

## CAPÍTULO 3: *Gestión del cuidado*

**Proyecto de gestión: Cuidados de Enfermería en pacientes crítico adulto con nutrición enteral. Una revisión narrativa.**

### Investigador/as:

**Javiera Arriagada Ramírez, 0009-0005-0173-4246**

**Manuel Ibañez Riquelme, 0009-0001-3245-2699**

**Jocelyn Mora Baeza, 0009-0009-7069-0856**

### Docente tutor:

**Eugenio Pavez Avilez, 0009-0000-9191-2432**

### Colaborador:

Centro de Investigación del Cuidado FACSA UCM

---

### Introducción

La nutrición enteral (NE) es una intervención terapéutica clave para cubrir los requerimientos de macro y micronutrientes en pacientes que no pueden alimentarse por vía oral. Su indicación es especialmente relevante en pacientes con enfermedades críticas, o estados catabólicos que alteran el equilibrio proteico-energético, incrementando el riesgo de desnutrición. La elección de fórmulas debe ser individualizada según la patología, como en casos de malabsorción o diabetes mellitus, para asegurar eficacia y seguridad nutricional (Ballesteros et al., 2025).

La evidencia indica que iniciar la NE dentro de las primeras 24 a 48 horas tras la estabilización hemodinámica se asocia con una menor incidencia de infecciones nosocomiales, reducción de la estancia en UCI y disminución de la mortalidad hospitalaria (Díaz et al., 2021) (Doley, 2022). Además, preservar la función gastrointestinal, favoreciendo la integridad de la barrera intestinal, previene la translocación bacteriana y disminuye la respuesta inflamatoria sistémica, aspectos cruciales en pacientes con sepsis, traumatismos o fallo multiorgánico en la unidad de cuidados intensivos (Nakamura, 2025).

Ensayos clínicos aleatorizados de gran escala han demostrado que, al emplear objetivos energéticos similares, la NE y la nutrición parenteral total (NPT) ofrecen resultados comparables en

cuanto a estado nutricional y mortalidad a 30 días, incluso en pacientes con shock séptico. Sin embargo, las directrices de ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism ) recomiendan priorizar la vía enteral debido a los beneficios no nutricionales de alimentar el intestino, como la preservación de la mucosa intestinal mediante el aumento del flujo sanguíneo y la liberación de agentes tróficos (colecistoquinina, sales biliares), la estimulación del tejido linfoide asociado a mucosa (GALT y MALT), el soporte de la microbiota intestinal y un menor costo económico en comparación con la Nutrición Parenteral Total (Berger, M., & Hurni, C., 2022)

El estado nutricional del paciente crítico tiene un impacto directo sobre su evolución clínica. La desnutrición durante la hospitalización se asocia con mayor riesgo de infecciones, pérdida de masa muscular, aumento en la necesidad de ventilación mecánica y una mayor tasa de mortalidad. Domenech (2022), señala que la prevalencia de desnutrición en pacientes críticos oscila entre el 40 % y el 50 %, lo que refuerza la necesidad de un soporte nutricional precoz y adecuado como parte esencial del tratamiento, equiparable al uso de antibióticos o el soporte hemodinámico (Nutrición Hospitalaria, 2025).

El soporte nutricional en el paciente crítico debe abordarse desde un enfoque multidisciplinario, garantizando una atención integral centrada en las necesidades nutricionales. Es esencial considerar los factores que condicionan la efectividad de la NE y aplicar recomendaciones basadas en la evidencia, ajustadas a las particularidades clínicas de cada caso. El profesional de enfermería cumple un rol clave en la administración segura y eficaz de la NE, asegurando su inicio oportuno, en la monitorización de la tolerancia digestiva y la progresión del volumen administrado. Esta participación activa contribuye a la recuperación clínica del paciente crítico, minimizando complicaciones y favoreciendo el restablecimiento del equilibrio fisiológico.

La adecuada implementación de la NE puede verse obstaculizada por barreras clínicas como la sepsis, insuficiencia renal, enfermedades digestivas, hipoproteïnemia, ventilación mecánica prolongada, uso de más de 2 antibióticos, sedación profunda, teniendo una relación directa con la intolerancia a la nutrición enteral y mortalidad (Wang, 2025), además de barreras logísticas y ausencia de protocolos normalizados. Esta situación plantea la necesidad de desarrollar estrategias estandarizadas, consensuadas y adaptadas al centro asistencial (Montero, 2023), que optimicen su administración y considere aspectos como el momento de inicio y la elección de fórmulas (Nutrición Hospitalaria, 2025).

