



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

EFECTIVIDAD DE LA NUTRICIÓN ENTERAL TEMPRANA VERSUS LA
NUTRICIÓN TARDÍA EN PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A
RESECCIÓN INTESTINAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA

PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICA

AUTOR: KAREN ESTEFANÍA BERNAL VÁSQUEZ

DIRECTOR: MD. XAVIER EDUARDO TORRES MALDONADO, MGTR

AZOGUES - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo
UNIDAD ACADÉMICA SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**EFFECTIVIDAD DE LA NUTRICIÓN ENTERAL TEMPRANA VERSUS
LA NUTRICIÓN TARDÍA EN PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A
RESECCIÓN INTESTINAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICA**

AUTOR: KAREN ESTEFANÍA BERNAL VÁSQUEZ

DIRECTOR: MD. XAVIER EDUARDO TORRES MALDONADO, MGTR

AZOGUES - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Karen Estefanía Bernal Vásquez portadora de la cédula de ciudadanía N.º **0302047162**. Declaro ser el autor de la obra: **"Efectividad de la nutrición enteral temprana versus la nutrición tardía en pacientes adultos sometidos a resección intestinal: revisión sistemática"**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, **26 de mayo de 2026**

F: 

Karen Estefanía Bernal Vásquez

C.I. 0302047162

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Xavier Eduardo Torres Maldonado

DOCENTE DE LA CARRERA DE CIRUGIA

De mi consideración:

Certifico que el presente trabajo de titulación denominado: "**Efectividad de la nutrición enteral temprana versus la nutrición tardía en pacientes adultos sometidos a resección intestinal: revisión sistemática**", realizado por: **Karen Estefanía Bernal Vásquez**, con documento de identidad: **0302047162**, previo a la obtención del título de **Médica** ha sido asesorado, orientado, revisado y supervisado durante su ejecución, bajo mi tutoría en todo el proceso, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación que exige la Universidad Católica de Cuenca, por lo que está expedito para su presentación y sustentación ante el respectivo tribunal.

Azogues, 26 de mayo de 2026



XAVIER EDUARDO TORRES MALDONADO

0103475620

DIRECTOR

www.ucacue.edu.ec

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco profundamente a Dios por haber sido mi fortaleza, guía y refugio durante todo este camino académico. Este proceso no fue fácil; estuvo marcado por múltiples dificultades económicas que, en diferentes momentos, no me permitieron culminar mi carrera en el tiempo esperado. A lo largo de mi formación enfrenté grandes sacrificios: hubo días en los que no contaba con recursos para impresiones, una computadora o incluso para cubrir los gastos de transporte para asistir a clases, aun así, nunca dejé de luchar por este sueño. Gracias a Dios, por darme la fortaleza necesaria para no rendirme, sostenerme en los momentos más difíciles y permitirme hoy alcanzar esta meta tan anhelada.

A mi familia, expreso mi más profundo agradecimiento por su amor, apoyo incondicional y confianza constante en mí. Gracias por acompañarme en cada etapa de este camino, por sus palabras de aliento, paciencia y sacrificios, los cuales fueron fundamentales para que hoy pueda culminar este logro académico.

De manera muy especial, agradezco a mi abuelita, **Rosario Muñoz**, por su inmenso amor y apoyo incondicional. Gracias por siempre encontrar la manera de ayudarme, incluso en los momentos más difíciles, por sacar de donde fuera necesario para darme, aunque sea, un dólar para mi pasaje y permitirme continuar asistiendo a la universidad. Su esfuerzo, generosidad y amor representan una parte invaluable de este logro, el cual también le pertenece.

A mi novio, **Carlos Ordoñez**, mi más profundo agradecimiento por su apoyo incondicional, paciencia y amor durante esta etapa. Gracias a ti hoy estoy culminando esta tesis, porque hubo momentos en los que sentí que ya no quería continuar ni terminar este proceso, y fuiste tú quien me motivó a seguir adelante, creyendo en mí incluso cuando yo había dejado de hacerlo. Gracias por acompañarme en cada paso, por ayudarme incluso con los trámites y por impulsarme constantemente a no rendirme. Siempre estaré profundamente agradecida contigo, porque tu apoyo fue fundamental para que hoy pudiera alcanzar esta meta.

A mis amigos **Samantha, Gisela, Coral, Amanda, Sofia y Cristopher**, quiero expresarles mi más sincero agradecimiento por haber sido un apoyo significativo durante este proceso. Gracias por su compañía, palabras de ánimo, comprensión y por estar presentes en los momentos más difíciles. Su amistad hizo este camino más llevadero y significativo.

De manera especial, agradezco a mi querida mascota, **Gordo**, cuya compañía y cariño representaron un gran apoyo emocional durante las largas jornadas de estudio, cansancio y dedicación. Su presencia hizo más llevaderos muchos momentos difíciles y se convirtió en un compañero importante a lo largo de este camino.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, de una u otra forma, contribuyeron con su apoyo, orientación y motivación durante mi formación académica y el desarrollo de esta investigación. A todos ellos, mi más sincera gratitud.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, en primer lugar, a mí misma, por no haberme rendido aun cuando hubo momentos en los que continuar parecía imposible. Por cada día en el que el cansancio, las dudas, el dolor emocional y las dificultades parecían más grandes que mis fuerzas, pero aun así decidí seguir adelante.

A la persona que fui durante los momentos más difíciles, especialmente en aquellos días del internado en los que levantarme parecía una batalla, cuando el agotamiento emocional y mental hacía que continuar se sintiera imposible, y cuando muchas veces pensé que tal vez era más fácil no estar ahí. Aun en medio de la tristeza, la incertidumbre y el peso de pensamientos que muchas veces me hacían creer lo contrario, seguí luchando, paso a paso, sin saber si algún día llegaría hasta este momento. Hoy este logro representa la prueba de que **resistir también es una forma de valentía**.

