

<https://doi.org/10.69639/arandu.v13i1.2140>

Intervenciones de enfermería en protocolos ERAS: efectos sobre complicaciones, dolor y estancia hospitalaria

Nursing Interventions in ERAS Protocols: Effects on Complications, Pain, and Length of Hospital Stay

Ylenia Ivelise Viscarra Beltrán

lcdayleniaviscarra@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-8239-3945>

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
Guayaquil – Ecuador

Andrea Lisette Amores Vargas

andrealisette.feb1621@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-5285-2473>

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
Guayaquil – Ecuador

Jesús Orlando Navarrete Baidal

orlandojesus031291@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-9283-1440>

Hospital Teodoro Maldonado Carbo
Guayaquil – Ecuador

José Luis Lucio Páez

j_luiscuiopez@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-9993-9260>

Universidad Estatal de Guayaquil
Guayaquil – Ecuador

*Artículo recibido: 18 febrero 2026-Aceptado para publicación: 20 marzo 2026
Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.*

RESUMEN

Los protocolos de recuperación mejorada después de la cirugía (ERAS) han transformado el cuidado perioperatorio al integrar intervenciones basadas en evidencia orientadas a disminuir la respuesta al estrés quirúrgico y acelerar la recuperación funcional. La presente revisión bibliográfica analiza el papel de las intervenciones de enfermería dentro de ERAS y su efecto sobre las complicaciones posoperatorias, el dolor y la estancia hospitalaria. La evidencia reciente muestra que la enfermería constituye un eje operativo del protocolo mediante educación preoperatoria, reducción del ayuno, preparación nutricional, vigilancia de la analgesia multimodal, prevención de náuseas y vómitos, movilización temprana, inicio precoz de la vía oral, retiro oportuno de sondas y drenajes, y refuerzo de la adherencia del paciente. En conjunto, estas acciones se asocian con menor incidencia de complicaciones, mejor control del dolor, menor consumo de opioides y reducción significativa de la estancia hospitalaria, sin incremento consistente de la mortalidad ni de los reingresos. Asimismo, la adherencia al protocolo y la


capacitación del equipo condicionan gran parte de los resultados clínicos. Se concluye que las intervenciones de enfermería en ERAS no solo complementan el manejo multidisciplinario, sino que representan un componente estratégico para optimizar la seguridad, la recuperación y la eficiencia hospitalaria en el paciente quirúrgico.

Palabras clave: protocolos ERAS, enfermería perioperatoria, complicaciones posoperatorias, dolor posoperatorio, estancia hospitalaria

ABSTRACT

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocols have reshaped perioperative care by integrating evidence-based interventions aimed at reducing surgical stress and accelerating functional recovery. This bibliographic review examines the role of nursing interventions within ERAS pathways and their effects on postoperative complications, pain, and length of hospital stay. Recent evidence shows that nursing plays a central operational role through preoperative education, reduced fasting, nutritional optimization, monitoring of multimodal analgesia, prevention of nausea and vomiting, early mobilization, early oral intake, timely removal of drains and catheters, and reinforcement of patient adherence. Collectively, these actions are associated with lower complication rates, improved pain control, reduced opioid consumption, and significantly shorter hospital stay, without a consistent increase in mortality or readmission. In addition, protocol adherence and staff training appear to be major determinants of clinical benefit. It is concluded that nursing interventions within ERAS pathways do not merely support multidisciplinary care, but function as a strategic component for improving safety, recovery, and hospital efficiency in surgical patients.

Keywords: ERAS protocols, perioperative nursing, postoperative complications, postoperative pain, length of hospital stay

Todo el contenido de la Revista Científica Internacional Arandu UTIC publicado en este sitio está disponible bajo licencia Creative Commons Attribution 4.0 International. 

INTRODUCCIÓN

La atención perioperatoria contemporánea ha dejado de concebir la recuperación posquirúrgica como un trayecto pasivo, prolongado y dominado por la inercia del “reposo” hospitalario. En su lugar, los protocolos de recuperación mejorada después de la cirugía (Enhanced Recovery After Surgery, ERAS) han consolidado un modelo multimodal, estructurado y basado en evidencia que busca disminuir la respuesta neuroendocrina al trauma quirúrgico, preservar la función orgánica y acelerar la recuperación clínica sin sacrificar seguridad. Su relevancia es evidente en un escenario donde la cirugía continúa representando una carga importante para los sistemas sanitarios y donde las complicaciones posoperatorias prolongan la estancia, aumentan costos y deterioran la experiencia del paciente. La evidencia reciente, incluyendo una gran metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados, confirma que la adopción de ERAS se asocia con menor estancia hospitalaria y menor tasa de complicaciones, lo que ha impulsado su expansión a múltiples especialidades quirúrgicas y su consolidación como estándar organizativo del cuidado perioperatorio.