A nivel local, en la Unidad de Paciente Crítico (UPC) adulto del Hospital Regional de Talca (HRT), durante el año 2024 se registraron pérdidas considerables de nutrición enteral, alcanzando los 725,5 litros en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y 584 litros en la unidad de Tratamiento Intermedio Médico (TIM). Esta pérdida representa una merma significativa de recursos que no fueron aprovechados por los pacientes, asociándose a incumplimiento de metas terapéuticas, calóricas y económicas significativas. Además, no hay protocolo para el cuidado del paciente crítico sometido a nutrición enteral, lo que conlleva a distintas conductas clínicas que entorpecen el cumplimiento calórico por parte del equipo clínico.

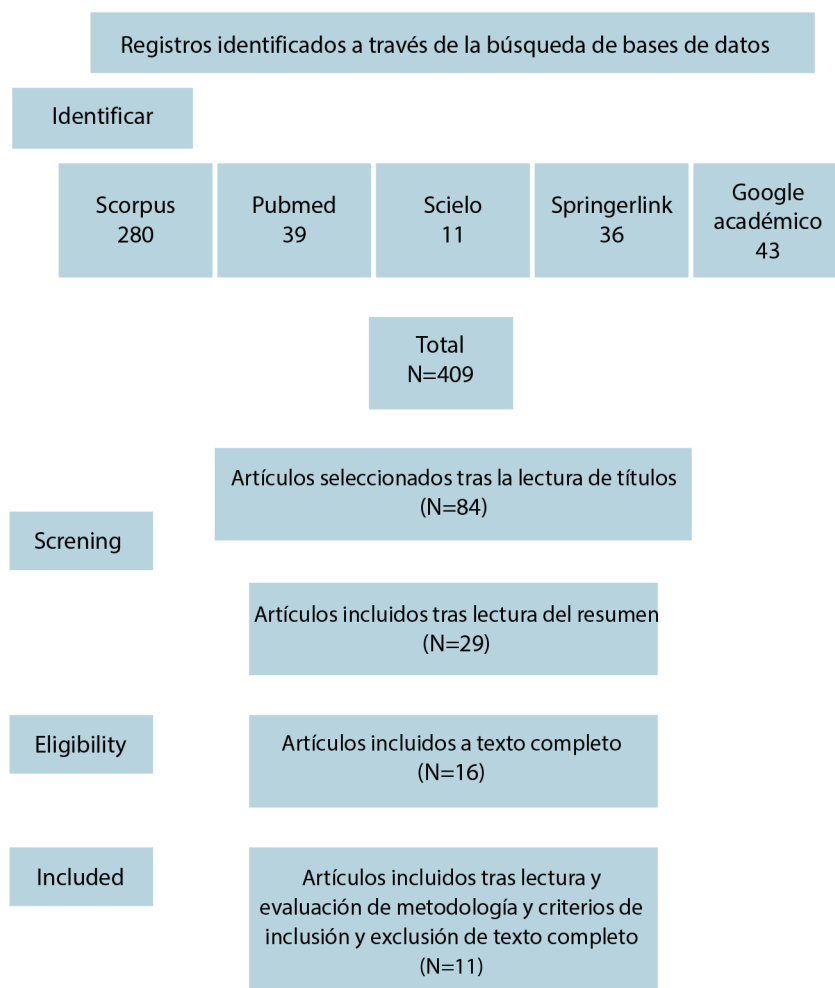
Esta revisión narrativa tiene como objetivo conocer la evidencia disponible a nivel internacional sobre el manejo clínico del paciente con nutrición enteral en las unidades de cuidados intensivos adulto, señalar sus beneficios clínicos, las principales barreras para su implementación y recomendaciones para su aplicación en la UPC adulto del Hospital Regional de Talca, con la finalidad de crear en una segunda instancia, una guía de buenas prácticas clínicas.

## Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos SCOPUS, PubMed, SciELO, SpringerLink y Google Scholar, entre el 2020 y 2025, sin restricción de idioma. Las palabras claves utilizadas fueron: enteral nutrition, critical care, adult, nurse y recommendations.