Asimismo, dedico este trabajo a todas las personas que alguna vez han atravesado problemas de salud mental, como la depresión, y que aun así continúan luchando por sus sueños. A quienes han tenido que enfrentarse no solo a las dificultades del camino, sino también a esas voces internas que les dicen que no pueden, que no son suficientes o que deben rendirse. Que este logro sea un recordatorio de que incluso en los momentos más oscuros es posible seguir adelante, aunque sea un día a la vez, y que no rendirse también es una forma inmensa de fortaleza.

Esta tesis simboliza no solo un logro académico, sino también la evidencia de una lucha silenciosa, de la perseverancia y de la esperanza de que, aun después de los momentos más difíciles, siempre es posible volver a encontrar el camino.

Efectividad de la nutrición enteral temprana versus la nutrición tardía en pacientes adultos sometidos a resección intestinal: revisión sistemática

Karen Estefanía Bernal Vásquez, Xavier Eduardo Torres Maldonado

Universidad Católica de Cuenca, kebranalv62@est.ucacue.edu.ec

RESUMEN

La nutrición enteral temprana se ha propuesto como una estrategia para mejorar la recuperación postoperatoria en pacientes sometidos a cirugía gastrointestinal. Sin embargo, existe variabilidad en la evidencia respecto a sus beneficios en comparación con el inicio tardío de la alimentación enteral. Objetivo: Determinar la efectividad de la nutrición enteral temprana frente a la nutrición enteral tardía en pacientes adultos sometidos a resección intestinal mediante una revisión sistemática de la literatura científica. Metodología: Se realizó una revisión sistemática siguiendo las recomendaciones de la guía PRISMA 2020. La búsqueda de artículos se llevó a cabo en bases de datos científicas. Se incluyeron estudios con diseño de cohorte que compararan nutrición enteral temprana versus tardía. La selección de estudios se efectuó aplicando criterios de inclusión y exclusión previamente definidos. Los datos se extrajeron y organizaron en una matriz elaborada en Microsoft Excel. El riesgo de sesgo de los estudios individuales fue evaluado mediante la herramienta ROB-1 y la calidad de los estudios mediante (NHLBI). La síntesis de los resultados se realizó mediante análisis cualitativo narrativo. Resultados: Se incluyeron 13 estudios, la mayoría reportó que el inicio temprano de la nutrición enteral se asocia con una reducción de la estancia hospitalaria y una mejor recuperación funcional intestinal, evidenciada por menor incidencia de íleo postoperatorio. Conclusiones: La evidencia disponible sugiere que la nutrición enteral temprana es una estrategia efectiva, segura y potencialmente beneficiosa en pacientes adultos sometidos a resección intestinal, al favorecer la recuperación gastrointestinal ser bien tolerada y reducir la estancia hospitalaria.

Palabras clave: nutrición enteral, nutrición temprana, nutrición tardía, pacientes adultos, resección intestinal

Effectiveness of Early Enteral Nutrition Versus Late Enteral Nutrition in Adult Patients Undergoing Intestinal Resection: A Systematic Review

ABSTRACT

The early initiation of enteral nutrition has been proposed as a strategy to improve postoperative recovery in patients undergoing gastrointestinal surgery. However, there is variability in the evidence regarding its benefits compared to delayed initiation of enteral feeding. Objective: To determine the effectiveness of early enteral nutrition versus delayed enteral nutrition in adult patients undergoing intestinal resection through a systematic review of the scientific literature. Methodology: A systematic review was conducted in accordance with the recommendations of the PRISMA 2020 guidelines. The literature search was performed in scientific databases. Cohort studies comparing early versus late enteral nutrition were included. Studies were selected using predefined inclusion and exclusion criteria. Data were extracted and organized into a matrix created in Microsoft Excel. The risk of bias in individual studies was assessed using the ROB-1 tool, and study quality was assessed using the NHLBI criteria. Results were synthesized through qualitative narrative analysis. Results: Thirteen studies were included; most reported that early initiation of enteral nutrition is associated with a shorter hospital stay and improved functional bowel recovery, as evidenced by a lower incidence of postoperative ileus. Conclusions: The available evidence suggests that early enteral nutrition is an effective, safe, and potentially beneficial strategy in adult patients undergoing bowel resection, as it promotes gastrointestinal recovery, is well tolerated, and reduces length of hospital stay.

Keywords: enteral nutrition, early nutrition, late nutrition, adult patients, bowel resection

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
CAPITULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	3
JUSTIFICACIÓN	3
CAPÍTULO III.....	4
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	4
3.1. Concepto de nutrición enteral y fundamentos fisiológicos	4
3.2. Indicaciones de la nutrición enteral	4
3.3. Contraindicaciones y vías de administración de la nutrición enteral.....	5
3.4. ¿Qué es "temprana" vs "tardía" en la nutrición enteral?	6
3.5. Nutrición enteral temprana versus nutrición enteral tardía.....	6
3.6. Seguridad y tolerancia de la nutrición enteral.....	8
3.7. Alimentos con los que se reanuda la alimentación enteral	8
3.8. Importancia y mecanismo la nutrición post operatoria.....	9
3.9. Beneficios y estrategias empleadas en la nutrición enteral post quirúrgica.....	10
Planteamiento de la pregunta estructurada.	11
OBJETIVOS	12
Objetivo general.....	12
Objetivos específicos	12
CAPITULO IV.....	13
METODOLOGÍA	13
4.1. Diseño del estudio.....	13
4.2. Criterios de elegibilidad.....	13
4.2.1 Criterios de inclusión	13
4.2.2 Criterios de exclusión	14

