El papel de la coordinadora de enfermería en el programa de mejora de la recuperación posquirúrgica

Deborah J. Watson, MSN, RN

POR LOS BUENOS resultados obtenidos para los pacientes y la economía, los programas de mejora de la recuperación posquirúrgica (*enhanced recovery after surgery*, ERAS) son cada vez más populares¹⁻⁴. Estos programas incluyen elementos preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios que pretenden reducir la respuesta al estrés quirúrgico y el tiempo de ingreso en el hospital, y mejorar los resultados del paciente^{5,6} (v. el cuadro *Pruebas que respaldan los protocolos ERAS*).

Actualmente, los profesionales de la salud aplican muchos de los elementos de esta recuperación a cirugías que van más allá de las colorrectales, como la esofagectomía³, la artroplastia⁷, las cirugías urológicas⁸ y las ginecológicas⁹ (v. el cuadro *¿Qué es el protocolo ERAS?*).

El objetivo de este artículo es explicar la función, las tareas y las responsabilidades

de la coordinadora de enfermería en la implementación y sostenibilidad de un programa ERAS para los que quieran ampliar un programa existente o los que estén conociendo el concepto de mejora de la recuperación. En este artículo se describe cómo se desarrolla la función de la coordinadora de enfermería en el McGill University Health Centre (MUHC), un gran hospital urbano de atención especializada de Montreal (Quebec). También se explican las tareas y responsabilidades de la coordinadora de enfermería en cada paso del desarrollo de una pauta de atención y concluye con la explicación de por qué el control y la recepción de opiniones son importantes para mantener un programa ERAS.

Factores organizativos

La clave para implementar correctamente un programa ERAS es la colaboración activa

de todo el equipo sanitario, lo que garantiza que todos los miembros son responsables y contribuye al proceso de implementación del programa⁸. En nuestro centro, poner en marcha un programa ERAS requirió el compromiso de los directivos para permitir que un equipo multidisciplinario se reuniese y colaborase regularmente. El MUHC dispuso los recursos necesarios, entre ellos el tiempo y el personal, para hacer que funcionase esta iniciativa de cambio.

Romper con el pasado

Antes, las órdenes médicas las escribían y utilizaban unos cuantos cirujanos; no había un equipo multidisciplinario que las crease o implementase. Estas órdenes no iban acompañadas de documentación de enfermería, tratamientos de referencia ni material educativo para pacientes, y tampoco se recopilaban datos para demostrar los beneficios de estas órdenes para el paciente y para el hospital. En cambio, el programa ERAS del MUHC no solo incluye órdenes médicas y de medicación, sino también documentación de enfermería, tratamientos de referencia de enfermería por escrito para cada día del postoperatorio y material educativo para pacientes.

En 2008, se envió una propuesta al jefe de cirugía para formar un equipo colaborativo que creara e implementara las pautas de atención quirúrgica. La mejor definición de las pautas de atención es que son planes de cuidados que detallan los pasos que hay que seguir en la atención al paciente.

Una vez aprobada la propuesta, en octubre de 2008 se produjo la primera reunión del equipo multidisciplinario. Los resultados de este proyecto piloto determinarían si esta iniciativa iba a conducir a un cambio permanente. A mí se me asignó el papel de coordinadora de enfermería y me solicitaron que codirigiera el equipo con un cirujano.

Fijar objetivos suele ser un predictor del éxito de una iniciativa de cambio¹⁰.

Pruebas que respaldan los protocolos ERAS

Varios estudios de investigación confirman que los protocolos ERAS aumentan el rendimiento en todas las fases de la cirugía y reducen la duración del ingreso²⁷⁻³⁰. Unos estudiantes de enfermería examinaron las consecuencias de la mejora de la recuperación entre cuidadores³¹, con enfermeras comunitarias³², con las enfermeras de la unidad³³ y con los propios pacientes³⁴.