Como criterios de exclusión, se eliminaron artículos enfocados en población pediátrica o neonatal, estudios duplicados, publicaciones sin revisión por pares, investigaciones centradas exclusivamente en nutrición parenteral, estudios en curso sin resultados concluyentes y aquellos que abordaban pacientes ambulatorios. Se incluyeron guías clínicas, revisiones sistemáticas, revisiones narrativas, ensayos clínicos y estudios observacionales, seleccionándose finalmente 11 artículos (cuadro 1).

Cuadro 1: Diagrama de flujo que describe el proceso de revisión de guías clínicas y artículos científicos.



## Resultados

A partir de la revisión de la literatura se logra dar respuestas clínicas claves para orientar los cuidados de enfermería en pacientes críticos que reciben NE. Según Diaz (2021) y Li (2024) la NE temprana, idealmente iniciada dentro de las primeras 48 horas desde el ingreso a la UCI, y el logro del objetivo calórico y proteico al séptimo día reduce la mortalidad hospitalaria, disminuye la estancia y previene infecciones asociadas a la atención.

La evaluación inicial incluye la medición del volumen de residuo gástrico (VRG): valores inferiores a 300 ml permiten iniciar la NE a través de sonda nasogástrica (SNG), mientras que volúmenes superiores contraindican el inicio inmediato (Nutrición Hospitalaria, 2025).

Flordelís (2015, 2022) y Doley (2022) refiere que en pacientes hemodinámicamente inestables, el inicio de la NE está contraindicado por el riesgo de isquemia intestinal. La redistribución del flujo sanguíneo durante estados de shock favorece órganos vitales a expensas del tracto gastrointestinal, lo que puede desencadenar necrosis intestinal y mortalidad. Así mismo, las guías ASPEN/SCCM recomiendan evitar la NE cuando la presión arterial media (PAM) es  $< 60$  mmHg, existen dosis múltiples o crecientes de vasopresores o se observa elevación del lactato sérico.

Respecto del uso de drogas vasoactivas (DVA), Flordelís (2022) menciona que no existe un umbral absoluto para definir dosis “segura”. Sin embargo, se considera que la administración de norepinefrina  $\leq 0,3$   $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$  puede ser compatible con la NE si el paciente presenta estabilidad hemodinámica, PAM  $\geq 60$  mmHg, perfusión periférica conservada y ausencia de acidosis o distensión abdominal. En caso de riesgo de isquemia, se recomienda iniciar con volúmenes tróficos, monitorizando estrechamente la tolerancia (Simo, 2020) (Lambell, 2020).

En cuanto al volumen inicial, Simo (2020) y Doley (2022) menciona que la recomendación general es comenzar la NE entre 10–20 ml/h en pacientes estables, aumentando progresivamente 20 a 30 ml/h cada 4–12 horas según la tolerancia clínica, y que, los avances deben ser más lentos ante riesgo de síndrome de realimentación, alteraciones electrolíticas, hiperglucemia, hipercapnia, intolerancia gastrointestinal o inestabilidad hemodinámica. Algunos autores sugieren iniciar con fórmulas hipercalóricas e hiperproteicas a 20 ml/h, evaluando VRG cada 6 horas y avanzando hasta 30–40 ml/h según tolerancia (Nutrición Hospitalaria, 2025).

Respecto a la modalidad de administración, Wu (2023) en su revisión sistemática y meta análisis concluye que la NE continua en comparación con la discontinua se asocia con menor mortalidad y mayor riesgo de estreñimiento. Nakamura, et al., (2025) recalca la disminución de la mortalidad (55 muertes menos por cada 1000 pacientes), agregando una menor estancia en UCI (reducción de 0,8 días) y menos días en ventilación mecánica (2–3 días menos). Además, se asocia una menor incidencia de diarrea y distensión abdominal utilizando NE continua (Qu, 2023). También existen diferencias en costos económicos, reduciendo cambios de equipo y costos asistenciales, por lo que se sugiere preferir la modalidad continua con progresión gradual (Kreymann, 2006).

La suspensión de la NE debe estar justificada. Si bien puede ser necesaria ante sospecha de patología abdominal, procesos de extubación o antes de endoscopia o ecocardiografía transesofágica, se considera inapropiada ante exámenes menores como TAC, resonancia magnética, cambios posturales, ventilación no invasiva, ausencia de ruidos intestinales o alteraciones metabólicas aisladas (Nutrición Hospitalaria, 2025). Las suspensiones sin justificación contribuyen a déficit calórico significativo y afectan la recuperación.