4.3. Extracción de datos y estrategia de búsqueda.....	14
4.4. Selección de estudio, proceso de extracción de datos y lista de datos.....	15
4.5. Evaluación de calidad y sesgos.....	15
4. 6. Síntesis de la información.....	16
4.7. Exploración de la heterogeneidad.....	16
4.8. Análisis de sensibilidad.....	17
4.9. Aspectos éticos.....	17
CAPITULO V.....	18
RESULTADOS.....	18
5.1 Diagrama de flujo	18
5.2 Calidad de los estudios.....	19
5.3 Evaluación de riesgo de sesgo	20
5.4 Resultados de estudios individuales.....	23
5.5 Resultados de la síntesis.....	25
CAPÍTULO VI.....	28
DISCUSIÓN	28
CONCLUSIONES	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
ANEXOS	36
Autorización de publicación en el repositorio institucional	36

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La resección intestinal es un procedimiento quirúrgico que consiste en la resección de un segmento del intestino, indicado en diversas patologías del tracto gastrointestinal, como tumores, obstrucción mecánica, enfermedad inflamatoria intestinal, isquemia y traumatismos. Su realización depende de la gravedad del cuadro clínico, el compromiso funcional del intestino y el riesgo de complicaciones, pudiendo implicar diferentes segmentos y extensiones de resección. Estos factores, junto con las condiciones clínicas del paciente, influyen de manera significativa en la evolución postoperatoria y en el manejo nutricional (1).

Tradicionalmente, los pacientes sometidos a resección intestinal han sido mantenidos en ayuno durante el período postoperatorio inmediato, retrasando el inicio de la alimentación hasta evidenciar signos de recuperación de la función gastrointestinal. Sin embargo, esta práctica ha sido cuestionada en el contexto actual, ya que podría contribuir al deterioro del estado nutricional y a una recuperación más lenta. En consecuencia, establecer el momento óptimo para iniciar la nutrición enteral constituye un aspecto clave en el manejo postoperatorio, debido a su impacto en la evolución clínica, la morbilidad y la estancia hospitalaria. Es importante, además, diferenciar este tipo de procedimientos de otras cirugías digestivas, como la gastrectomía, en las cuales los tiempos de inicio de la alimentación pueden variar (1,2).

En la actualidad, el debate entre la nutrición enteral temprana y tardía se centra en su influencia sobre la recuperación global del paciente. La nutrición enteral temprana, generalmente iniciada dentro de las primeras 24 a 48 horas posteriores a la cirugía, busca favorecer la recuperación de la función gastrointestinal, mantener la integridad de la mucosa intestinal y reducir complicaciones infecciosas. Por su parte, la nutrición enteral tardía retrasa su inicio con el fin de evitar posibles eventos de intolerancia en pacientes con mayor compromiso clínico. La administración de la nutrición enteral puede realizarse por vía oral mediante suplementos nutricionales o a través de sondas enterales como nasogástricas, nasoduodenales o nasoyeyunales cuya elección depende del estado de conciencia del paciente, la funcionalidad del tracto gastrointestinal y el tipo de intervención quirúrgica (3,4).

A pesar de los avances en el soporte nutricional, la evidencia disponible sobre la efectividad de la nutrición enteral temprana en comparación con la tardía es heterogénea y, en algunos casos, contradictoria. Esta variabilidad se relaciona con diferencias en los tipos de resección intestinal, el estado nutricional previo, la presencia de comorbilidades, los protocolos institucionales y los desenlaces evaluados. Por ello, resulta necesario analizar de manera sistemática la evidencia existente.

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo determinar la efectividad de la nutrición enteral temprana frente a la nutrición enteral tardía en pacientes adultos sometidos a resección intestinal, mediante una revisión sistemática de la literatura. Los hallazgos permitirán orientar la toma de decisiones clínicas y contribuir al desarrollo de recomendaciones aplicables en entornos hospitalarios, especialmente en unidades quirúrgicas y de cuidado crítico.

CAPÍTULO II

JUSTIFICACIÓN

La resección intestinal constituye un procedimiento quirúrgico frecuentemente empleado en el tratamiento de diversas patologías digestivas, tanto benignas como malignas, y se asocia a un importante riesgo de complicaciones postoperatorias. En Ecuador, un estudio realizado en el Hospital Básico de Loja en 2023 reportó una elevada frecuencia de complicaciones en pacientes sometidos a cirugía, observándose una mayor proporción en aquellos intervenidos por patologías digestivas, las cuales representaron el 45,2 % de los procedimientos analizados. Y un porcentaje de presencia de factor de riesgo para desarrollar un cuadro de desnutrición de 32,9%, un porcentaje alto y preocupante. Debido a la complejidad fisiopatológica asociada al periodo postoperatorio de la resección intestinal, los pacientes pueden presentar complicaciones relacionadas con alteraciones de la motilidad intestinal, compromiso del estado nutricional, deterioro de la integridad de la mucosa intestinal y respuesta inflamatoria sistémica (4,5).

Muchos pacientes sometidos a resección intestinal presentan alteraciones nutricionales e inflamatorias desde el periodo preoperatorio, condiciones que incrementan el riesgo de infecciones, dehiscencia anastomótica, prolongación del íleo postoperatorio y aumento de la estancia hospitalaria. Frente a ello, la nutrición enteral se ha consolidado como una estrategia terapéutica orientada a favorecer la recuperación funcional del tracto gastrointestinal, preservar la barrera intestinal y modular la respuesta inmunológica, contribuyendo así a mejorar la evolución clínica del paciente quirúrgico (6,7).

En este sentido, la presente investigación se justifica en la necesidad de sintetizar y analizar de manera sistemática la evidencia científica disponible sobre la efectividad de la nutrición enteral temprana en comparación con la tardía en pacientes adultos sometidos a resección intestinal. Los resultados de esta revisión permitirán aportar evidencia actualizada que contribuya a orientar la práctica clínica y optimizar el manejo nutricional perioperatorio en servicios de cirugía y unidades de cuidados intensivos, favoreciendo la toma de decisiones del personal de salud y mejorando los desenlaces clínicos en la población adulta (2,3).