Como apoyo adicional al uso de protocolos ERAS, los miembros del equipo del MUHC han divulgado nuestro trabajo a lo largo del tiempo. La primera pauta de atención fue para la cirugía colorrectal, y un artículo abordó la viabilidad de iniciar un programa de este tipo³⁵. Luego se implementó una pauta de esofagectomía que redujo la duración del ingreso sin aumentar los índices de reingresos y complicaciones. Este estudio, en el que participaron 106 pacientes (47 a los que se practicó una esofagectomía antes de la implementación de la pauta y 59 después) demostró que la duración del ingreso se puede reducir con el programa ERAS (8 frente a 10 días; $p = 0,01$) sin que eso afecte negativamente al reingreso³.

Otro estudio mostró que las pautas del programa se asociaban con la reducción de gastos para pacientes que seguían la pauta o que sufrían complicaciones menores. Globalmente, el ahorro por paciente fue de 2.666 dólares². El MUHC practica unas 50 esofagectomías al año, lo que genera ahorros significativos al aplicar pautas de ERAS con estancias más cortas en la UCI y en la unidad, y menos costes en farmacia, análisis y técnicas de diagnóstico por imagen.

Una publicación del grupo de cirugías torácicas señaló que la implementación de la pauta de atención para lobectomía redujo tanto la duración del ingreso como las complicaciones⁴. El departamento de urología también se benefició con el programa ERAS. La pauta de atención para prostatectomía radical mejoró el rendimiento a muchos niveles sin aumentar los índices de complicaciones¹.

¿Qué es el protocolo ERAS?

El éxito de los protocolos ERAS, antes denominados *acelerados (fast tracking)*, se produjo hace unos años en Dinamarca con la cirugía colorrectal³⁶. Los elementos de la ERAS desafían muchas viejas doctrinas acerca de la atención perioperatoria. Los protocolos ERAS consisten en dejar que los pacientes beban líquidos claros hasta dos horas antes de la cirugía, eliminar la mayor parte de la preparación preoperatoria, evitar el uso de o quitar tubos y drenajes enseguida después de la operación, aplicar un enfoque preventivo para reducir las náuseas y los vómitos posteriores, dar bebida o comida a los pacientes cuanto antes después de la operación y sacarlos de la cama e invitarlos a sentarse o caminar por la tarde del mismo día de la operación¹⁸.

Nuestro fin último era crear e implementar programas ERAS para las 20 cirugías más frecuentes en el hospital.

Una vez iniciado el proyecto, los profesionales de los diferentes departamentos del centro tuvieron que modificar sus métodos, desde el recepcionista de ingresos, que llamaba a los pacientes para confirmar su llegada al hospital y solía indicarles que no comieran ni bebieran después de medianoche, hasta las enfermeras de la unidad, que antes de dar comida a los pacientes esperaban oír los sonidos abdominales.

Factores para tener éxito

Obtener un resultado exitoso en cualquier proyecto depende de diferentes factores.

- **Trabajo en equipo.** Los miembros del equipo de recuperación posquirúrgica, también considerado el grupo de trabajo central, debían tener habilidades de liderazgo, capacidad de divulgar la información que se encontraba en las pautas de atención para este nuevo modo de hacer las cosas, y respaldar la implementación¹¹. Cuando se necesitan cambios en una organización, es fundamental contar con figuras y líderes de opinión¹².

En el MUHC, la mayor parte de los miembros del equipo tenían antigüedad en el centro, y aunque nunca hubieran trabajado juntos, estaban entusiasmados y

motivados con este proyecto. Inicialmente, el grupo estaba formado por un anestesista, un cirujano, un nutricionista, un fisioterapeuta, el director adjunto de enfermería, el director adjunto perioperatorio de enfermería y un coordinador de enfermería. Con el tiempo, el equipo de recuperación posquirúrgica ha ampliado el número de miembros para incorporar un bibliotecario que ayuda en las búsquedas bibliográficas, un coordinador de flujo quirúrgico, una enfermera especializada en manejo del dolor, un farmacéutico y varias jefas de enfermería.

