

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Optimización de la atención nutricional en Europa y cómo ERAS mejora la atención nutricional en cirugía

Optimizing Nutritional Care in Europe and how ERAS improves nutritional care in surgery

Olle Ljungqvist, MD, PhD.¹

.....
1. School of Medical Sciences, Dept of Surgery, Örebro University Hospital & Örebro University, Suecia

Resumen

Este documento es una breve revisión de cómo la Alianza Europea de Nutrición para la Salud (ENHA, por sus siglas en inglés) ha trabajado para ayudar a mejorar la atención nutricional en Europa y también una introducción a la atención nutricional integrada en los protocolos de recuperación mejorada después de la cirugía (ERAS, por sus siglas en inglés).

Palabras clave: Alianza Europea de Nutrición para la Salud (ENHA); Atención Nutricional Óptima para Todos (ONCA); Desnutrición relacionada con la enfermedad (DRM); Recuperación mejorada de la cirugía (ERAS).

Abstract

This paper is a short review of how the European Nutrition for Health Alliance (ENHA) has worked to help improve nutritional care in Europe and also an introduction to the nutrition care embedded in the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocols.

Recibido:
Diciembre 13, 2022

Aceptado:
Febrero 08, 2023

Correspondencia:
olle.ljungqvist@oru.se

DOI: 10.56050/01205498.2242

Keywords: European Nutrition for Health Alliance (ENHA); Optimal Nutrition Care (ONCA); Disease Related Malnutrition (DRM); Early Recovery After Surgery (ERAS).

Un programa para optimizar la atención nutricional en Europa

La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRM, por sus siglas en inglés) es un problema común y oculto también en Europa, el continente más rico del mundo (1). A principios de siglo, mientras las políticas europeas y nacionales se centraban en la obesidad como el principal problema nutricional, se estimaba que 30 millones de habitantes estaban en riesgo de desnutrición en Europa (1,2). Claramente hubo una brecha en el conocimiento que surgió de los especialistas en el campo de la nutrición clínica, y que mostró los efectos perjudiciales de la desnutrición y la atención nutricional deficiente en los hospitales y otras instituciones de atención (2,3), y la conciencia entre todos los actores involucrados en el cuidado de la salud. Esta falta de perspicacia incluía no solo a los responsables de la toma de decisiones y a los políticos, sino también a los directores de hospitales y, en particular, a las profesiones médicas y las organizaciones de pacientes.

En el año 2005, los líderes de la Asociación Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN, por sus siglas en inglés), una organización médica líder mundial en nutrición clínica, y otras partes interesadas, se reunieron para abordar el problema de la falta de conciencia sobre este tema. Se decidió iniciar una plataforma para lograr una colaboración amplia de todos los involucrados, con el objeto de crear conciencia sobre el problema y una estructura de implementación que abarcaría todos los países europeos, comenzando al más alto nivel de la Unión Europea (UE) en Bruselas (4). Para atraer el interés de los políticos clave de la unión europea (UE), se formó la Alianza Europea de Nutrición para la Salud (ENHA, por sus siglas en inglés), una organización de múltiples entidades interesadas, sin fines de lucro. La alianza inicialmente involucró a las sociedades médicas y expertos, pero también a los gerentes de hospitales y organizaciones de compañías de seguros y de la industria de nutrición médica. El objetivo inmediato era incluir la atención nutricional en los programas paneuropeos lanzados por la UE y

luego trasladarlos al nivel nacional. Este primer paso se denominó “lucha contra la desnutrición”. Al involucrar a muchos expertos de la ESPEN y emplear sus experiencias de fracasos y éxitos, y con la fuerza de la plataforma, se lograron una serie de avances importantes a nivel de la UE. ENHA logró incluir la atención nutricional en programas de salud de la UE, como “Together for Health 2008-2013” y el Programa Europeo de Acción contra el Cáncer y la Plataforma Europea de Innovación sobre Envejecimiento Activo y Saludable. En 2010, ENHA, los miembros del parlamento de la UE y la presidencia de la UE de Bélgica organizaron una conferencia en el Parlamento; en ella los responsables políticos y expertos europeos pidieron la detección obligatoria del riesgo nutricional para todos los ciudadanos europeos cuando buscan o reciben atención en salud.