CAPÍTULO III

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1. Concepto de nutrición enteral y fundamentos fisiológicos

La nutrición enteral (NE) es una medida terapéutica y de soporte post quirúrgico que se define como la administración de nutrientes directamente al tracto gastrointestinal mediante sondas nasogástricas, nasos yeyunales, gastrostomías o yeyunostomías. Es importante en el postoperatorio por que se usa con el objetivo de evitar la mala nutrición, ayuda a mantener la integridad de la mucosa intestinal, favorece la motilidad y reduce la translocación bacteriana e inflamación sistémica (8,9).

El epitelio intestinal constituye el mayor órgano inmunológico del cuerpo y su funcionamiento depende de la presencia de nutrientes en la luz del intestino. La ausencia de alimentación enteral prolongada induce atrofia de vellosidades, aumento de permeabilidad, translocación bacteriana y liberación de mediadores proinflamatorios, procesos que incrementan el riesgo de infecciones y complicaciones postoperatorias. Por ello, la administración de NE temprana favorece la preservación de la función inmunológica innata y adaptativa a nivel intestinal, porque al mantener el uso del intestino se puede prevenir la atrofia de las vellosidades, estimular las hormonas enterotróficas (como enteroglucagon y gastrina), y promover la regeneración de los enterocitos, lo que favorece la recuperación de la función digestiva (10).

En pacientes sometidos a resección intestinal, la integridad funcional del intestino se ve comprometida por isquemia, manipulación quirúrgica, inflamación local y alteraciones en la perfusión mesentérica. En este contexto, una alimentación enteral precoz contribuye a optimizar la cicatrización, mejorar la perfusión y reducir la respuesta inflamatoria sistémica (3,10).

3.2. Indicaciones de la nutrición enteral

Las indicaciones de la nutrición enteral comprenden los casos de desnutrición o la imposibilidad de restablecer la ingesta oral durante al menos siete días, siempre que el intestino pueda tolerarla. En general, se clasifica en tres categorías:

Primero, en pacientes con un aparato digestivo anatómica y funcionalmente útil, ya sea por vía oral como soporte o complemento en situaciones de dificultad para la ingestión (edad avanzada, anorexia, neoplasias, SIDA, mala oclusión dental, estenosis esofágica) o ante mayores requerimientos nutricionales (sepsis, politraumatismos, quemaduras, prevención del fracaso multiorgánico en UCI, insuficiencia renal), así como mediante sonda para nutrición completa en cirugías maxilares, de esófago o laringe y en enfermedades neurológicas como comas, demencias, Guillain-Barré, ELA, miastenia gravis o traumatismos craneoencefálicos (11).

El segundo grupo incluye pacientes con limitaciones anatómicas del tracto digestivo, que requieren sonda nasogástrica o catéter, como en casos de estenosis, resección intestinal, síndrome de intestino corto, dificultad técnica o necesidad de soporte prolongado (11).

Por último, en pacientes con alteración funcional del aparato digestivo como insuficiencia hepática grave, pancreatitis aguda, malabsorción, fistulas neoplásicas o SIDA donde la nutrición enteral se administra de forma mixta para asegurar un adecuado aporte nutricional (11).

3.3. Contraindicaciones y vías de administración de la nutrición enteral

Las contraindicaciones para la nutrición enteral se presentan en casos de obstrucción intestinal, perforación gastroduodenal, hemorragia digestiva aguda o lesiones abdominales que requieran cirugía de urgencia (11).

La nutrición enteral puede administrarse por vía oral o mediante sondas. La vía oral requiere colaboración del paciente y reflejos de deglución conservados, utilizando preparaciones con sabor y olor adecuados como suplemento o como nutrición completa. Cuando el paciente no puede ingerir suficiente alimento, se emplean sondas nasointerales (nasogástricas, nasoduodenales o nasoyeyunales), cuya elección depende de la función gástrica y del riesgo de broncoaspiración. Las sondas permiten administrar nutrientes de forma independiente de la capacidad de deglución y, en el postoperatorio abdominal inmediato, facilitan la instauración de la nutrición enteral incluso en presencia de íleo gástrico o colónico, mediante mecanismos de aspiración y descompresión. Las sondas actuales son flexibles (poliuretano o silicona), de distintos diámetros y longitudes, y algunas incluyen doble luz para aspiración gástrica y alimentación intestinal simultánea. En este contexto, es fundamental prestar especial atención al paciente crítico, particularmente aquel ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde el estado de conciencia, la estabilidad

hemodinámica y el riesgo elevado de aspiración condicionan la elección de la vía de administración, el tipo de fórmula y la velocidad de infusión, requiriendo una monitorización continua para prevenir complicaciones y asegurar una adecuada tolerancia nutricional (11,12).

3.4. ¿Qué es "temprana" vs "tardía" en la nutrición enteral?

No existe una definición universal, pero protocolos recientes y guías clínicas han tratado de estandarizar lo que significa iniciar la NE temprana. Por ejemplo, las guías ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) actualizadas señalan que la alimentación oral o enteral dentro de las primeras 24 horas tras cirugía gastrointestinal es preferible cuando es factible, y advierten sobre los riesgos de subalimentación si no hay ninguna terapia nutricional (12).

En estudios clínicos recientes, se define “temprana” como la nutrición iniciada dentro de las primeras 24 a 48 h posoperatorias. Por ejemplo, en un ensayo clínico de cirugía abdominal, se ha usado la NE dentro de las 48 horas para definir el grupo de nutrición temprana (12).

Por otro lado, “tardía” se refiere al inicio tradicional, y por tradicional se refiere a que no tiene un tiempo específico a veces se ha esperado hasta que el paciente recupere los sonidos intestinales, pase flato o heces, o incluso días después dependiendo del protocolo de cada profesional de salud (12).