Según Nakamura (2025), la tolerancia a la NE se evalúa mediante una combinación de pa-

rámetros: VRG, contenido gástrico, examen físico abdominal, imágenes y lactato. La intolerancia a la alimentación enteral (IFE) abarca VRG elevado, náuseas, vómitos, diarrea severa, distensión abdominal, dolor y malestar. La incidencia reportada varía entre 2–75% debido a diferencias metodológicas, pudiendo alcanzar el 66,1% el día 1 y 91,8% el día 2, además, se ha identificado IFE en el 30,5% de pacientes críticos, observando asociación con mayor mortalidad, estancia prolongada y más infecciones.

En estudio primario realizado por Jenkins (2023) a 101 unidades de cuidados intensivos en Reino Unido, el 98 % informaron que medían rutinariamente el GRV, y el 86 % de las UCI utilizaban el GRV para definir la intolerancia a la alimentación enteral. Reforzando que el VRG sigue siendo el indicador más utilizado, a pesar que su utilidad actualmente es discutida. Factores técnicos (posición, tipo de sonda, producción de jugo gástrico) afectan la medición de VRG (Nakamura, 2025). Además, no se ha demostrado relación entre VRG elevado y neumonía, mortalidad o ventilación mecánica. Una revisión Cochrane de 2021 tampoco encontró evidencia sólida que respalde su uso rutinario (Nakamura, 2025). Por ello, ASPEN (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition) y ESPEN proponen basar la evaluación principalmente en signos clínicos (Singer, 2023). Sin embargo, VRG > 500 ml sigue siendo criterio válido para suspender temporalmente la NE (Nakamura, 2025).

El monitoreo del VRG busca prevenir aspiración y neumonía (Peng, 2021), aunque su valor predictivo es limitado. Las guías internacionales ASPEN/SCCM (Society of Critical Care Medicine) recomiendan suspender la NE solo si el VRG supera los 500 ml (Fuentes, 2019) (Blaser, 2017). La suspensión de la NE es necesaria ante complicaciones gastrointestinales severas, presentes entre el 50–70% de los pacientes: VRG elevado, diarrea asociada a NE, distensión significativa, dolor, vómitos, regurgitación y estreñimiento (Doley, 2022; Nutrición Hospitalaria, 2025). No obstante, diarrea, ausencia de ruidos o estreñimiento por sí solos no justifican suspender la NE. Cabe destacar que también existen otras causas de diarrea fuera del uso de NE en UCI, como el uso de fármacos hiperosmolares, antibióticos, agentes con sorbitol, infecciones (*C. difficile*) y patologías como síndrome de intestino irritable o enfermedad inflamatoria (Doley, 2022), debiendo analizar las probables causas para evitar suspensión innecesaria de la NE.

La vía postpilórica como alternativa al uso de SNG se recomienda en pacientes con alto riesgo de aspiración: incapacidad para proteger vía aérea, ventilación mecánica, edad > 70 años, higiene oral deficiente, decúbito supino, déficit neurológico, reflujo gastroesofágico, traslados, administración en bolos, o motilidad reducida refractaria a procinéticos (Doley, 2022). También se considera cuando el VRG supera los 500 ml sin evidencias de complicaciones abdominales agudas (Singer, 2023). Aunque guías ASPEN y canadienses recomiendan esta vía, el estudio ENTERIC no evidenció beneficios en aporte calórico o incidencia de neumonía, por lo que no se sugiere su uso rutinario de la vía postpilórica (Nutrición Hospitalaria, 2025).

Los fármacos procinéticos son recomendados ante intolerancia a la NE. La Eritromicina intravenosa (agonista del receptor de motilina) acelera el vaciamiento gástrico y puede reducir infecciones (Díaz, 2021; Singer, 2023; Feng, 2025). Su uso habitual es 100–250 mg cada 8 h por 2–4 días. También se utiliza metoclopramida (5–10 mg cada 8 h), aunque es menos eficaz en monoterapia. Su combinación potencia el efecto, aunque ambos presentan taquifilaxia importante, por lo cual deben evitarse tratamientos prolongados (Nutrición Hospitalaria, 2025; Singer, 2023; Feng 2025).