- **Proceso.** Cada vez hay más pruebas que indican que utilizar un marco o modelo teórico para promover cambios en una organización aumenta las probabilidades de éxito¹³. El término *difusión* sugiere un proceso mediante el cual se comunica y adopta una innovación¹⁴. En el MUHC, para ayudar a divulgar y utilizar elementos de mejora de la recuperación integrados en todas las pautas de atención, seguimos la *difusión del modelo de innovación*. Este modelo, también denominado “teoría de Rogers”, es un proceso por el cual las personas comunican una innovación (o programas nuevos) a lo largo de un periodo de tiempo. Este periodo debe dar al personal suficiente tiempo para acostumbrarse a la idea nueva y adoptar el cambio¹⁵.

- **Colaboración.** El equipo de recuperación posquirúrgica colaboró en la creación y finalización de la pauta ofreciendo opiniones y respaldando al coordinador del programa ERAS en la fase de implementación. La labor conjunta y el liderazgo del equipo ayudaron a poner en práctica este cambio.

Papel del coordinador

El coordinador tiene las responsabilidades siguientes:

- **Revisar la bibliografía y las directrices de prácticas basadas en la evidencia.** La primera tarea del coordinador de enfermería es hacer una revisión bibliográfica de la operación quirúrgica. La base de cualquier pauta de atención debería ser la práctica basada en la evidencia. En nuestro centro, se designa a un jefe de cirugía de cada especialidad quirúrgica para trabajar con el coordinador de enfermería en el desarrollo del lote de instrucciones médicas, hacer de enlace informativo para su grupo de cirujanos y facilitar el consenso.

Los borradores de los lotes de instrucciones se presentan a todas las partes interesadas para que aprueben la pauta de atención antes de la finalización. Cuando cada proveedor tiene una práctica distinta, suele ser útil enseñar las mejores pruebas para ayudar a alcanzar un consenso. Probablemente, las recomendaciones respaldadas por prácticas basadas en la evidencia tendrán más seguimiento y ayudarán a efectuar el cambio en la práctica¹².

- **Proponer las pautas para su aprobación.** En nuestro centro, para implementar las pautas se requiere la aprobación de cuatro comités. Una tarea importante del coordinador de enfermería es asegurarse de que las pautas de atención avanza en el proceso de aprobación y que son una prioridad en la agenda de cada comité hasta lograr la aprobación definitiva. Cada comité puede sugerir modificaciones; el coordinador de enfermería se encarga de compartir información con las partes y hacer los cambios aprobados antes de devolver la pauta al comité. Además, también trabaja con el personal de informática para disponer el lote de instrucciones en modo electrónico antes de iniciar la pauta.

- **Mantener el ritmo.** Kotter cree que para lograr el éxito de una iniciativa de cambio en una empresa es fundamental mantener el ritmo y generar una sensación de urgencia¹⁶. Lo mismo sucede con la implementación de pautas de atención en un centro¹⁷.

Una responsabilidad importante del coordinador de enfermería es asegurarse de que las pautas de atención avanza en el proceso de desarrollo y aprobación, sobre todo cuando se están creando varias pautas y se encuentran en diferentes fases de finalización. Todos los pasos de la creación, implementación y continuidad de una pauta de atención de mejora de la recuperación son fundamentales.

- **Elaborar material educativo para pacientes.** La educación y preparación preoperatoria del paciente es un elemento de los programas ERAS y una sección del programa del MUHC¹⁸⁻²⁰. Para que los pacientes puedan participar de su atención, primero deben entender cómo pueden hacerlo. El coordinador de enfermería describe la pauta con un lenguaje sencillo, con palabras y expresiones que no incluyen jerga médica de ningún tipo. El texto es fácil y claro, para que todos los pacientes puedan entenderlo. Para alentar a los pacientes a leer el material, primero se aborda la información

más importante, se utilizan listas con viñetas y hay mucho espacio en blanco²¹. Actualmente, todo nuestro material educativo para pacientes sobre el programa ERAS está disponible en inglés y en francés.