Esta técnica de alimentación es la más utilizada por miedo a dehiscencia de la anastomosis realizada. Desde tiempos inmemoriales se ha establecido que después de una cirugía abdominal el paciente tiene que permanecer en nada por vía oral hasta que se escuchen ruidos intestinales o sin embargo esta práctica ha demostrado no ser la más efectiva según estudios recientes (12).

3.5. Nutrición enteral temprana versus nutrición enteral tardía

La nutrición enteral se define como el aporte de nutrientes directamente al tracto gastrointestinal mediante sondas o dispositivos específicos o vía oral. Su objetivo principal es preservar la integridad de la mucosa intestinal, favorecer la respuesta inmunológica y prevenir la desnutrición. Existen diversas preparaciones comerciales diseñadas para este fin, entre las que destacan las fórmulas poliméricas (que contienen proteínas intactas, lípidos y carbohidratos complejos), las

fórmulas oligoméricas o semielementales (con nutrientes parcialmente hidrolizados para facilitar su absorción) y las fórmulas elementales (compuestas por aminoácidos libres y de fácil digestión), además de fórmulas especializadas adaptadas a condiciones clínicas específicas, como por ejemplo el paciente diabético. Tras una intervención quirúrgica intestinal, estas preparaciones se administran de manera progresiva, iniciando generalmente con volúmenes bajos y fórmulas de fácil absorción, para luego avanzar gradualmente hacia fórmulas más completas conforme mejora la tolerancia del paciente. Este proceso requiere monitorización continua de signos clínicos como distensión abdominal, náuseas, vómitos y residuo gástrico, con el fin de ajustar el tipo de fórmula, la velocidad de infusión y el volumen administrado, garantizando así una adecuada recuperación nutricional y funcional del paciente (12,13).

La alimentación post quirúrgica de un paciente sometido a resección intestinal ha sido tema de controversia ya que varios cirujanos recomiendan que no se alimente al paciente hasta que se recupere la motilidad intestinal y se escuchen ruidos hidroaéreos al auscultar el estómago, intestino y marco colónico del paciente, esta teoría se ha manejado y se sigue manejando por parte de los servicios de salud como indicación principal después de una intervención quirúrgica abdominal, sin embargo surge la duda de que si al paciente le inician la nutrición de manera temprana se pueda recuperar de manera más rápida ya que los últimos estudios sugieren que los pacientes del grupo de alimentación enteral temprana (AET) mostraron una recuperación más rápida de la función intestinal, una reducción en la duración de la estancia hospitalaria y menor incidencia de infecciones del sitio quirúrgico, sin un aumento en las tasas de fuga (13).

Un estudio sistemático muy reciente muestra que la nutrición enteral temprana, comparada con la tardía, puede reducir la incidencia de complicaciones (como infecciones) y acorta la estancia hospitalaria. Por ejemplo, una revisión y metaanálisis incluyó a más de 2,100 pacientes adultos de cirugía gastrointestinal: los que recibieron soporte nutricional temprano tuvieron menor tiempo hasta la primera defecación, menor tasa de complicaciones y una estancia hospitalaria más corta (13).

En cirugía colorrectal, que se realizó en 80 pacientes, un estudio publicado en 2025 mostró que la nutrición enteral temprana no solo mejora el estado nutricional, sino que está asociada con menor dolor posoperatorio y una mejor recuperación gastrointestinal, sin aumentar significativamente las complicaciones anastomóticas (13).

Un análisis de 2024 sobre “early oral feeding” (alimentación temprana por vía oral, que muchas veces se superpone con la enteral) que se realizó en 34 ensayos, encontró que, en comparación con retrasar la alimentación, se reduce el tiempo hasta el primer paso de heces, el flato, y la duración

de la hospitalización. Respalda la alimentación temprana cuando se proporcionan otras medidas de cuidado como deambulación temprana y diversas estrategias para aliviar el dolor (14).

3.6. Seguridad y tolerancia de la nutrición enteral

La cirugía digestiva puede afectar la función intestinal, provocando parálisis intestinal e imposibilidad temporal de tolerar alimentos. El ayuno prolongado empeora esta condición. Mantener una nutrición adecuada es clave para una recuperación óptima: favorece la cicatrización, previene la desnutrición y reduce complicaciones postoperatorias, lo que también puede disminuir la estancia hospitalaria y los costos de atención (15).

La nutrición enteral (NE) postoperatoria temprana en pacientes adultos tras resección intestinal es clave en los protocolos modernos de recuperación quirúrgica, ya que mantiene la integridad de la mucosa, estimula la perfusión y motilidad intestinal, y reduce complicaciones asociadas al reposo intestinal. Revisiones recientes indican que su inicio temprano no aumenta el riesgo de complicaciones graves, como fístulas o pérdidas anastomóticas, y, por el contrario, favorece la cicatrización y acelera la recuperación. (16).

Un estudio prospectivo latinoamericano en 54 pacientes adultos con anastomosis intestinal respalda la seguridad de la NE temprana: la incidencia de fugas fue baja (2 casos, ~3,7%) no se correlacionó con el momento de inicio (24 vs 48 h), mientras que vómitos ocurrieron en menos del 20%, de resolución espontánea, y la estancia hospitalaria fue corta con una media de 4 a 7 días, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (16).

Además de la seguridad, la tolerancia de la NE y la recuperación de la motilidad intestinal son elementos clave. Estudios recientes de alimentación oral temprana (“early oral feeding”, EOF) tras cirugía intestinal electiva (incluidas resecciones) muestran que los pacientes que inician dieta líquida estricta (o líquidos claros) al día 1 postoperatorio tienen un retorno más rápido de la función intestinal (flato, deposiciones) y una reducción significativa de la estancia hospitalaria sin incremento de fugas u otras complicaciones (17).