Doley (2022) menciona que, en situaciones especiales, como el paciente que requiere decúbito prono, la administración de NE puede mantenerse con precauciones. La colocación inicial de la sonda no debe realizarse en prono y hay riesgo de desplazamiento al girar al paciente. Algunos equipos reducen el volumen de infusión en prono y aumentan en supino, pero esto limita el aporte

energético, especialmente considerando protocolos de 16 h en prono. La evidencia indica que la NE en prono no aumenta VRG, neumonía, regurgitación ni aspiración. Las recomendaciones incluyen vía postpilórica, cabezal elevado entre 10°–25° , uso de procinéticos y considerar Nutrición Parenteral Total complementaria.

Finalmente, se debe realizar una evaluación global del soporte nutricional, considerando el porcentaje de cumplimiento entre el volumen prescrito y administrado. El objetivo es alcanzar al menos el 75 %; si el aporte efectivo cae por debajo del 60 %, se sugiere complementar con nutrición parenteral (Nutrición Hospitalaria, 2025).

## Discusión

La literatura se centra principalmente en aspectos médicos y técnicos de la NE (Singer, 2023; Nakamura, 2025; Ballesteros, 2025), con escasa profundización en el rol de enfermería. La evidencia demuestra que los pacientes críticos reciben solo 50–60 % de los requerimientos debido a interrupciones, retrasos y complicaciones gastrointestinales (Lambert 2022). Esto refuerza la necesidad de fortalecer el rol de enfermería en la implementación, vigilancia y seguimiento de la terapia nutricional, destacan la importancia del monitoreo continuo, detección precoz de complicaciones, registro detallado y comunicación efectiva dentro del equipo en salud.

## Las recomendaciones finales derivadas de la evidencia:

- Sugerir iniciar NE dentro de las primeras 48 horas tras la estabilización hemodinámica.
- Verificar criterios hemodinámicos previos: PAM  $\geq$  60 mmHg, lactato estable y perfusión periférica conservada; contraindicar en uso creciente de vasopresores.
- En pacientes con noradrenalina  $< 0,3 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ , iniciar NE trófica si se mantiene estabilidad.
- Evaluar VRG antes del inicio:  $< 300 \text{ ml}$  permite comenzar la NE.
- Administrar NE continua, iniciando 10–20 ml/h y aumentando 20–30 ml/h cada 4–12 h según tolerancia.
- Ajustar el inicio ante riesgo metabólico o inestabilidad.
- Mantener posición 30–45° durante la administración para evitar broncoaspiración.
- Evaluar cavidad bucal ante riesgo de regurgitación.
- Verificar cumplimiento nutricional: objetivo  $\geq 75 \%$ ; considerar NPT si aporte  $< 60 \%$ .
- VRG  $> 500 \text{ ml}$  debe informarse a médico y suspender NE.
- Evitar monitoreo rutinario del VRG salvo signos de intolerancia al régimen enteral.
- Monitorizar signos clínicos de intolerancia: distensión, vómitos, diarrea, dolor, imágenes, lactato.
- Sugerir procinéticos (eritromicina, metoclopramida) por 72 h ante intolerancia.
- Evitar suspensiones por procedimientos menores.
- Suspender NE ante inestabilidad hemodinámica o procedimientos de alto riesgo.
- Mantener NE durante posición prono con medidas de protección.
- Capacitar al equipo y aplicar protocolos institucionales de NE.

## Brechas del conocimiento

Son escasos los estudios orientados a los cuidados de enfermería y el uso de NE en paciente crítico. Durante la revisión, no se logra encontrar evidencia que pueda responder preguntas clínicas como ¿qué hacer con el VRG una vez extraído? o evidencia del uso de NE en pacientes con vasopresina como DVA.