El coordinador de enfermería también evalúa el material educativo con el paciente y sus familiares después del inicio de una pauta de atención, para garantizar que las imágenes y el contenido son claros y fáciles de entender. Si es necesario, se modifican los manuales educativos para pacientes de acuerdo con los comentarios de los pacientes y sus familiares.

Según Houts et al., en educación y psicología se ha estudiado el efecto de las imágenes a la hora de recordar²². El *efecto de superioridad pictórica* se refiere a que el texto escrito o hablado que se presenta con imágenes es más fácil de recordar que el que se presenta solo²². En nuestro centro, la coordinadora de enfermería trabaja con un artista gráfico para crear imágenes que acompañen al texto. Añadir imágenes explicativas al material educativo para pacientes ha demostrado que afecta a la atención, la comprensión, el recuerdo y el cumplimiento de las instrucciones por parte de los pacientes²². Así que añadimos imágenes a los manuales y creamos un pictograma para cada pauta de atención.

Los pictogramas muestran la evolución que debería tener el paciente ingresado en el hospital y ofrecen objetivos diarios desde el día de la intervención hasta que se le da el alta. Los pictogramas ilustran diferentes elementos, como tubos y tubos de drenaje, nutrición, control del dolor, actividades como sentarse o caminar y ejercicios de respiración. En los manuales se especifican objetivos diarios para cada día del postoperatorio, con la idea de aumentar la participación de los pacientes en sus cuidados.

Ofrecer material educativo para pacientes refuerza las instrucciones orales de las enfermeras en el preoperatorio. Cuando se crea material educativo para pacientes, el objetivo es incrementar la comprensión de estos. Faber et al. explican que muchas intervenciones, como aumentar la comunicación entre pacientes y cuidadores, pueden ayudar a salvar la distancia entre las pautas de atención y el modelo de atención centrado en el paciente²³.

El material educativo para pacientes forma parte de las pautas de atención

y es tan importante como el lote de instrucciones. En nuestro centro nunca se inicia una pauta sin su material educativo correspondiente. Desarrollar un material de formación propio es bueno para el centro, para los pacientes y para sus familiares²¹.

● **Coordinar sesiones educativas, reuniones y el inicio.** La coordinadora de enfermería se encarga de ponerse de acuerdo con el consultorio preoperatorio, el área intraoperatoria, la unidad de cuidados posanestésicos y las unidades quirúrgicas para fijar la fecha de inicio ideal de la pauta de atención. Aunque no se sabe cuáles son las mejores estrategias para implementar pautas de atención en hospitales^{24,25}, identificar los posibles obstáculos y beneficios por adelantado ayudará en la fase de implementación de una iniciativa de cambio¹².

Al inicio del proyecto, la coordinadora de enfermería hizo una presentación introductoria con diapositivas para el área quirúrgica. Este cargo también conlleva definir pautas de atención, presentar a los miembros del equipo, explicarles sus tareas y describir los elementos de mejora de la recuperación y los factores motivacionales que dan lugar a este cambio.

En la primera reunión estratégica se enunció el enfoque del proyecto, se discutió con el personal de campo cualquier impedimento para la aplicación del programa y se acordó con los profesionales su participación en esta iniciativa de cambio. Se ofrecieron sesiones educativas según las necesidades antes de iniciar una pauta nueva, y se programaron poco antes del inicio para que el personal recordase la información.