Dentro de este cambio de paradigma, ERAS no debe entenderse como una suma aislada de órdenes médicas, sino como una ruta clínica integrada que conecta evaluación preoperatoria, preparación metabólica, analgesia multimodal, movilización precoz, reinicio temprano de la vía oral, prevención del íleo y alta segura. Las actualizaciones recientes de la ERAS Society, especialmente en cirugía colorrectal, mantienen como pilares la alimentación oral temprana, la prevención multimodal del íleo, la reducción del ayuno innecesario y estrategias analgésicas que limiten la exposición a opioides. Estos elementos no producen su efecto por simple prescripción: requieren ejecución sistemática, vigilancia continua, educación al paciente y coordinación fina entre disciplinas. Allí aparece con claridad la enfermería, no como acompañante periférico del proceso, sino como el engranaje que transforma una recomendación escrita en una intervención real, medible y sostenida a la cabecera del paciente.

La enfermería ocupa una posición estratégica en ERAS porque es el profesional que mantiene mayor continuidad a lo largo de la trayectoria perioperatoria. Desde la fase preoperatoria, interviene en la educación del paciente y su familia, corrige expectativas erróneas, refuerza la reducción del ayuno, participa en la preparación nutricional y favorece la adherencia a medidas activas como la movilización y la respiración dirigida. En el postoperatorio inmediato, monitoriza dolor, náuseas, tolerancia oral, funcionalidad intestinal, retiro de dispositivos, deambulacion, seguridad y preparación para el egreso. Un estudio multicéntrico reciente sobre adherencia a ERAS mostró que la comprensión del paciente, sus actitudes frente al protocolo y el soporte social influyen de forma decisiva sobre el cumplimiento, lo que subraya el peso de la educación y del acompañamiento clínico. Del mismo modo, programas formativos dirigidos al personal de enfermería han demostrado mejorar competencias, conocimientos y habilidades

necesarias para implementar ERAS con mayor consistencia, un detalle nada menor cuando la calidad del protocolo depende tanto de su diseño como de su ejecución cotidiana.

La literatura de los dos últimos años ha fortalecido esta relación entre intervenciones de enfermería y resultados clínicos. En 2024, una metanálisis publicada en *JAMA Network Open*, que reunió 74 ensayos clínicos aleatorizados y 9.076 participantes, mostró que los programas ERAS redujeron la estancia hospitalaria en 1,88 días y disminuyeron el riesgo de complicaciones, sin diferencias significativas en mortalidad o reingresos. Más cerca del campo específicamente enfermero, una revisión sistemática y metanálisis de 2025 en pacientes sometidos a colectomía laparoscópica concluyó que la enfermería ERAS acorta la estancia, reduce complicaciones y favorece la recuperación gastrointestinal, aunque el efecto sobre reingreso sigue siendo menos concluyente. En la misma línea, estudios recientes en cirugía de columna mínimamente invasiva y cirugía ginecológica oncológica mostraron menor dolor posoperatorio, menor consumo de opioides, recuperación más rápida y menor estancia hospitalaria cuando la atención perioperatoria se estructuró con intervenciones de enfermería alineadas a ERAS. En otras palabras, el beneficio clínico no parece depender únicamente del protocolo como documento, sino del modo en que las intervenciones son ejecutadas, reforzadas y auditadas en el terreno asistencial.

Sin embargo, el horizonte no es completamente uniforme. La implementación de ERAS aún enfrenta heterogeneidad entre centros, especialidades y equipos, y una de las razones más repetidas es la variabilidad en la adherencia. El estudio multicéntrico de 2025 en China reportó una adherencia global de 71,5%, con mejor cumplimiento en la evitación del ayuno prolongado y uso de antibiótico profiláctico, pero menor en la carga preoperatoria de carbohidratos y la prevención de trombosis venosa profunda. Además, investigaciones recientes sobre movilización dentro de rutas ERAS han mostrado que una proporción importante de pacientes no alcanza las metas diarias recomendadas, a pesar de que la movilización temprana es uno de los núcleos fisiológicos del protocolo. A esto se suman barreras reconocidas por las propias enfermeras: escasez de personal, resistencia al cambio, fragmentación interdepartamental y dificultades para sostener auditorías y retroalimentación permanentes. El problema, por tanto, no es solo conocer ERAS, sino lograr que sus elementos se cumplan con disciplina operacional. Y en ese punto, la enfermería vuelve a situarse en la primera línea del éxito o del fracaso del modelo.

En este contexto, revisar críticamente las intervenciones de enfermería dentro de los protocolos ERAS resulta pertinente tanto desde la práctica clínica como desde la gestión hospitalaria. No se trata únicamente de demostrar que ERAS funciona, algo ya ampliamente sugerido por la evidencia reciente, sino de precisar cómo la enfermería contribuye a ese efecto y cuáles son los mecanismos asistenciales que impactan con mayor fuerza sobre las complicaciones, el dolor y la estancia hospitalaria. Esta revisión bibliográfica se propone analizar la evidencia actual sobre el papel de las intervenciones de enfermería en los protocolos ERAS, identificando sus principales componentes, su fundamento clínico y su efecto sobre los desenlaces

posoperatorios más relevantes. Como premisa de trabajo, se plantea que una implementación de ERAS con fuerte liderazgo enfermero, alta adherencia y educación estructurada del paciente se asocia con mejores resultados clínicos y con una recuperación más segura, más corta y eficiente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa con enfoque cualitativo-descriptivo, orientada a sintetizar la evidencia científica reciente sobre las intervenciones de enfermería integradas en protocolos ERAS y su efecto sobre complicaciones posoperatorias, dolor y estancia hospitalaria. La organización metodológica de la búsqueda, selección y presentación de la evidencia tomó como referencia los principios de la declaración PRISMA 2020 para revisiones, especialmente en lo relativo a identificación, cribado, elegibilidad y síntesis de los estudios, aunque por la heterogeneidad clínica y metodológica de los artículos incluidos no se planteó metanálisis.

