

ERAS® en cirugía pediátrica: ¿ha llegado el momento del cambio?

P. Jiménez-Arribas, B. Núñez García

Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.

El concepto *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS®) nace del deseo de minimizar los efectos negativos de la respuesta al estrés quirúrgico. A finales de los años 90 surgieron estudios que demostraron una reducción en la estancia hospitalaria en pacientes adultos intervenidos de resección colónica mediante la aplicación conjunta de una serie de medidas protocolizadas, como el uso de la cirugía mínimamente invasiva, la movilización e ingesta postoperatoria precoz y la reducción del uso de opioides.

Este fue el germen de un cambio de paradigma en la práctica clínica, que dio paso a la creación en 2001 de un grupo internacional denominado ERAS® *Study Group*, el cual publicaría en 2005 la primera guía ERAS® recogida en la literatura médica para el manejo perioperatorio en la cirugía electiva de colon en adultos⁽¹⁾.

En 2010, el grupo se consolidó como verdadera sociedad (ERAS® *Society*), cuya misión es optimizar la atención perioperatoria y mejorar la recuperación de los pacientes quirúrgicos a través de la investigación, la educación, la revisión sistemática y la implementación de prácticas reconocidas y basadas en la evidencia publicadas en una serie de guías de práctica clínica (ERAS® *guidelines*).

Todas las guías ERAS® trazan una estrategia de manejo perioperatoria mediante una serie de recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible. Estas medidas se distribuyen a lo largo de todo el proceso quirúrgico, desde el momento en que se toma la decisión de intervenir hasta después del alta. Su aplicación requiere la implicación de todas las partes: cirujanos, anestesiólogos, personal de enfermería y, sobre todo, de los propios pacientes. Es, por lo tanto, una estrategia multimodal, multidisciplinar y centrada en el paciente, que persigue la estandarización en la práctica clínica habitual para mejorar los resultados postoperatorios.

Actualmente, esta sociedad ha publicado más de 30 guías en diferentes procedimientos quirúrgicos de varias especialidades, como son la cirugía general, la cirugía cardíaca y torácica, la obstetricia, la urología o la traumatología. Su aplicación ha demostrado mejorar los resultados postoperatorios, logrando una reducción de la estancia hospitalaria, de las complicaciones, de la morbilidad y de los costes hospitalarios⁽²⁾.

Las primeras experiencias en protocolos *fast-track* o *enhanced recovery* en cirugía pediátrica exploraron la aplicación de unos pocos elementos de manera individual, como por ejemplo la ingesta postoperatoria precoz, la limitación del uso de sondas y catéteres o la disminución del uso de opioides. A pesar de ser protocolos incompletos, ya mostraron resultados ampliamente positivos en cuanto a reducción de la estancia hospitalaria sin incrementar las complicaciones postoperatorias⁽³⁾.

Fue en mayo de 2020 cuando se publicó la primera guía ERAS® en cirugía pediátrica, con 17 recomendaciones para el cuidado perioperatorio de neonatos sometidos a cirugía intestinal electiva⁽⁴⁾. Este tipo de pacientes representa un objetivo perfecto para una guía de práctica clínica de este tipo debido a sus características fisiológicas, el contexto familiar particular, la gran variabilidad en su manejo quirúrgico y perioperatorio, y la alta tasa de complicaciones postquirúrgicas.

No se puede negar que existe un interés creciente en este tipo de estrategias, reflejado en el aumento del número de publicaciones científicas que analizan su implementación en pediatría en los últimos 10 años. No obstante, pese a la unánime aceptación de las guías ERAS® en pacientes adultos, parece que existen ciertas barreras para trasladar esta práctica a nuestra especialidad. En primer lugar, la dificultad para generar evidencia científica de calidad en cirugía pediátrica complica la elaboración de recomendaciones específicas, obligando a extrapolar algunas de las medidas aplicadas en adultos. Por otro lado, la falta de familiaridad de los profesionales y las familias con este concepto novedoso. Y, por último, el miedo de los propios facultativos a un resultado negativo hace que

Correspondencia: Dra. P. Jiménez. Hospital Universitario Parc Taulí.
C/ Parc Taulí, 1. 08208 Sabadell (Barcelona).
E-mail: pjimenez@tauli.cat

sea muy difícil modificar aquellas prácticas que nos son familiares por otras desconocidas, aunque puedan resultar en un beneficio potencial.

Para superar todos estos obstáculos será preciso un proceso constante de educación, identificación y revisión de problemas y, lo más importante, de trabajo en equipo. Porque para que la elaboración e implementación de un protocolo ERAS® sea exitosa, debe contar con la colaboración y la dedicación de todos aquellos implicados en el proceso, generando más evidencia científica y de mayor calidad que confirme los beneficios de esta estrategia en nuestro ámbito.

Este cambio de paradigma puede resultar complicado al principio, pero creemos que el ERAS® ha llegado para quedarse, y debemos estar preparados para formar parte del cambio.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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: 466-77.
2. Visoni A, Shah R, Gabriel E, Attwood K, Kukar M, Nurkin S. Enhanced Recovery after Surgery for non colorectal surgery? *Ann Surg.* 2018; 267: 57-65.
3. Shinnick JK, Short HL, Heiss KF, Santore MT, Blakely ML, Raval MV. Enhancing recovery in pediatric surgery: A review of the literature. *J Surg Res.* 2016; 202: 165-76.
4. Brindle ME, McDiarmid C, Short K, Miller K, MacRobie A, Lam JYK, et al. Consensus Guidelines for perioperative care in neonatal intestinal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations. *World J Surg* 44, 2482-92.