El coordinador debe tener habilidades comunicativas, iniciativa y capacidad de innovación para que todos se impliquen en este cambio organizativo. Por ejemplo, la coordinadora de enfermería creó un sitio web para todas las áreas quirúrgicas con el fin de que comunicasen cualquier mensaje surgido a raíz de la presentación. La información compartida atañe a miembros del grupo de trabajo del equipo de recuperación posquirúrgica, a las cirugías con pautas de atención integradas y al proceso de activación del lote de instrucciones electrónico. A los nuevos cirujanos o enfermeras residentes se les envía el enlace de este sitio web. Esta acción se basa en la bibliografía: los recordatorios

electrónicos pueden ser intervenciones eficaces viables para ayudar a la gente a recordar un cambio implementado¹².

● **Realizar reuniones después de la implementación de la intervención para recoger las experiencias y los datos.** El último paso del proceso implica reunirse con todas las partes unos meses después de la implementación de una pauta de atención. La intención es escuchar las opiniones de los usuarios, saber qué funciona en la pauta quirúrgica para pacientes, qué sigue complicándola y qué hay que mejorar. La coordinadora de enfermería se encarga de organizar esta reunión, preparar el orden del día y hacer una tabla con los datos previos y posteriores a la implementación. Hacer el seguimiento de las desviaciones de la pauta facilita la mejora continua¹⁷, y para mantener la iniciativa de cambio es importante presentar los datos e involucrar al personal de todos los niveles antes, durante y después de implementarla²⁶.

Perdurabilidad del programa ERAS

Parsons y Cornett creen que la perdurabilidad se logra cuando un proceso o resultado, medido como mínimo un año antes, no vuelve a su estado anterior²⁵. El trabajo y la planificación deberían centrarse en establecer un mecanismo futuro para identificar la divergencia que implique revisar el rendimiento y hacer las correcciones y modificaciones necesarias. Medir los resultados clínicos y nuestros procesos de atención muestra si estamos haciendo lo que dijimos que haríamos. La auditoría es un componente crucial de cualquier iniciativa de mejora de calidad¹⁰.

Se aplicó una estrategia de auditoría con una hoja de cálculo compartida, disponible en la intranet del hospital, para hacer el seguimiento de la estancia en el hospital y de los motivos del incumplimiento de las pautas. Otra de las tareas diarias del coordinador de enfermería es recopilar estos datos. Luego, cada trimestre, presenta estos datos a las enfermeras de la unidad para que el personal de campo entienda cuáles son las dificultades.

Fomentar la cultura de evaluación de resultados

Según O'Hagan y Persaud, una organización debe dar seis pasos para desarrollar y fomentar una cultura de evaluación de resultados¹⁰:

- ofrecer liderazgo e implicar a los médicos;
- hacer hincapié en la calidad;
- garantizar la priorización del servicio al cliente;
- medir el rendimiento;
- respaldar la dimensión humana;
- asegurarse de que hay infraestructura disponible.

La gestión del rendimiento conlleva controlar, medir, comunicar y evaluar resultados.

Desde finales de 2011, el MUHC se convirtió en el primer centro norteamericano en asociarse con la Sociedad Europea ERAS. Como primer Centro de Excelencia de la Sociedad Norteamericana ERAS, ayudamos a otros centros a implementar el sistema de atención ERAS, que incluye un sistema de auditoría interactiva por Internet que ofrece un análisis en tiempo real de los procesos y resultados de la atención quirúrgica. No solo creamos las pautas, sino que también revisamos y analizamos resultados del sistema de auditoría para mejorar el cumplimiento de los diferentes procesos de la atención. Para crear una cultura de evaluación de resultados, utilizamos datos de resultados para poder identificar las áreas que requerían la mejora del proceso¹⁰. Los datos ayudan a priorizar objetivos y a identificar qué hay que mejorar.

Situación actual

Dos años después del inicio del proyecto piloto, el puesto de la coordinadora de la pauta de atención pasó a ser fijo. Actualmente, muchos servicios quirúrgicos requieren que algunas de sus cirugías más complejas se conviertan en un programa ERAS. En el hospital se han implementado 14 programas ERAS y hay otros siete en diferentes fases de aprobación. En septiembre de 2013, Accreditation Canada, una organización sin ánimo de lucro que ayuda a los hospitales a lograr altos estándares de calidad, reconoció seis prácticas punteras en el MUHC, y el programa ERAS obtuvo el cuarto puesto en su clasificación.