La búsqueda bibliográfica se desarrolló en bases de datos biomédicas y de enfermería de amplia utilización académica: PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, CINAHL, ScienceDirect y Google Scholar. Se priorizó literatura publicada entre enero de 2024 y marzo de 2026, con el propósito de incluir evidencia contemporánea, actualizaciones de guías y estudios recientes relacionados con la implementación perioperatoria de ERAS. Para la estrategia de búsqueda se emplearon términos en inglés y español, combinados mediante operadores booleanos AND y OR, entre ellos: “Enhanced Recovery After Surgery”, “ERAS”, “nursing interventions”, “perioperative nursing”, “postoperative complications”, “postoperative pain”, “length of stay”, “hospital stay”, “intervenciones de enfermería”, “dolor posoperatorio”, “complicaciones” y “estancia hospitalaria”. Asimismo, se utilizaron combinaciones dirigidas para mejorar la precisión, tales como “ERAS AND nursing AND complications”, “ERAS AND postoperative pain”, y “ERAS AND length of stay”. Para reforzar la pertinencia clínica, se revisaron además documentos de consenso y recomendaciones recientes de la ERAS Society, en particular aquellos relacionados con la atención perioperatoria y la recuperación multimodal.

Los criterios de inclusión consideraron artículos originales, revisiones sistemáticas, metanálisis, estudios observacionales, cohortes retrospectivas, guías clínicas y documentos de consenso publicados en revistas indexadas y sometidas a revisión por pares, con texto completo disponible en inglés o español. Se incluyeron investigaciones realizadas en población quirúrgica adulta o en contextos quirúrgicos mixtos cuando las intervenciones de enfermería estuvieran claramente descritas y vinculadas a desenlaces clínicos de interés. Se exigió que los estudios abordaran al menos uno de los siguientes resultados: complicaciones posoperatorias, dolor posoperatorio, requerimiento analgésico, consumo de opioides, recuperación funcional o estancia hospitalaria. Se excluyeron editoriales, cartas al editor, resúmenes de congresos sin desarrollo metodológico suficiente, reportes de caso aislados, artículos duplicados, publicaciones fuera del

período establecido y estudios en los que el componente de enfermería no pudiera diferenciarse con claridad dentro del protocolo ERAS. La selección de los documentos se efectuó en tres etapas. En una primera fase se identificaron los registros potencialmente relevantes a partir de la estrategia de búsqueda previamente descrita; posteriormente se eliminaron duplicados. En la segunda fase se revisaron títulos y resúmenes para valorar su pertinencia temática. En la tercera fase se realizó lectura crítica a texto completo de los artículos elegibles, con énfasis en el diseño del estudio, calidad metodológica, población quirúrgica, tipo de intervención de enfermería, adherencia al protocolo ERAS y resultados clínicos reportados. Se dio prioridad a estudios con mayor robustez metodológica, mejor claridad en la descripción de los componentes del protocolo y mayor aplicabilidad clínica para el objetivo de esta revisión. Además, se consideró de especial valor la literatura proveniente de guías actualizadas, metanálisis y estudios multicéntricos.

Para la extracción y organización de la información se diseñó una matriz de análisis que incluyó: autor y año de publicación, país o contexto de desarrollo, tipo de estudio, población intervenida, especialidad quirúrgica, componentes del protocolo ERAS, intervenciones específicas de enfermería, desenlaces clínicos evaluados y principales conclusiones. La síntesis de la evidencia se realizó de forma narrativa y temática, agrupando los hallazgos en tres ejes centrales: a) intervenciones de enfermería orientadas a la reducción de complicaciones, b) estrategias de control del dolor y disminución del uso de opioides, y c) acciones asociadas con la reducción de la estancia hospitalaria y aceleración de la recuperación funcional. Esta modalidad de síntesis permitió integrar estudios con diseños diferentes y contextos quirúrgicos diversos, manteniendo coherencia con el objetivo de identificar el papel clínico y organizacional de la enfermería dentro de ERAS. Por tratarse de una investigación documental basada exclusivamente en fuentes secundarias de acceso científico, no fue necesaria la participación directa de pacientes ni la aplicación de consentimiento informado.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La revisión bibliográfica evidenció una tendencia consistente a favor de los protocolos ERAS cuando las intervenciones de enfermería forman parte activa, estructurada y verificable del proceso perioperatorio. En términos globales, la evidencia reciente muestra que ERAS no solo mejora la recuperación del paciente quirúrgico, sino que además reduce la estancia hospitalaria y la frecuencia de complicaciones posoperatorias. La metanálisis de *JAMA Network Open*, que integró 74 ensayos clínicos aleatorizados con 9.076 participantes, reportó una reducción media de 1,88 días en la estancia hospitalaria y una disminución significativa del riesgo de complicaciones en el grupo ERAS, mientras que la mortalidad y el reingreso no mostraron diferencias consistentes. Este hallazgo es relevante porque confirma que la recuperación mejorada tiene impacto clínico tangible y que su beneficio principal se concentra en desenlaces funcionales

y de seguridad temprana, precisamente aquellos en los que la enfermería tiene mayor capacidad de intervención continua.