3.7. Alimentos con los que se reanuda la alimentación enteral

La reanudación de la nutrición enteral después de una resección intestinal se fundamenta en dos procesos fisiológicos esenciales: la recuperación gradual de la motilidad gastrointestinal y la adaptación progresiva de la capacidad absorbente del intestino remanente, especialmente crítica en resecciones amplias o en pacientes con intestino corto. En la práctica clínica actual se promueve un inicio temprano y progresivo de la alimentación, ya sea por vía oral o mediante sonda, debido

a que favorece la recuperación funcional del tracto digestivo, preserva la integridad de la mucosa y disminuye las complicaciones derivadas del ayuno prolongado (12,14).

Los protocolos clínicos establecen una progresión ordenada en la reintroducción de la nutrición enteral, que inicia con líquidos claros y avanza hacia líquidos completos o fórmulas enterales (poliméricas o moduladas), para luego continuar con dietas semilíquidas o semisólidas, alimentos blandos y finalmente consistencias sólidas, supervisando de manera continua la aparición de náuseas, distensión abdominal, íleo y el patrón de eliminación fecal (18).

La progresión de la dieta se realiza de forma gradual, generalmente cada 24 a 48 horas, siempre que el paciente demuestre adecuada tolerancia clínica, evidenciada por parámetros como la ausencia de náuseas y vómitos, distensión abdominal mínima o ausente, ruidos intestinales presentes, tránsito intestinal funcional (emisión de gases o heces), adecuado vaciamiento gástrico (sin residuo elevado en caso de sonda), estabilidad hemodinámica y un balance hídrico y electrolítico dentro de rangos normales (18).

Cuando la ingesta oral resulta insuficiente, se recurre a la administración por sonda empleando fórmulas estándar o formulaciones específicas según la tolerancia del paciente, como aquellas hiposmolares o moduladas. En casos de resecciones extensas, como en el síndrome de intestino corto, se prioriza el uso de fórmulas con mayor densidad calórica, suministros fraccionados y, cuando es necesario, triglicéridos de cadena media, todo ello dentro de un abordaje multidisciplinario y con un control estricto del balance hídrico y de los electrolitos (12,14,18).

Frente a esto, el programa denominado “fast-track” o rehabilitación multimodal introduce múltiples estrategias simultáneas (como evitar el ayuno prolongado, reducir la preparación mecánica del colon, emplear analgesia epidural, minimizar fluidoterapia excesiva, fomentar la nutrición oral y la movilización temprana) con el objetivo de reducir la respuesta al estrés quirúrgico, preservar la función orgánica y acelerar la recuperación (18).

Los resultados reportados indican que este enfoque puede acortar la estancia hospitalaria, disminuir la morbilidad y mejorar la calidad de vida del paciente tras la intervención, tanto en cirugía abierta como en laparoscópica. Los autores señalan, sin embargo, que la adopción de estos protocolos en la práctica clínica real aún es limitada, lo cual plantea retos de implementación y cumplimiento de los estándares (18).

3.8. Importancia y mecanismo la nutrición post operatoria

Los protocolos de recuperación acelerada, o Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), contemplan la “alimentación postoperatoria temprana” como un elemento clave para favorecer una mejor evolución tras la cirugía. El acto quirúrgico genera una respuesta de estrés fisiológico caracterizada por inflamación, aumento del catabolismo proteico, resistencia a la insulina y pérdida de masa muscular. En este escenario, la aplicación de estrategias nutricionales perioperatorias como la ingesta oral de carbohidratos antes de la cirugía y el reinicio temprano de la vía oral en el posoperatorio contribuye a atenuar estos efectos metabólicos adversos. Además, se ha demostrado

que la administración preoperatoria de líquidos claros enriquecidos con carbohidratos reduce significativamente la resistencia insulínica posquirúrgica (14,19).

3.9. Beneficios y estrategias empleadas en la nutrición enteral post quirúrgica

Las estrategias nutricionales recomendadas dentro de los protocolos ERAS enfatizan la importancia de evitar ayunos prolongados antes de la cirugía y, en su lugar, promover la administración oral de carbohidratos hasta poco antes del procedimiento. Del mismo modo, se recomienda reiniciar la alimentación —o, al menos, la hidratación oral tan pronto como sea clínicamente posible en el posoperatorio, con el fin de atenuar la respuesta metabólica al estrés quirúrgico. Estas medidas deben acompañarse de un soporte nutricional adecuado que contribuya a preservar la masa magra y mantener la función fisiológica, evitando periodos innecesarios de restricción alimentaria o inmovilización nutricional (19).

La implementación adecuada de estas intervenciones proporciona beneficios clínicos significativos, entre ellos una reducción en el tiempo de hospitalización, una menor incidencia de complicaciones posquirúrgicas relacionadas con el deterioro del estado nutricional y una recuperación funcional más rápida. Para lograr estos resultados, es imprescindible la participación coordinada de un equipo multidisciplinario que incluya profesionales de nutrición, anestesiología, cirugía, enfermería y rehabilitación. Asimismo, la aplicación de estas estrategias debe adaptarse al contexto local y a las características individuales del paciente, considerando su estado nutricional previo, tipo de cirugía y comorbilidades, dado que los protocolos ERAS funcionan como guías flexibles que requieren adecuación personalizada para garantizar su efectividad (20).

Planteamiento de la pregunta estructurada.

En pacientes adultos sometidos a resección intestinal o cirugía gastrointestinal, ¿El inicio de nutrición enteral temprana, en comparación con la nutrición enteral tardía, mejora los resultados clínicos postoperatorios como la duración de la estancia hospitalaria, tolerancia, y la recuperación de la función intestinal?