Implementar una nueva pauta

Una organización que quiera implementar un programa ERAS debe fijar objetivos, hacer informes de los resultados, destinar tiempo a elaborar las pautas de atención y

ofrecer un liderazgo sólido. Es fundamental reunirse semanal o regularmente y ejercer un liderazgo clínico interno para desarrollar y mantener este programa. El coordinador de enfermería es fundamental en la implementación y perdurabilidad de un programa ERAS. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Abou-Haidar H, Abourbih S, Braganza D, et al. Enhanced recovery pathway for radical prostatectomy: implementation and evaluation in a universal healthcare system. *Can Urol Assoc J*. 2014;8(11-12):418-423.
2. Lee L, Li C, Robert N, et al. Economic impact of an enhanced recovery pathway for oesophagectomy. *Br J Surg*. 2013;100(10):1326-1334.
3. Li C, Ferri LE, Mulder DS, et al. An enhanced recovery pathway decreases duration of stay after esophagectomy. *Surgery*. 2012;152(4):606-614.
4. Madani A, Fiore JF Jr, Wang Y, et al. An enhanced recovery pathway reduces duration of stay and complications after open pulmonary lobectomy. *Surgery*. 2015;158(4):899-910.
5. Adamina M, Kehlet H, Tomlinson GA, Senagore AJ, Delaney CP. Enhanced recovery pathways optimize health outcomes and resource utilization: a meta-analysis of randomized controlled trials in colorectal surgery. *Surgery*. 2011;149(6):830-840.
6. Scott MJ, Miller TE. Pathophysiology of major surgery and the role of enhanced recovery pathways and the anesthesiologist to improve outcomes. *Anesthesiol Clin*. 2015;33(1):79-91.
7. Christelis N, Wallace S, Sage CE, et al. An enhanced recovery after surgery program for hip and knee arthroplasty. *Med J Aust*. 2015;202(7): 363-368.
8. Koo V, Brace H, Shahzad A, et al. The challenges of implementing an enhanced recovery programme in urology. *Int J Urol Nurs*. 2013;7(2):106-110.
9. Bell A, Relph S, Sivashanmugarajan V, et al. Enhanced recovery programmes: Do these have a role in gynecology? *J Obstet Gynecol*. 2013;33:539-541.
10. O'Hagan J, Persaud D. Creating a culture of accountability in health care. *Health Care Manager*. 2009;28(2):124-133.
11. Gilley A, McMillan HS, Gilley JW. Organizational change and characteristics of leadership effectiveness. *J Leadersh Organ Study*. 2009;16(1):38-47.
12. Castiglione SA, Ritchie JA. Moving into action: we know what practices we want to change, now what? An implementation guide for health care practitioners. 2012. Canadian Institutes of Health Research. www.cihr-irsc.gc.ca/e/45669.html.
13. Mitchell G. Selecting the best theory to implement planned change. *Nurs Manag (Harrow)*. 2013;20(1):32-37.
14. Hauck S, Winsett RP, Kuric J. Leadership facilitation strategies to establish evidence-based practice in an acute care hospital. *J Adv Nurs*. 2013;69(3):664-674.
15. Communication Theory. Diffusion of innovation theory. <http://communicationtheory.org/diffusion-of-innovation-theory/>.
16. Kotter JP. *Leading Change*. Boston, MA: Harvard Business School Press; 1996.
17. Hogan C, Barry M, Burke M, Joyce P. Healthcare professionals' experiences of the implementation of integrated care pathways. *Int J Health Care Qual Assur*. 2011;24(5):334-347.
18. Feldman LS, Baldini G, Lee L, Carli F. Enhanced recovery pathways: organization of evidence-based, fast-track perioperative care. In: Ashley SW, ed. *Scientific American Surgery* [online]. Hamilton, Ontario: Decker Intellectual Properties; 2013. www.sciamurgery.com.
19. Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, et al. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced

Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations. *World J Surg*. 2012;37: 259-284.