Al revisar estudios más cercanos al componente enfermero, la misma dirección se mantuvo. En colectomía laparoscópica, una revisión sistemática y metanálisis de 2025 mostró que la enfermería ERAS acorta la estancia hospitalaria, reduce complicaciones y acelera la recuperación gastrointestinal, aunque sin demostrar con la misma solidez una reducción del reingreso. En cirugía de columna mínimamente invasiva, otro estudio de 2025 documentó una estancia menor en el grupo ERAS frente al manejo convencional (3,2 vs. 4 días), además de menor uso de opioides y reducción del drenaje posoperatorio. De forma parecida, en contextos de cirugía oncológica ginecológica y de tumores gastrointestinales tempranos, las intervenciones basadas en ERAS mejoraron recuperación, satisfacción y calidad de vida, con menos complicaciones y alta más temprana. Estos resultados sugieren que el efecto beneficioso del protocolo no es exclusivo de una sola especialidad, sino que atraviesa distintos escenarios quirúrgicos cuando existe adherencia operativa a sus componentes esenciales. En relación con el dolor posoperatorio, los hallazgos fueron particularmente sólidos. La literatura reciente coincide en que las intervenciones de enfermería articuladas dentro de ERAS favorecen un mejor control analgésico, disminuyen el requerimiento de opioides y facilitan la movilización temprana. En cirugía por cáncer cervical, la vía de enfermería perioperatoria basada en ERAS mejoró el control del dolor, redujo la dependencia de opioides y reforzó el uso de estrategias multimodales y no farmacológicas. En cirugía espinal mínimamente invasiva también se observaron menores puntuaciones de dolor en los primeros días y menor proporción de pacientes que necesitaron opioides en comparación con la atención convencional. Estos resultados tienen una lectura clínica potente: el dolor deja de ser un desenlace aislado para convertirse en una variable bisagra que condiciona respiración efectiva, deambulación, tolerancia oral, funcionalidad intestinal y, en última instancia, posibilidad de egreso seguro. Desde esa perspectiva, la enfermería no solo “vigila” el dolor, sino que lo gestiona como factor determinante del curso posoperatorio.

Al analizar qué intervenciones parecen explicar estos beneficios, emergen con claridad varios núcleos de acción enfermera. La educación preoperatoria mejora comprensión, expectativas y adherencia; la disminución del ayuno prolongado y la preparación nutricional reducen catabolismo y favorecen estabilidad metabólica; la movilización temprana y el inicio precoz de la vía oral ayudan a prevenir íleo, trombosis y descondicionamiento; el retiro oportuno de sondas, drenajes y catéteres favorece autonomía, confort y reducción del riesgo infeccioso; y la monitorización sistemática del dolor, las náuseas, la función intestinal y la tolerancia al esfuerzo permite detectar desviaciones antes de que se conviertan en complicaciones mayores. La guía ERAS Society 2025 para cirugía colorrectal vuelve a destacar la alimentación oral temprana y la prevención multimodal del íleo, mientras que estudios recientes de adherencia muestran que muchos de estos componentes dependen de acompañamiento educativo y refuerzo diario por parte

del personal de enfermería. El mensaje de fondo es claro: el protocolo funciona mejor cuando la enfermería consigue traducirlo en conducta clínica repetible.

Un hallazgo igualmente importante de esta revisión fue que la efectividad de ERAS no depende únicamente del contenido del protocolo, sino de su cumplimiento real. El estudio multicéntrico de 2025 sobre adherencia mostró un cumplimiento global de 71,5%, con mejores resultados en la reducción del ayuno y la profilaxis antibiótica, pero menor implementación en carga preoperatoria de carbohidratos y prevención de trombosis venosa profunda. A esto se suma que la movilización, uno de los pilares más repetidos de ERAS, todavía está lejos de alcanzarse de manera homogénea; investigaciones recientes en cirugía colorrectal han señalado que una proporción considerable de pacientes no cumple las metas diarias esperadas. Desde la experiencia de enfermería, los principales obstáculos descritos incluyen déficit de personal, fragmentación entre servicios, resistencia al cambio y dificultades para sostener auditorías internas.