## Referencias bibliográficas

- Ballesteros-Pomar, M. D., Alfaro-Martínez, J. J., Guardia-Baena, J. M., Riestra Fernández, M., Vega-Piñero, B., Fullana, A. A., et al. (2025). Clinical experience with enteral tube nutrition and Nutrison® range of enteral tubes in patients with specific enteral feeding requirements in Spain: The NUTRECONSONDA study. *Clinical Nutrition Open Science*, 60, 200–217. <https://doi.org/10.1016/j.nutos.2025.02.007>
- Berger, M., & Hurni, C. (2022). Management of gastrointestinal failure in the adult critical care setting. *Current Opinion in Critical Care*, 28(2), 190–197. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000924>
- Blaser, A., Starkopf, J., Alhazzani, W., Berger, M. M., Casaer, M. P., Deane, A. M., et al. (2017). Early enteral nutrition in critically ill patients: ESICM clinical practice guidelines. *Intensive Care Medicine*, 43(3), 380–398. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4665-0>
- Díaz, L., Segura, J., Garzón, N., Salazar, D., & Otálora, M., (2021). Considerations of invasive mechanical ventilation in prone position: A narrative review. *Colombian Journal of Anesthesiology*. <https://doi.org/10.5554/22562087.e1013>
- Doley, J. (2022). Enteral nutrition overview. *Nutrients*, 14, 2180. <https://doi.org/10.3390/nu14112180>
- Domenech, V., Gea, V., Czaplá, M., Chover, E., Juárez, R., Santolalla, I., et al. (2022). Importance of nutritional assessment tools in the critically ill patient: A systematic review. *Frontiers in Nutrition*, 9, 1073782. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.1073782>
- Feng, L., Li, X., Zhu, X., & Jin, L. (2025). Advances in management strategies for enteral nutrition-related gastric retention in adult patients with nasogastric tubes. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, 17(3), 101751. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v17.i3.101751>
- Flordelís, J., Montejo, J., López, J., Zárate, P., Martínez, F., Lorenzo, C., et al. (2022). Nutrición enteral en pacientes críticos sometidos a tratamiento con fármacos vasoactivos: Estudio NUTRIVAD. *JPEN Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 46(6), 1420–1430. <https://doi.org/10.1002/jpen.2371>
- Flordelís, J., Pérez, J., & Montejo, J. (2015). Nutrición enteral en el paciente crítico con inestabilidad hemodinámica. *Medicina Intensiva*, 39(1), 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.medint.2014.04.002>
- Fuentes, P., Martínez, G., Vernooij, R., Urrútia, G., Roqué, M., & Bonfill, X. (2019). Early enteral nutrition (within 48 hours) versus delayed enteral nutrition (after 48 hours) with or without supplemental parenteral nutrition in critically ill adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012340.pub2>
- Jenkins, B., Calder, P. C., & Marino, L. V. (2023). Gastric residual volume monitoring practices in UK intensive care units: A web-based survey. *Journal of the Intensive Care Society*, 25(2), 156–163. <https://doi.org/10.1177/17511437231210483>
- Kreymann, K. G., Berger, M. M., Deutz, N. E. P., Hiesmayr, M., Jolliet, P., Kazandjiev, G., et al. (2006). ESPEN guidelines on enteral nutrition: Intensive care. *Clinical Nutrition*, 25(2), 210–223. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2006.01.021>

- Lambell, K., Tatuco, O., Chapple, L., Gantner, D., & Ridley, E. (2020). Nutrition therapy in critical illness: A review of the literature for clinicians. *Critical Care*, 24, 35. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2739-4>
- Li, Y., Wang, Y., Chen, B., Zhang, Z., & Zhang, D. (2024). Research and exploration of quality control indicators for nutritional therapy in critically ill patients: A multicenter before-and-after study. *Frontiers in Nutrition*, 11, 1359409. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1359409>
- Montero, M. (2023). Controversia 2: Cuidados de nutrición enteral en pacientes críticos. *Hospital Nutrition*, 40(Spec1), 51–57. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112023000200012](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112023000200012)
- Nakamura, K., Yamamoto, R., Higashibeppu, N., Yoshida, M., Tatsumi, H., Shimizu, Y., et al. (2025). The Japanese Critical Care Nutrition Guideline 2024. *Journal of Intensive Care*, 13(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s40560-025-00785-z>
- Nutrición Hospitalaria - Arán Ediciones. (2025). Artículo 04681. <https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/04681/show>
- Nutrición Hospitalaria - Arán Ediciones. (2025). Artículo 01957. <https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/01957/show>
- Peng, R., Li, H., Yang, L., Zeng, L., Yi, Q., Xu, P., et al. (2021). The efficacy and safety of prokinetics in critically ill adults receiving gastric feeding tubes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 16(1), e0245317. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245317>
- Qu, J., Xu, X., Xu, C., Ding, X., Zhang, K., & Hu, L. (2023). The effect of intermittent versus continuous enteral feeding for critically ill patients: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Nutrition*, 10, 1214774. <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1214774>
- Simo, L., Gava, M., Castro, M., Dos Santos, M., Manzanares, W., & Toledo, D. (2020). Vasopressors and nutrition therapy: Safe dose for the outset of enteral nutrition? *Critical Care Research and Practice*, 2020, 1095693. <https://doi.org/10.1155/2020/1095693>
- Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Calder, P. C., Casaer, M. P., Hiesmayr, M., et al. (2023). ESPEN practical and partially revised guideline: Clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition*, 42(9), 1671–1689. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.07.011>
- Wang, S., He, Y., Yi, J., & Sha, L. (2025). Risk factors for enteral feeding intolerance in critically ill patients: An updated systematic review and meta-analysis. *BMC Gastroenterology*, 25(1), 233. <https://doi.org/10.1186/s12876-025-03837-8>
- Wu, J., Liu, M., Liu, T., Kuo, C., Hung, K., Tsai, Y., et al. (2023). Clinical efficacy of enteral nutrition feeding modalities in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Clinical Nutrition*, 77(11), 1026–1033. <https://doi.org/10.1038/s41430-023-01313-8>