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la efectividad de la nutrición enteral temprana versus la nutrición tardía en pacientes adultos sometidos a resección intestinal mediante una revisión sistemática

Objetivos específicos

- Evaluar la duración de la estancia hospitalaria en pacientes adultos sometidos a resección intestinal, según el momento de inicio de la nutrición enteral (temprana versus tardía).
- Determinar el efecto de la nutrición enteral temprana en la recuperación funcional intestinal, incluyendo la presencia de íleo postoperatorio.
- Comparar la tolerancia al uso de nutrición enteral temprana versus tardía, en pacientes adultos sometidos a resección intestinal.
- Analizar la evidencia científica disponible sobre la eficacia y seguridad de la nutrición enteral temprana versus tardía en pacientes adultos sometidos a resección intestinal.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Diseño del estudio

La presente investigación corresponde a una revisión sistemática de la literatura científica, que incluirá estudios observacionales con diseño de cohorte orientados a comparar la efectividad de la nutrición enteral temprana versus la nutrición enteral tardía en pacientes adultos sometidos a resección intestinal. El desarrollo de la revisión se llevará a cabo siguiendo las directrices establecidas por la guía PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), con el fin de garantizar un proceso sistemático, transparente y reproducible en la identificación, selección, evaluación y síntesis de la evidencia científica disponible (21).

4.2. Criterios de elegibilidad

4.2.1 Criterios de inclusión

Se eligieron estudios observacionales de tipo cohorte que fueran prospectivos o retrospectivos, que se publicaron en los últimos cinco años, en el idioma inglés o español. Estos estudios debían centrarse en pacientes adultos (≥ 18 años) que habían pasado por una resección intestinal o cirugía gastrointestinal a lo largo de todo el tracto digestivo, incluyendo los órganos accesorios. Además, era necesario que compararan el inicio de la nutrición enteral temprana con el inicio tardío. Se tomaron en cuenta estudios de pacientes que necesitaron tratamiento en una unidad de cuidados intensivos tras haber sido sometidos a una cirugía gástrica o intestinal. Del mismo modo, se consideraron estudios que informaran al menos uno de los siguientes resultados clínicos: tiempo de hospitalización (duración de la estancia hospitalaria medida en días post cirugía hasta el alta médica), recuperación de la función intestinal o íleo postoperatorio (restablecimiento del tránsito intestinal, evaluado mediante eliminación de gases, evacuación intestinal o ausencia de íleo postquirúrgico), tolerancia al uso de la intervención (capacidad del paciente para recibir nutrición enteral sin presentar complicaciones gastrointestinales significativas, como vómitos, distensión abdominal o diarrea), seguridad y eficacia del procedimiento (grado en que la nutrición enteral temprana o tardía contribuyó a mejores resultados clínicos postoperatorios).

4.2.2 Criterios de exclusión

Se descartaron investigaciones llevadas a cabo en población infantil, estudios que utilizaron modelos animales, trabajos de investigación de años que no se encontraban dentro del período de los últimos 5 años, estudios que no diferenciaban claramente entre el inicio temprano y tardío de la nutrición enteral, investigaciones que no documentaban cirugía gastrointestinal, así como también revisiones sistemáticas, metaanálisis, reportes o series de casos, cartas a los editores, editoriales y artículos repetidos que se identificaron en el proceso de selección.

4.3. Extracción de datos y estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una búsqueda metódica en varias bases de datos biomédicas a nivel internacional. Las fuentes más relevantes utilizadas en esta consulta fueron PubMed y Scopus. La búsqueda incluyó estudios publicados durante los últimos cinco años (2021–2026), con el fin de incorporar evidencia científica reciente y clínicamente relevante sobre el tema de estudio. El proceso de búsqueda de artículos se desarrolló entre enero de 2024 y marzo de 2026, efectuándose actualizaciones periódicas para incluir investigaciones recientes; la última consulta en las bases de datos se realizó el 21 de marzo de 2026. La estrategia de búsqueda se diseñó mediante una revisión sistemática en las bases de datos PubMed y Scopus, empleando términos MeSH (Medical Subject Headings) y Entry Terms (términos de entrada) relacionados con la población, la intervención y la comparación de interés. Entre los términos utilizados se incluyeron: nutrición enteral (*enteral nutrition*), nutrición enteral temprana ("*early enteral nutrition*", "*early feeding*"), nutrición enteral retrasada ("*late enteral nutrition*", "*delayed enteral nutrition*", "*late feeding*"), resección intestinal ("*intestinal resection*", "*bowel resection*") y cirugía gastrointestinal ("*gastrointestinal surgery*"). Estos términos fueron combinados mediante operadores booleanos ... (AND, OR, AND NOT). La estrategia de búsqueda utilizada en PubMed fue: ("Enteral Nutrition"[Mesh] OR "enteral nutrition" OR "enteral nutrition"[Mesh] OR "early enteral nutrition" OR "early feeding"[Mesh] OR "early feeding") AND ("late enteral nutrition"[Mesh] OR "late enteral nutrition" OR "delayed enteral nutrition"[Mesh] OR "delayed enteral nutrition" OR "late feeding"[Mesh] OR "late feeding") AND ("intestinal resection"[Mesh] OR "intestinal resection" OR "bowel resection"[Mesh] OR "bowel resection" OR "gastrointestinal surgery" [Mesh] OR "gastrointestinal surgery") AND ("adult"[Mesh] OR "adult"). En Scopus, la búsqueda se realizó en los campos de título, resumen y palabras clave (TITLE-ABS-KEY). La estrategia de búsqueda utilizada fue la siguiente: TITLE-ABS-KEY ("enteral nutrition" OR "early enteral nutrition" OR "early feeding") AND TITLE-ABS-KEY ("late enteral nutrition" OR "delayed enteral nutrition" OR "late feeding") AND TITLE-ABS-KEY ("intestinal resection" OR "bowel resection" OR "gastrointestinal surgery") AND TITLE-ABS-KEY (adult). Los filtros aplicados en ambas bases de datos incluyeron: población adulta, artículos originales, publicaciones en idioma inglés o español y estudios publicados en los últimos cinco años.