En otras palabras, el principal enemigo de ERAS no parece ser la falta de teoría, sino la brecha entre la recomendación y la práctica. Allí la enfermería vuelve a ocupar el centro del tablero, porque su liderazgo puede convertir un bundle en una cultura asistencial. Desde la discusión crítica, uno de los aspectos más novedosos de esta revisión es que desplaza el foco desde “ERAS como protocolo” hacia “enfermería como mecanismo de efectividad del protocolo”. La literatura clásica ya había demostrado beneficios generales de ERAS, pero los estudios más recientes permiten apreciar con mayor nitidez que la educación, la monitorización, la movilización y la gestión diaria de la adherencia no son tareas accesorias, sino variables determinantes del resultado final. Al mismo tiempo, persisten elementos controversiales. La reducción del reingreso y de la mortalidad no ha sido consistente, y algunos estudios muestran que las mayores ventajas se concentran en dolor, estancia, consumo de opioides y recuperación funcional, más que en eventos duros de baja frecuencia. También existe heterogeneidad entre especialidades, definiciones operativas de adherencia y composición de los bundles, lo que dificulta comparar magnitudes de efecto entre estudios. Sin embargo, esta heterogeneidad no invalida el modelo; más bien revela que la próxima fase de investigación debe centrarse en estandarizar componentes, medir cumplimiento con mayor precisión y diferenciar cuáles intervenciones enfermeras tienen mayor peso en cada tipo de cirugía.

En términos de aplicación práctica, la pertinencia de estos hallazgos es alta para hospitales que buscan disminuir complicaciones evitables, optimizar camas y fortalecer calidad asistencial. Implementar ERAS sin una ruta enfermera clara equivale a lanzar un protocolo con las ruedas flojas: avanza, pero no con toda su potencia. La evidencia revisada respalda la necesidad de capacitar al personal, protocolizar educación al paciente, definir metas diarias de movilización y tolerancia oral, monitorizar analgesia multimodal y establecer auditorías de adherencia como parte del proceso institucional. Desde la perspectiva teórica, esta revisión también refuerza una línea de investigación centrada en seguridad del paciente, recuperación funcional y cuidado

perioperatorio basado en evidencia. Desde la perspectiva prospectiva, abre la puerta a estudios que comparen intervenciones enfermeras específicas, midan resultados por especialidad quirúrgica y evalúen modelos de implementación en hospitales de recursos intermedios. El balance final es firme: cuando la enfermería lidera la ejecución clínica de ERAS, el protocolo deja de ser un ideal académico y se convierte en una herramienta real de recuperación, eficiencia y seguridad.

Figura 1
Impacto de ERAS sobre la estancia hospitalaria

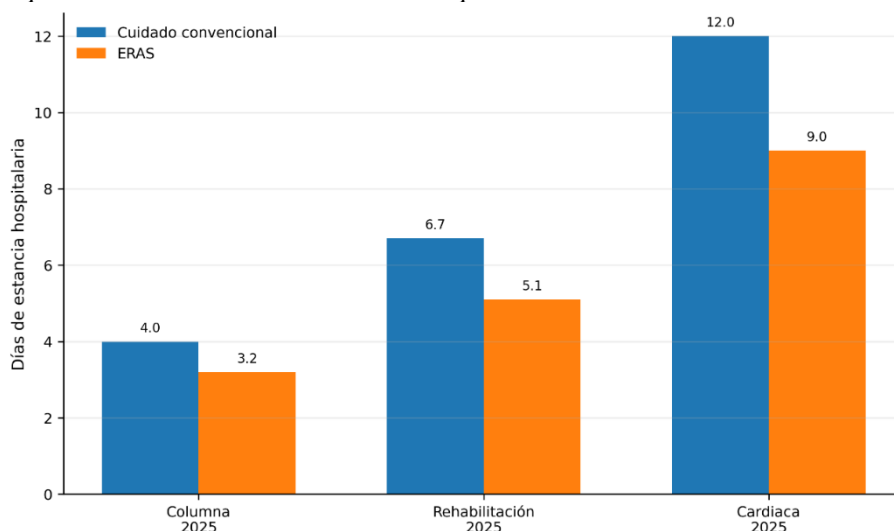
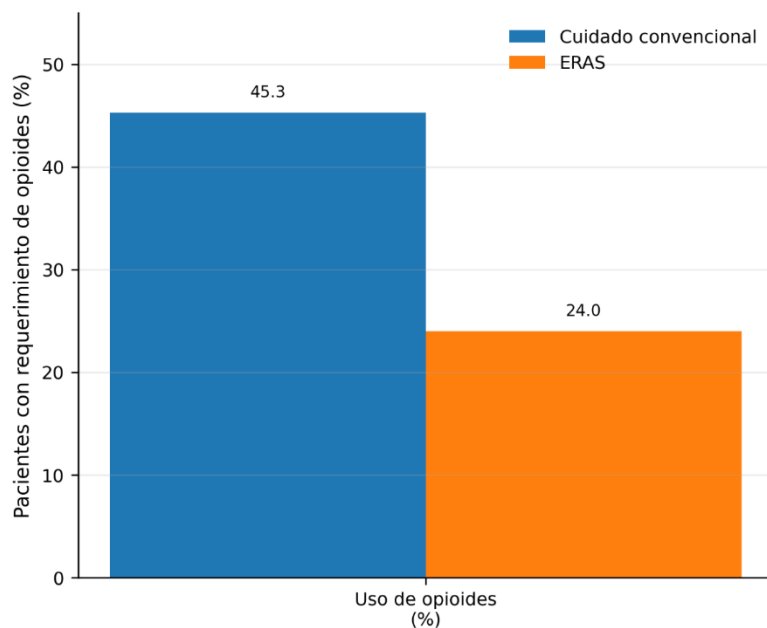