## ENTREVISTA:

***Cuál consideras que fue el principal desafío metodológico que enfrentaron durante su proceso de investigación, y cómo lograron superarlo o manejarlo?***

El principal desafío metodológico fue reunir información científica actualizada y seleccionar artículos de calidad que respaldaran adecuadamente la investigación. La gran cantidad de literatura disponible y las diferencias en su rigor metodológico dificultaron el proceso.

Lo superamos gracias al trabajo en equipo entre internos y tutor, organizando la búsqueda en bases de datos, revisando fuentes en conjunto y utilizando criterios claros de selección.

***En retrospectiva, ¿identifican alguna barrera institucional o cultural u otras? Si es así, ¿cuál fue?***

En el ámbito cultural, hubo una baja valoración del tiempo destinado a investigar dentro del entorno clínico. Estas barreras se manejaron mediante la coordinación del equipo y el apoyo del tutor, quien facilitó recursos y orientaciones para avanzar.

***Desde una perspectiva personal, ¿cómo describirían el aprendizaje más significativo que obtuvieron al realizar su investigación de la disciplina?***

Desde una perspectiva personal, el aprendizaje más significativo fue comprender en profundidad la complejidad del cuidado de pacientes críticos que reciben nutrición enteral y reconocer cómo pequeños detalles en la práctica diaria pueden tener un impacto directo en la seguridad y evolución del paciente. Además, la investigación permitió fortalecer habilidades de observación, análisis crítico y toma de decisiones basadas en evidencia.

***Si pudieran resumir en una frase, ¿cuál consideran que es el impacto o significado más importante de su investigación para la práctica de Enfermería o para el conocimiento disciplinar?***

Nuestra investigación evidencia que la calidad de los cuidados de enfermería en la administración de nutrición enteral es un factor determinante para la seguridad del paciente crítico y para el fortalecimiento del conocimiento disciplinar en enfermería.

***¿Cuáles fueron los sentimientos y emociones que surgieron durante el trabajo y desarrollo de su investigación?***

Durante el desarrollo del trabajo surgieron emociones variadas. Al inicio predominó la incertidumbre y el desafío ante la responsabilidad metodológica; luego, conforme avanzó el estudio, surgieron sentimientos de motivación, compromiso y curiosidad científica. Finalmente, al analizar los resultados, se experimentó satisfacción, orgullo y un profundo sentido de contribución al cuidado seguro y humanizado del paciente crítico.

***Si tuvieran que darle un consejo fundamental a un estudiante de Enfermería que está a punto de iniciar su primera investigación, ¿cuál sería y por qué lo consideran importante?***

Organizar bien la búsqueda de información y trabajar siempre en equipo.

Esto es importante porque una investigación sólida depende de encontrar y seleccionar evidencia científica de calidad, y ese proceso puede ser complejo para quien recién comienza. Contar con una buena planificación, usar descriptores adecuados y apoyarse en bases de datos confiables facilita enormemente el trabajo.

Además, el trabajo colaborativo con compañeros y tutor permite aclarar dudas, distribuir tareas y recibir orientación experta, lo que no solo mejora la calidad del estudio, sino que también hace la experiencia más llevadera y formativa.