El gran avance en Bruselas en 2010 mostró que se había establecido conciencia al más alto nivel político en la UE. Esto condujo al desarrollo de la siguiente fase del trabajo de ENHA. Se inició un rediseño del proyecto para centrarse en la adopción nacional y la implementación de las instrucciones dadas a nivel de la UE. Esta fase se denominó Atención Nutricional Óptima para Todos (ONCA, por sus siglas en inglés) y se lanzó en 2014 (4). ONCA sería el motor de soporte para implementar la construcción de estructuras y grupos multidisciplinarios, y sería similar y basada en las experiencias del trabajo exitoso a nivel de la UE, reuniendo a los profesionales de las asociaciones de atención médica, grupos de pacientes, gerentes de atención médica, políticos y otros, para mover las directivas país por país. Quedó claro que una vez que todos los involucrados conocen los problemas y sus raíces, pueden ver qué hacer para abordarlos. También revela el entendimiento de que ningún grupo individual puede impulsar el cambio por sí solo: se necesitará un compromiso de todos los interesados para alcanzar los mejores resultados. Un integrante clave en esta fase fue la participación creciente y la fuerte colaboración con el Foro Europeo de Pacientes (EPF, por sus siglas en inglés) en ENHA, que se formalizó en el 2012. La colaboración de EPF condujo a una serie de eventos y

aportes significativos, como el libro “Perspectivas de los pacientes sobre nutrición”, que ha jugado un papel importante.

La campaña de la ONCA ha ido creciendo a lo largo de los años. Los países se han sumado a la campaña para impulsar el cuidado nutricional basado en tres pilares: un equipo multidisciplinario, generalmente basado en las asociaciones nacionales de nutrición enteral y parenteral, la implementación de planes nacionales de atención nutricional para promover prácticas de atención nutricional, y la colaboración con otros países de la ONCA.

Un logro importante de la campaña ONCA fue asegurar conexiones con los legisladores en los gobiernos para garantizar que la atención nutricional se estableciera como una necesidad básica en la atención brindada. El programa en sí se basó en dos decisiones estratégicas: en primer lugar, la campaña se centraría en cuatro partes diferentes; medir, educar, implementar e influir y, en segundo lugar, compartir las mejores prácticas, colocándolas a disposición de todos en un sitio web (www.european-nutrition.org) para usar y construir una red de apoyo entre países. Hoy en día, la campaña de la ONCA involucra a 19 países de toda Europa, y ha realizado congresos anuales moviéndose de un país a otro. Estas estrategias han llevado a cambios y mejoras tangibles en muchos países, incluida la implementación de pautas para el cuidado nutricional y la detección de desnutrición, versiones de pautas para pacientes, programas educativos y desembolsos para nutrición médica (4).

Programas Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) para mejorar la atención nutricional

ERAS fue iniciado por Ken Fearon de Edimburgo y Olle Ljungqvist de Estocolmo, dos cirujanos inspirados por un tercer cirujano, Henrik Kehlet de Copenhague (5). Tanto Ken Fearon como Olle Ljungqvist tenían un interés especial en la nutrición quirúrgica y el metabolismo, y se conocieron

a través de ESPEN. También se han desempeñado como presidentes de la Sociedad Internacional de Nutrición y Metabolismo Quirúrgico (IASMEN, por sus siglas en inglés), una sociedad especializada, enfocada en temas de nutrición en la Sociedad Quirúrgica Internacional (ISS, por sus siglas en inglés). IASMEN se formó en 1995 en la Semana Quirúrgica de la ISS por el profesor José Félix Patiño Restrepo. IASMEN ha desempeñado un papel importante al reunir a los cirujanos interesados y desarrollar la atención nutricional de los pacientes quirúrgicos. Con la inspiración de este trabajo pionero y el entendimiento de que trabajar juntos, no solo brinda alegría, sino que también multiplica la efectividad, elementos importantes en el inicio de lo que más tarde se convirtió en la ERAS® Society y de un movimiento que ha demostrado cambiar la cirugía y la forma en que trabajamos (www.eras-society.org).

Con el interés en el metabolismo quirúrgico como punto en común, Fearon y Ljungqvist invitaron a colegas con el mismo interés a iniciar una colaboración para mejorar la recuperación después de la cirugía. El grupo abordó la literatura médica para encontrar la evidencia de los elementos de atención que podrían afectar los resultados de manera positiva. Publicaron la primera guía para el cuidado perioperatorio de resecciones de colon en 2005 (6), y en trabajos posteriores demostraron que el protocolo propuesto tuvo un impacto enorme en los resultados a corto plazo, al reducir las complicaciones y el tiempo de recuperación entre 30 y -50% (5,7). También quedó claro que la atención sugerida por la literatura para mejorar los resultados, por lo general tenía un efecto de reducción del estrés en las reacciones a la cirugía (8), concluyendo que los conceptos de manejo del metabolismo quirúrgico como una forma de mejorar los resultados parecían ser ciertos.