Gráfico comparativo entre cuidado convencional y ERAS en tres escenarios quirúrgicos recientes. La lectura visual deja claro que la aplicación del protocolo se asocia con menor estancia hospitalaria y, por tanto, con recuperación más eficiente y mejor rotación de cama

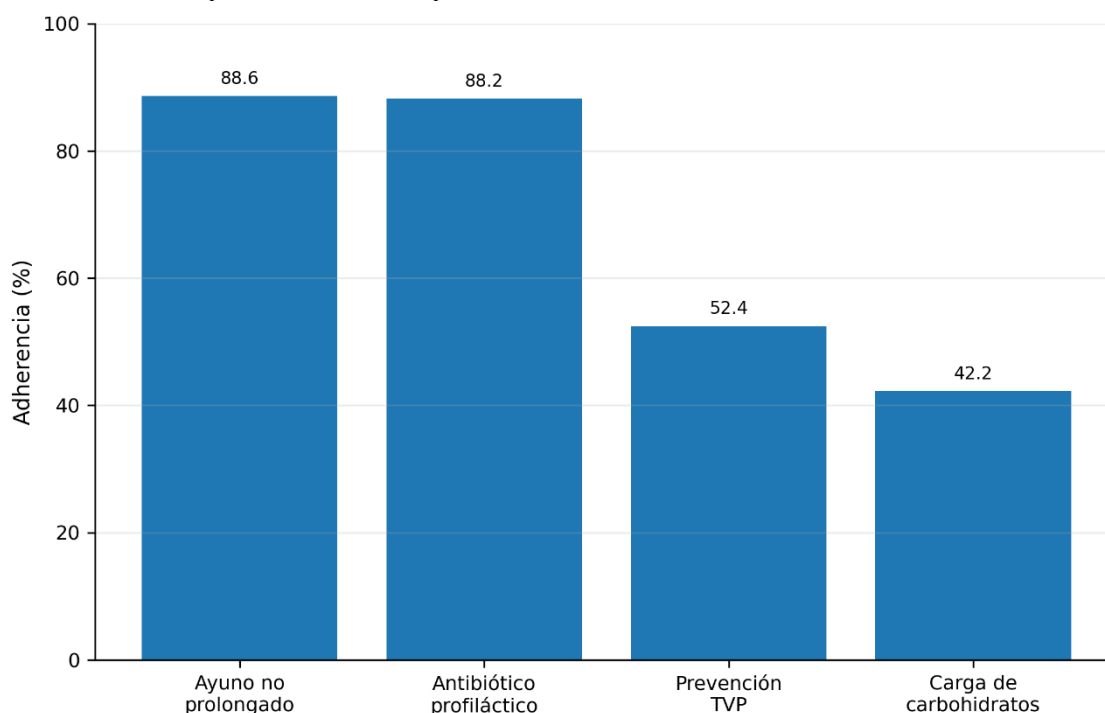
Figura 2
Reducción del requerimiento de opioides en pacientes con ERAS



Centrado en el consumo de opioides, mostrando menor necesidad analgésica en el grupo ERAS frente al manejo convencional. Es útil para sostener el eje de control del dolor y recuperación más limpia, con menos dependencia de opioides.

Figura 3

Adherencia a componentes clave del protocolo ERAS



Orientado a la ejecución del protocolo. Resume qué componentes suelen alcanzar mejor cumplimiento y cuáles siguen siendo más débiles, lo cual sirve mucho para discutir implementación real, brechas operativas y oportunidades de mejora del equipo de enfermería.

CONCLUSIONES

La presente revisión bibliográfica permite concluir que las intervenciones de enfermería integradas en los protocolos ERAS constituyen un componente decisivo del cuidado perioperatorio contemporáneo y no un elemento accesorio del trabajo multidisciplinario. La evidencia reciente muestra de manera consistente que, cuando la enfermería participa de forma estructurada en la educación preoperatoria, la reducción del ayuno innecesario, la preparación nutricional, la analgesia multimodal, la movilización temprana, el inicio precoz de la vía oral, el retiro oportuno de dispositivos y la vigilancia continua de la adherencia, los pacientes presentan mejor recuperación clínica, menor dolor, menor exposición a opioides y reducción de la estancia hospitalaria. En consecuencia, el papel de enfermería dentro de ERAS debe entenderse como un eje de ejecución clínica capaz de transformar recomendaciones protocolizadas en resultados tangibles de seguridad y eficiencia hospitalaria.

