilitación pueden incluir sesiones de apoyo psicológico individual o en grupo para ayudar a los pacientes a enfrentar sus preocupaciones y temores.

¿En qué cirugías? La prehabilitación multimodal se ha centrado principalmente en procedimientos quirúrgicos gastrointestinales, torácicos, urológicos y ginecológicos importantes para el tratamiento del cáncer, así como en cirugía cardíaca.

Cirugía mayor gastrointestinal o esofágica: En un metanálisis de 2019 que incluyó a 202 pacientes (dos ensayos controlados aleatorios y un estudio de cohorte) sometidos a cirugía de cáncer colorrectal, aquellos que participaron en prehabilitación multimodal que incluyó ejercicio e intervenciones nutricionales notaron una mejor supervivencia libre de enfermedad cinco años después de la cirugía de cáncer colorrectal en comparación con aquellos que no participaron.

Para los pacientes sometidos a cirugía esofágica para la resección del cáncer, un ensayo aleatorizado de 2018 en 68 pacientes observó que la prehabilitación (nutrición y ejercicio físico) mejoró la capacidad funcional posoperatoria medida con la prueba de marcha de 6 minutos.

Cirugía urológica: En un ensayo aleatorizado de 2021 de 70 hombres sometidos a cistectomía radical, un programa de prehabilitación que incluía ejercicios aeróbicos y de resistencia, nutrición y técnicas de relajación dio como resultado una mejor capacidad funcional.

Cirugía torácica: Muchas instituciones emplean prehabilitación para pacientes sometidos a resección de cáncer de pulmón.

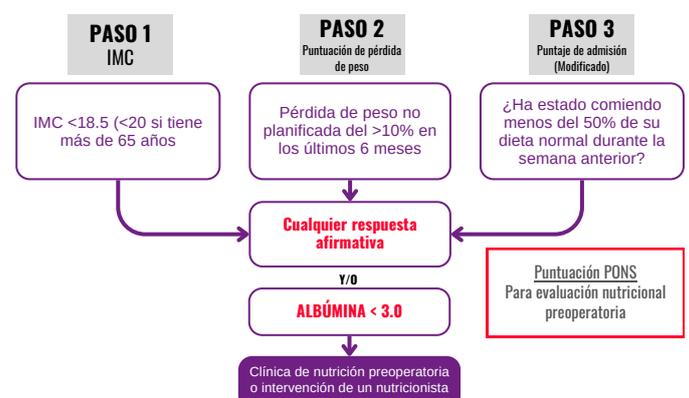
Un ensayo aleatorizado de 2020 en 73 pacientes sometidos a lobectomía toracoscópica por cáncer de pulmón observó una mejor capacidad funcional perioperatoria después de un programa de prehabilitación multimodal en el hogar de dos semanas que incluía asesoramiento nutricional, ejercicios aeróbicos y de resistencia, entrenamiento respiratorio y orientación psicológica, en comparación con el preoperatorio estándar.

Suplementos nutricionales: La desnutrición es común en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos mayores.

La evaluación preoperatoria del estado nutricional (Figura 1) y las intervenciones para tratar la desnutrición se abordan en temas separados:

Independientemente de los resultados de la evaluación, recomendamos suplementos proteicos orales y nutrición inmunomoduladora de cinco a siete días antes de la cirugía para todos los pacientes, e intervenciones más agresivas y de mayor duración para los pacientes desnutridos.

Figura 1.



INTERVENCIONES NUTRICIONALES

Una vez que queda claro que el paciente no podrá mantener una nutrición adecuada, la intervención nutricional puede incluir suplementos orales, alimentación enteral (sonda) o alimentación parenteral (intravenosa).

Se recomienda el soporte enteral sobre el soporte parenteral debido a su relativa simplicidad, seguridad, menores complicaciones y menor costo.

Nutrición enteral: El apoyo nutricional enteral se refiere al suministro de calorías, proteínas, electrolitos, vitaminas, minerales, oligoelementos y líquidos por vía intestinal, ya sea por vía oral o mediante una sonda de alimentación.

Apoyo nutricional preoperatorio: Para los pacientes que están adecuadamente nutridos o que tienen desnutrición leve a moderada, no es necesario retrasar la cirugía para recibir suplementos parenterales y enterales preoperatorios.

Sin lugar a dudas, los pacientes con desnutrición grave pueden obtener algún beneficio al retrasar la cirugía para ser alimentados. Los pacientes se beneficiarán más de la alimentación enteral que de la parenteral siempre que sea posible.

Apoyo nutricional postoperatorio: Para muchos pacientes posoperatorios, la nutrición oral o enteral temprana (<24 horas) es posible y se asocia con efectos beneficiosos. Siempre que sea posible, se debe instituir la nutrición enteral (alimentación oral o por sonda) en lugar de NPT. Para pacientes con un retorno retardado de la función intestinal, la nutrición parenteral posoperatoria está indicada sólo si no se anticipa el retorno de la función intestinal dentro de los 10 días. Una intervención más temprana puede ser apropiada en pacientes que tienen desnutrición grave al inicio del estudio o que tienen un curso postoperatorio complicado.

REFLEXIONES FINALES

- Para los pacientes que no están desnutridos o que tienen desnutrición leve a moderada, la cirugía no debe retrasarse para la alimentación enteral o parenteral preoperatoria.
- Los pacientes con desnutrición grave pueden obtener algún beneficio al retrasar la cirugía de 10 a 14 días para poder ser alimentados.

- La nutrición enteral se asocia con menos complicaciones en comparación con la nutrición parenteral. Los pacientes se benefician más de la alimentación enteral, siempre que sea posible, que de la nutrición parenteral, ya que la nutrición parenteral se asocia con un mayor riesgo de complicaciones infecciosas.
- Para muchos pacientes, la nutrición enteral posoperatoria temprana (<24 horas) es posible y se asocia con efectos beneficiosos. Siempre que sea posible, se debe instituir nutrición enteral (alimentación oral o por sonda), a menos que exista una contraindicación específica.
- Para pacientes con un retorno retardado de la función intestinal, la nutrición parenteral posoperatoria no está indicada a menos que no se anticipe que la función intestinal se recuperará en más de 10 días. Una intervención más temprana puede ser apropiada en pacientes que están gravemente desnutridos al inicio del estudio o que tienen un curso postoperatorio complicado.

Esperamos que los contenidos del boletín hayan sido útiles y enriquecedores para ustedes y sus colegas. Nos comprometemos a seguir trabajando en la producción de contenido de alta calidad y relevancia para la comunidad médica y de salud.

Una vez más, gracias por su apoyo continuo y por ayudarnos a difundir conocimiento y buenas prácticas en el campo de la nutrición y la prehabilitación quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA

1. Trépanier M, Minnella EM, Paradis T, et al. Improved Disease-free Survival After Prehabilitation for Colorectal Cancer Surgery. *Ann Surg* 2019; 270:493.
2. Minnella EM, Bousquet-Dion G, Awasthi R, et al. Multimodal prehabilitation improves functional capacity before and after colorectal surgery for cancer: a five-year research experience. *Acta Oncol* 2017; 56:295.
3. Minnella EM, Awasthi R, Loiselle SE, et al. Effect of Exercise and Nutrition Prehabilitation on Functional Capacity in Esophagogastric Cancer Surgery: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg* 2018; 153:1081.
4. Liu Z, Qiu T, Pei L, et al. Two-Week Multimodal Prehabilitation Program Improves Perioperative Functional Capability in Patients Undergoing Thoracoscopic Lobectomy for Lung Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Anesth Analg* 2020; 131:840.