Un trabajo más reciente de Canadá ha demostrado que al implementar los principios ERAS, el cuidado nutricional es un factor clave (8). Los aspectos nutricionales de ERAS implican preparar el estado nutricional antes de la cirugía, según sea

necesario para aquellos en riesgo de desnutrición. Esto se hace mediante el suministro de una bebida de carbohidratos 2 horas antes de cirugía para aumentar la sensibilidad a la insulina, con el objeto de mitigar el catabolismo posoperatorio; control de líquidos, para evitar la sobrehidratación, evitando o minimizando el uso de opioides para el manejo del dolor y permitiendo la movilización y la alimentación temprana dentro de las horas posteriores a la cirugía (5). Estos elementos de atención deben administrarse uno después del otro para lograr un funcionamiento óptimo. Si no se han manejado los elementos de cuidado preoperatorios y se han administrado demasiados líquidos o se están empleando opioides, será muy difícil lograr que el paciente pueda comer. Sin embargo, los datos canadienses muestran, que una vez que se implementen estos elementos de atención, se espera un cambio drástico en la atención nutricional y la recuperación (9). Para que esto funcione en la complejidad de la atención que implica una vía de atención quirúrgica, un aspecto fundamental del modelo de atención ERAS es realizar un seguimiento de los diferentes elementos de atención y asegurarse de que sucedan todo el tiempo. La auditoría de los procesos y la retroalimentación de los involucrados en el grupo son necesarios para poder comprender muchos de los resultados que encontramos en el posoperatorio. El paciente que presenta náuseas y vómitos posoperatorios, generalmente recibió un tratamiento incorrecto al iniciar (una sobrecarga de líquidos, opioides) o simplemente no recibió la atención que debería (profilaxis de náuseas).

Conflictos de interés

El autor no presentan conflictos de interés relacionados con el tema del artículo.

Financiación

Ninguna declarada por el autor.

Referencias

1. Ljungqvist O, van Gossum A, Sanz ML, de Man F. *The European fight against malnutrition*. *Clin Nutr*. 2010;29(2):149-50. doi: 10.1016/j.clnu.2009.10.004.
2. Elia M. *Nutrition, hospital food and in-hospital mortality*. *Clin Nutr*. 2009;28(5):481-3. doi: 10.1016/j.clnu.2009.06.010.
3. Hiesmayr M, Schindler K, Pernicka E, Schuh C, Schoeniger-Hekele A, Bauer P, et al. *Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients: the NutritionDay survey 2006*. *Clin Nutr*. 2009;28(5):484-91. doi: 10.1016/j.clnu.2009.05.013.
4. de Man F, Barazonni R, Garel P, van Ginkel-Res A, Green C, Koltai T, et al. *Towards optimal nutritional care for all: A multi-disciplinary patient centred approach to a complex challenge*. *Clin Nutr*. 2020;39(5):1309-1314. doi: 10.1016/j.clnu.2020.03.020.
5. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. *Enhanced Recovery After Surgery: A Review*. *JAMA Surg*. 2017 Mar 1;152(3):292-298. doi: 10.1001/jamasurg.2016.4952.
6. Fearon KC, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M, Revhaug A, Dejong CH, Lassen K, et al. *Enhanced recovery after surgery: a consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection*. *Clin Nutr*. 2005;24(3):466-77. doi: 10.1016/j.clnu.2005.02.002.
7. Gustafsson UO, Hausel J, Thorell A, Ljungqvist O, Soop M, Nygren J; et al. *Adherence to the enhanced recovery after surgery protocol and outcomes after colorectal cancer surgery*. *Arch Surg*. 2011;146(5):571-7. doi: 10.1001/archsurg.2010.309.
8. Ljungqvist O, Jonathan E. *Rhoads lecture 2011: Insulin resistance and enhanced recovery after surgery*. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2012;36(4):389-98. doi: 10.1177/0148607112445580.
9. Martin L, Gillis C, Atkins M, Gillam M, Sheppard C, Buhler S, et al. *Implementation of an Enhanced Recovery After Surgery Program Can Change Nutrition Care Practice: A Multicenter Experience in Elective Colorectal Surgery*. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2019;43(2):206-219. doi: 10.1002/jpen.1417. Epub 2018 Jul 23. PMID: 30035814.