20. Nygren J, Thacker J, Carli F, et al. Guidelines for perioperative care in elective rectal/pelvic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations. *World J Surg*. 2012; 37:285-305.
21. Wizowski L, Harper T, Hutchings T. *Writing Health Information for Patients and Families*. 4th ed. Hamilton, Ontario: Hamilton Health Science; 2014.
22. Houts PS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ. The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Educ Couns*. 2006; 61(2):173-190.
23. Faber MJ, Stuart G, Wollersheim H, et al. Narrowing the gap between organisational demands and the quest for patient involvement: the case for coordinated care pathways. *Int J Coordinat Care*. 2014;17(1-2):72-78.
24. Jabbour M, Curran J, Scott SD, et al. Best strategies to implement clinical pathways in an emergency department setting: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Implement Sci*. 2013;8:55.
25. De Allegri M, Schwarzbach M, Loerbroks A, Ronellenfetsch U. Which factors are important for the successful development and implementation of clinical pathways? A qualitative study. *BMJ Qual Saf*. 2011;20(3):203-208.
26. Parsons ML, Cornett PA. Leading change for sustainability. *Nurse Leader*. 2011;36-40.
27. Haverkamp MP, de Roos MA, Ong KH. The ERAS protocol reduces the length of stay after laparoscopic colectomies. *Surg Endosc*. 2012; 26(2):361-367.
28. Huijbers CJ, de Roos MA, Ong KH. The effect of the introduction of the ERAS protocol in laparoscopic total mesorectal excision for rectal cancer. *Int J Colorectal Dis*. 2012;27(6):751-757.
29. Kahokehr AA, Sammour T, Sahakian V, Zargar-Shoshtari K, Hill AG. Influences on length of stay in an enhanced recovery programme after colonic surgery. *Colorectal Dis*. 2011;13(5):594-599.
30. Ren L, Zhu D, Wei Y, et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS) program attenuates stress and accelerates recovery in patients after radical resection for colorectal cancer: a prospective randomized controlled trial. *World J Surg*. 2012;36(2):407-414.
31. Norlyk A, Martinsen B. The extended arm of health professionals? Relatives' experiences of patient's recovery in a fast-track programme. *J Adv Nurs*. 2013;69(8):1737-1746.
32. Bernard H, Foss M. The impact of the enhanced recovery after surgery (ERAS) programme on community nursing. *Br J Community Nurs*. 2014;19 (4):184-188.
33. Jeff A, Taylor C. Ward nurses' experience of enhanced recovery after surgery: a grounded theory approach. *Gastrointest Nurs*. 2014;12(4):23-31.
34. Hughes M, Coolsen MM, Aahlin EK. Gastrointestinal: Attitudes of patients and care providers to enhanced recovery after surgery programs after major abdominal surgery. *J Surg Res*. 2015;193(1):102-110.
35. Carli F, Charlebois P, Baldini G, Cachero O, Stein B. An integrated multidisciplinary approach to implementation of a fast-track program for laparoscopic colorectal surgery. *Can J Anaesth*. 2009;56(11):837-842.
36. Basse L, Hjort Jakobsen D, Billesbølle P, Werner M, Kehlet H. A clinical pathway to accelerate recovery after colonic resection. *Ann Surg*. 2000;232(1):51-57.

RESOURCE

Watson D. The Surgical Recovery Program at the MUHC: what you need to know in 5 minutes or less. <http://muhcsureprogram.weebly.com>.

Deborah J. Watson es coordinadora de un programa de mejora de la recuperación en el McGill University Health Centre de Montreal (Quebec).

La autora ha declarado no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionado con este artículo.