

Programa de recuperación mejorada en cirugía colorrectal (PRM): intervenciones sinérgicas para resultados optimizados

Enhanced Recovery Program in Colorectal Surgery (ERP): Synergistic Interventions for Optimized Outcomes

Erik Manriquez-Alegria¹, Felipe Quezada-Díaz¹

Estimado Editor Dr. Julio Yarmuch:

Agradecemos los comentarios realizados por el Dr. Guillermo Bannura, quien señala puntos interesantes de nuestro trabajo recientemente publicado en esta revista¹. La implementación de este programa se asoció a una disminución significativa en los días de estadía hospitalaria (8 vs 5 días; $p < 0,01$), sin aumentar los costos estimados ni la morbimortalidad. Sin embargo, el grupo incluido en el protocolo fue abordado por vía laparoscópica en un porcentaje significativamente mayor de los casos comparado con el control (36,7% vs 8,9%; $p < 0,01$). Los comentarios resaltan que no se consideró el impacto de la cirugía mínimamente invasiva en el parámetro días de hospitalización y que este resultado fue atribuido exclusivamente a la implementación de PRM. Por ello, agradecemos la oportunidad de clarificar algunos aspectos relevantes en este tema.

La cirugía mínimamente invasiva es, en efecto, parte integral de los componentes recomendados por las guías sobre PRM², debido a su conocida contribución, tanto en términos de estadía hospitalaria como de resultados clínicos. De hecho, contamos con abundante evidencia sobre la implementación de estos protocolos y sus beneficios; sin embargo, no hay evidencia que respalde el rol de medidas aisladas para lograr los mismos resultados³.

Por otro lado, la discusión sobre la interacción entre abordaje laparoscópico y PRM no es nueva, y ha sido objeto de múltiples estudios^{4,5}. No obstante, revisiones sistemáticas y estudios prospectivos han demostrado que los beneficios de un PRM, incluyendo menor estadía hospitalaria, menor tasa de complicaciones y recuperación funcional más

rápida, se observan tanto en cirugía laparoscópica como en cirugía abierta⁶, siendo mayores los beneficios cuando se implementan PRM y laparoscopia en conjunto, en comparación con laparoscopia y manejo perioperatorio convencional⁷. Sin embargo, concordamos en que el beneficio del abordaje laparoscópico es mayor cuando la adherencia a PRM es incompleta o subóptima⁸.

En nuestra cohorte con PRM, el 36,7% de los pacientes fueron operados por vía laparoscópica, mientras que en el grupo pre-PRM esta cifra fue de solo 8,9%. Sin embargo, la reducción observada en la mediana de estadía hospitalaria (de 8 a 5 días, equivalente a un 37,5%) excede lo que creemos pudiera atribuirse solamente al abordaje. Sostenemos que dicha reducción responde, en gran medida, a la estandarización de los procesos perioperatorios y disminución del estrés quirúrgico.

Nuestro objetivo fue mostrar la factibilidad logística y económica, además del impacto clínico, de implementar PRM en un entorno con limitaciones estructurales, sin pretensión de establecer relaciones causales específicas ni realizar análisis de subgrupos, dado el carácter retrospectivo del estudio y su limitado tamaño muestral que sustente conclusiones válidas de dicho análisis. Coincidimos en que el tipo de abordaje quirúrgico influye en los resultados postoperatorios. Sin embargo, consideramos que su efecto no debe ser interpretado de forma aislada, especialmente en el marco de un PRM, donde las distintas intervenciones actúan de manera sinérgica⁹.

Agradecemos nuevamente la oportunidad de profundizar en este punto y contribuir al desarrollo de una discusión crítica sobre la implementación de PRM en nuestro país.

¹Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile.

Recibido el 2025-04-15 y aceptado para publicación el 2025-04-15

Correspondencia a:
Dr. Erik Manriquez Alegria
erik.manriquez.alegria@gmail.com

E-ISSN 2452-4549



Bibliografía

1. Manríquez Alegría E, Morales Mora C, Cabrerías Segura M, Bastías S G, Kusanovich Borquez R, Quezada-Díaz F. Programa de recuperación mejorada en cáncer colorrectal: resultados clínicos y estimación del costo de implementación en un hospital con recursos limitados. *Rev Cir.* 2025;77(1):29-35. doi: 10.35687/s2452-454920250022336
2. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. *World Journal of Surgery* 2019 Mar 15;43(3):659-95. doi: 10.1016/j.jclnu.2012.08.013
3. Ban KA, Berian JR, Ko CY. Does Implementation of Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Protocols in Colorectal Surgery Improve Patient Outcomes? *Clin Colon Rectal Surg.* 2019 Mar;32(2):109-13. doi: 10.1055/s-0038-1676475
4. Counihan TC, Favuzza J. Fast track colorectal surgery. *Clin Colon Rectal Surg.* 2009 Feb;22(1):60-72. DOI: 10.1055/s-0029-1202888
5. Abraham N, Albayati S. Enhanced recovery after surgery programs hasten recovery after colorectal resections. *World J Gastrointest Surg.* 2011 Jan 27;3(1):1-6. doi: 10.4240/wjgs.v3.i1.1
6. Greer NL, Gunnar WP, Dahm P, Lee AE, MacDonald R, Shaikat A, et al. Enhanced Recovery Protocols for Adults Undergoing Colorectal Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Dis Colon Rectum.* 2018 Sep;61(9):1108-18. doi: 10.1097/DCR.0000000000001160
7. Crippa J, Calini G, Santambrogio G, Sassun R, Siracusa C, Maggioni D, et al. ERAS Protocol Applied to Oncological Colorectal Mini-invasive Surgery Reduces the Surgical Stress Response and Improves Long-term Cancer-specific Survival. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2023 Jun 1;33(3):297-301. doi: 10.1097/SLE.0000000000001181
8. Zhuang CL, Huang DD, Chen FF, Zhou CJ, Zheng BS, Chen BC, et al. Laparoscopic versus open colorectal surgery within enhanced recovery after surgery programs: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Surgical Endoscopy.* 2014 Nov 21;29(8):2091-100. doi: 10.1007/s00464-014-3922-y
9. Pedrazzani C, Conti C, Mantovani G, Fernandes E, Turri G, Lazzarini E, et al. Laparoscopic colorectal surgery and Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program: Experience with 200 cases from a single Italian center. *Medicine (Baltimore).* 2018 Aug;97(35):e12137. doi: 10.1097/MD.00000000000012137