Con relación al objetivo central de este trabajo, los hallazgos permiten afirmar que las intervenciones de enfermería en protocolos ERAS sí se asocian con efectos favorables sobre las complicaciones posoperatorias, el control del dolor y la estancia hospitalaria. La reducción de complicaciones y días de hospitalización observada en metanálisis recientes, junto con los beneficios descritos en estudios de cirugía colorrectal, espinal, ginecológica y cardíaca, refuerza la idea de que la recuperación mejorada no depende únicamente de la técnica quirúrgica o anestésica, sino también de la calidad del acompañamiento clínico en el perioperatorio. De manera

especial, el control del dolor aparece como una variable de alta sensibilidad al trabajo enfermero, ya que su adecuada gestión favorece movilización, rehabilitación, mejor tolerancia oral y recuperación funcional más rápida. Esto otorga a la enfermería una posición estratégica en la modulación del curso posoperatorio temprano y en la disminución de desenlaces que prolongan la permanencia hospitalaria.

Otro punto de cierre importante es que la revisión no solo confirma la utilidad clínica de ERAS, sino que precisa mejor dónde radica su fuerza operativa. El protocolo funciona cuando se cumple, y se debilita cuando la adherencia es parcial, irregular o simbólica. En ese sentido, la revisión demuestra que una parte sustancial del valor de ERAS depende del liderazgo enfermero en la implementación cotidiana, la educación al paciente, la monitorización continua y la auditoría informal o formal de cada componente del protocolo. Allí reside una de las contribuciones más valiosas de este trabajo: desplazar la discusión desde el protocolo como documento hacia la ejecución clínica como verdadero determinante del resultado. El paciente no mejora porque exista una guía escrita, sino porque alguien la convierte en acciones reproducibles a la cabecera. Y en ese terreno, la enfermería ocupa un lugar central, probablemente más importante de lo que durante años se le reconoció en la literatura tradicional de recuperación posquirúrgica.

No obstante, también es necesario señalar que los beneficios de ERAS no se expresan con la misma magnitud en todos los desenlaces. La evidencia revisada muestra resultados más consistentes en reducción de estancia, dolor, consumo de opioides y complicaciones tempranas que en mortalidad o reingresos. Esta diferencia no debe interpretarse como una debilidad del modelo, sino como una consecuencia lógica de la naturaleza de los desenlaces evaluados. La mortalidad y ciertos eventos mayores dependen de múltiples factores clínicos, quirúrgicos y contextuales, mientras que la movilización, la función intestinal, el dolor y la autonomía funcional son variables más directamente influenciadas por el cuidado perioperatorio protocolizado. Asimismo, la heterogeneidad entre especialidades, la diversidad de bundles utilizados, las diferencias en recursos hospitalarios y la calidad variable de la adherencia explican por qué algunos estudios muestran mayores beneficios que otros. Por ello, las conclusiones de esta revisión deben asumirse con criterio clínico: el efecto global es favorable, pero su magnitud real depende del contexto donde el protocolo se implementa.

Desde el punto de vista práctico, esta revisión respalda la incorporación de rutas enfermeras explícitas dentro de cualquier programa ERAS institucional. No basta con adoptar un protocolo a nivel médico o anestésico; es indispensable traducirlo en indicadores de proceso, metas diarias, educación estructurada al paciente, seguimiento de dolor, tolerancia oral, deambulación, retiro de catéteres y verificación de adherencia. Para hospitales que buscan mejorar calidad asistencial, optimizar recursos, disminuir ocupación prolongada de camas y reducir complicaciones evitables, fortalecer la dimensión enfermera de ERAS no es un lujo académico, sino una decisión estratégica. Además, los hallazgos sugieren que la formación continua del personal y la

estandarización de prácticas pueden convertirse en multiplicadores de impacto, especialmente en instituciones donde las limitaciones de tiempo, personal o cultura organizacional dificultan la implementación homogénea de protocolos complejos.

En el plano científico, este trabajo se vincula de forma directa con las líneas de investigación relacionadas con seguridad del paciente, calidad del cuidado, recuperación funcional y gestión perioperatoria basada en evidencia. Su pertinencia radica en que ayuda a ordenar un campo que muchas veces ha sido narrado desde la cirugía o la anestesia, dejando en segundo plano la contribución enfermera. Al reunir evidencia reciente sobre complicaciones, dolor y estancia hospitalaria, la revisión aporta una visión más integrada y útil para comprender que la recuperación mejorada es, en esencia, una coreografía clínica donde el éxito depende de la precisión del equipo completo, pero donde la enfermería sostiene el ritmo diario del proceso. Esta perspectiva abre oportunidades para futuras investigaciones comparativas entre especialidades, para estudios centrados en componentes enfermeros específicos y para el desarrollo de modelos de implementación adaptados a hospitales de recursos intermedios o contextos latinoamericanos, donde la optimización del cuidado y del tiempo de hospitalización tiene valor clínico y también valor sistémico.

En definitiva, la revisión permite sostener que las intervenciones de enfermería dentro de los protocolos ERAS mejoran la experiencia del paciente quirúrgico, fortalecen la seguridad del proceso asistencial y contribuyen de manera concreta a una recuperación más rápida, menos dolorosa y más eficiente. El mensaje final es nítido: ERAS alcanza su máximo potencial cuando la enfermería deja de ser vista como apoyo logístico y se reconoce como arquitectura viva de la recuperación posoperatoria. Ese es, probablemente, el punto más sólido y con mayor proyección práctica que deja este trabajo.

REFERENCIAS

- Dong, F., Li, Y., Jin, W., & Qiu, Z. (2025). Effect of ERAS pathway nursing on postoperative rehabilitation of patients undergoing gastrointestinal surgery: A meta-analysis. *BMC Surgery*, 25(1), 239.
- Fang, Y., & Yu, Y. (2026). Comparison of ERAS-based multimodal pain nursing versus conventional analgesic care on postoperative pain and recovery after total hip arthroplasty: A retrospective study. *Medicine*, 105(1), e46508.
- Gustafsson, U. O., Rockall, T. A., Wexner, S., et al. (2025). Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations 2025. *Surgery*, 184, 109397.
- Huang, J., Wu, G., & Li, X. (2025). Application of perioperative nursing based on Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) principles in patients undergoing total knee arthroplasty. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 21, 829–839.
- Hübner, M., Kusamura, S., Villeneuve, L., et al. (2020a). Guidelines for perioperative care in cytoreductive surgery (CRS) with or without hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC): Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations—Part I: Preoperative and intraoperative management. *European Journal of Surgical Oncology*, 46(12), 2292–2310.
- Hübner, M., Kusamura, S., Villeneuve, L., et al. (2020b). Guidelines for perioperative care in cytoreductive surgery (CRS) with or without hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC): Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations—Part II: Postoperative management and special considerations. *European Journal of Surgical Oncology*, 46(12), 2311–2323.
- Li, D.-L., Li, W., & Chen, Z.-J. (2025). Enhanced recovery after surgery in the perioperative period promotes recovery of cervical cancer patients undergoing transabdominal radical resection. *American Journal of Translational Research*, 17, 230–238.
- Liu, F., Zhang, H., Long, X., Li, C., & Huang, M. (2025). Impact of an ERAS based nursing program on postoperative recovery in patients undergoing grade IV day surgery: A randomized controlled trial. *BMC Nursing*, 24(1), 962.
- Ljungqvist, O., de Boer, H. D., Balfour, A., et al. (2021). Opportunities and challenges for the next phase of enhanced recovery after surgery: A review. *JAMA Surgery*, 156(8), 775–784.
- Mu, T., Chen, Y., Ren, L., Lv, F., Hu, J., Liu, C., Wang, C., An, R., & Shen, Y. (2025). Adherence to the enhanced recovery after surgery protocol and its influencing factors among patients in Southwestern China: A multicenter cross-sectional study. *Frontiers in Medicine*, 12, 1660083.

- Nelson, G., Fotopoulou, C., Taylor, J., et al. (2023). Enhanced recovery after surgery (ERAS®) Society guidelines for gynecologic oncology: Addressing implementation challenges—2023 update. *Gynecologic Oncology*, 173, 58–67.
- Oodit, R., Biccard, B. M., Panieri, E., et al. (2022). Guidelines for perioperative care in elective abdominal and pelvic surgery at primary and secondary hospitals in low-middle-income countries (LMICs): Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendation. *World Journal of Surgery*, 46(8), 1826–1843.
- Peden, C. J., Aggarwal, G., Aitken, R. J., et al. (2021). Guidelines for perioperative care for emergency laparotomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations. Part 1—Preoperative: Diagnosis, rapid assessment and optimization. *World Journal of Surgery*, 45(5), 1272–1290.
- Sauro, K. M., Smith, C., Ibadin, S., et al. (2024). Enhanced Recovery After Surgery guidelines and hospital length of stay, readmission, complications, and mortality: A meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Network Open*, 7(6), e2417310.
- Scott, M. J., Aggarwal, G., Aitken, R. J., et al. (2023). Consensus guidelines for perioperative care for emergency laparotomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. Part 2—Emergency laparotomy: Intra- and postoperative care. *World Journal of Surgery*, 47(8), 1850–1880.
- Stenberg, E., Dos Reis Falcão, L. F., O’Kane, M., et al. (2022). Guidelines for perioperative care in bariatric surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations: A 2021 update. *World Journal of Surgery*, 46(4), 729–751.
- Sun, Z.-Y., Ye, L., Mao, Y.-Y., & Liang, L. (2025). Effect of enhanced recovery after surgery nursing on gastrointestinal recovery function and life quality in patients laparoscopic cholecystectomy. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, 17(11), 108188.
- Tong, Y., & Qin, X. (2025). Perioperative nursing interventions based on the enhanced recovery after surgery concept for patients with gynecological malignancies: A retrospective study. *Medicine*, 104(30), e43290.
- Wainwright, T. W., Gill, M., McDonald, D. A., et al. (2020). Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Acta Orthopaedica*, 91(1), 3–19.
- Zhang, D., Ding, H., Shen, C., Liu, Y., & Jia, N. (2025). Evaluating the role of nursing interventions in enhanced recovery after surgery for minimally invasive spine surgery: A retrospective analysis. *Frontiers in Surgery*, 12, 1519135.
- Zhang, D., Zhong, M., Jin, L., & Chen, L. (2025). Effects of enhanced recovery after surgery nursing on patients undergoing laparoscopic colectomy: A systematic review and meta-analysis. *BMC Gastroenterology*, 25(1), 788.