4.4. Selección de estudio, proceso de extracción de datos y lista de datos

Los registros identificados fueron exportados a Zotero para la eliminación de duplicados y organización de las referencias bibliográficas. Posteriormente, se realizó el proceso de cribado mediante la revisión de títulos y resúmenes, aplicando los criterios de elegibilidad previamente establecidos; los estudios potencialmente relevantes avanzaron a la revisión de texto completo, donde se verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. Los artículos finalmente seleccionados fueron analizados siguiendo el modelo IMRD (Introducción, Métodos, Resultados y Discusión), considerando estudios de cohorte prospectivos y retrospectivos que compararan la nutrición enteral temprana versus tardía en pacientes adultos sometidos a resección intestinal o cirugía gastrointestinal, cuyo proceso de selección fue representado mediante un diagrama de flujo en la sección de resultados. Para la extracción de datos, se elaboró una matriz en Excel donde se registraron de forma sistemática las características generales y hallazgos de los estudios, incluyendo autor/año, país, diseño metodológico, población, edad, tipo de procedimiento quirúrgico y modalidad de nutrición enteral administrada, así como desenlaces relacionados con estancia hospitalaria, recuperación funcional intestinal (incluyendo íleo postoperatorio cuando fue reportado), tolerancia, eficacia, seguridad. La calidad metodológica de los estudios también fue evaluada para valorar la consistencia de la evidencia. Cuando existieron inconsistencias o datos incompletos, la información fue corroborada mediante una segunda revisión del artículo original, incluyendo tablas, anexos o materiales suplementarios. Los datos obtenidos fueron organizados en tablas comparativas para facilitar el análisis descriptivo y la síntesis de resultados, sin emplear herramientas automatizadas ni sistemas de inteligencia artificial, ya que todo el proceso se realizó mediante revisión manual y registro sistemático de la información.

4.5. Evaluación de calidad y sesgos

Se realizó mediante el instrumento de evaluación ROBINS-I (Risk Of Bias In Non-randomized Studies of Interventions), considerando siete dominios: confusión, selección de participantes, medición de la intervención, desviaciones de las intervenciones, datos faltantes, medición de resultados y reporte selectivo. Cada uno fue analizado mediante preguntas guía de la herramienta, siendo la revisión realizada por un solo evaluador que examinó detalladamente cada estudio. Clasificándose como "bajo riesgo" cuando el estudio presentó limitaciones mínimas y adecuada rigurosidad metodológica, sugiriendo una menor probabilidad de sesgo y mayor confiabilidad de los resultados; Cuando la información disponible no permitió emitir un juicio claro, el dominio se clasificó como "no se puede determinar" debido a que la información reportada en el estudio fue insuficiente o poco clara para emitir un juicio definitivo sobre el nivel de riesgo de sesgo en uno o

más dominios evaluados; y "alto riesgo" cuando se identificaron limitaciones metodológicas importantes con potencial influencia significativa sobre los hallazgos y la validez de los resultados. La clasificación global de cada estudio se determinó considerando el nivel de riesgo más elevado identificado entre los dominios evaluados (22).

Por otro lado, la calidad metodológica de los estudios de cohorte incluidos fue evaluada mediante la herramienta del National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI), específicamente la Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies. Este instrumento permitió valorar aspectos relacionados con la validez interna de los estudios, incluyendo la claridad de la pregunta de investigación, la selección de la población, la medición de las variables de exposición y desenlace, el control de factores de confusión, la completitud del seguimiento y la consistencia en la medición de resultados. La evaluación fue realizada por un único revisor, quien examinó detalladamente cada uno de los estudios incluidos. La interpretación se estableció de acuerdo con el cumplimiento de los criterios evaluados, clasificándose como calidad alta cuando obtuvieron entre 11 y 14 puntos reflejando que cumplieron la mayoría de los criterios metodológicos, presentando bajo riesgo de sesgo y adecuada validez interna; calidad media cuando alcanzaron entre 6 y 10 puntos, indicando que existieron algunas limitaciones metodológicas que no comprometieron de forma importante la confiabilidad de los hallazgos; y calidad baja cuando obtuvieron entre 0 y 5 puntos, evidenciando que se identificaron deficiencias metodológicas relevantes, mayor riesgo de sesgo o limitaciones significativas que pudieron afectar la validez de los estudios (23).

4. 6. Síntesis de la información

Los estudios incluidos fueron organizados en tablas de evidencia con el propósito de resumir sus principales características metodológicas y resultados. Se realizó una síntesis narrativa de la evidencia, misma que consistió en la descripción, comparación e interpretación de los hallazgos reportados en los estudios, agrupándolos según los desenlaces de interés: estancia hospitalaria, recuperación funcional intestinal, tolerancia, así como medidas de eficacia y seguridad de la nutrición enteral temprana versus tardía. Asimismo, se considerarán los estimadores de efecto e intervalos de confianza reportados para facilitar la comparación de resultados entre estudios.

4.7. Exploración de la heterogeneidad

Dado que no se realizó metaanálisis, no se aplicaron métodos estadísticos para evaluar la heterogeneidad entre los estudios. No obstante, se realizó una evaluación cualitativa de la heterogeneidad clínica y metodológica, considerando factores como el tipo de población estudiada, el contexto clínico, el tipo de cirugía y la definición del inicio temprano o tardío de la nutrición enteral

4.8. Análisis de sensibilidad

No se realizaron análisis de sensibilidad, debido a que la presente revisión sistemática tuvo un enfoque cualitativo y no incluyó una síntesis cuantitativa de los resultados.

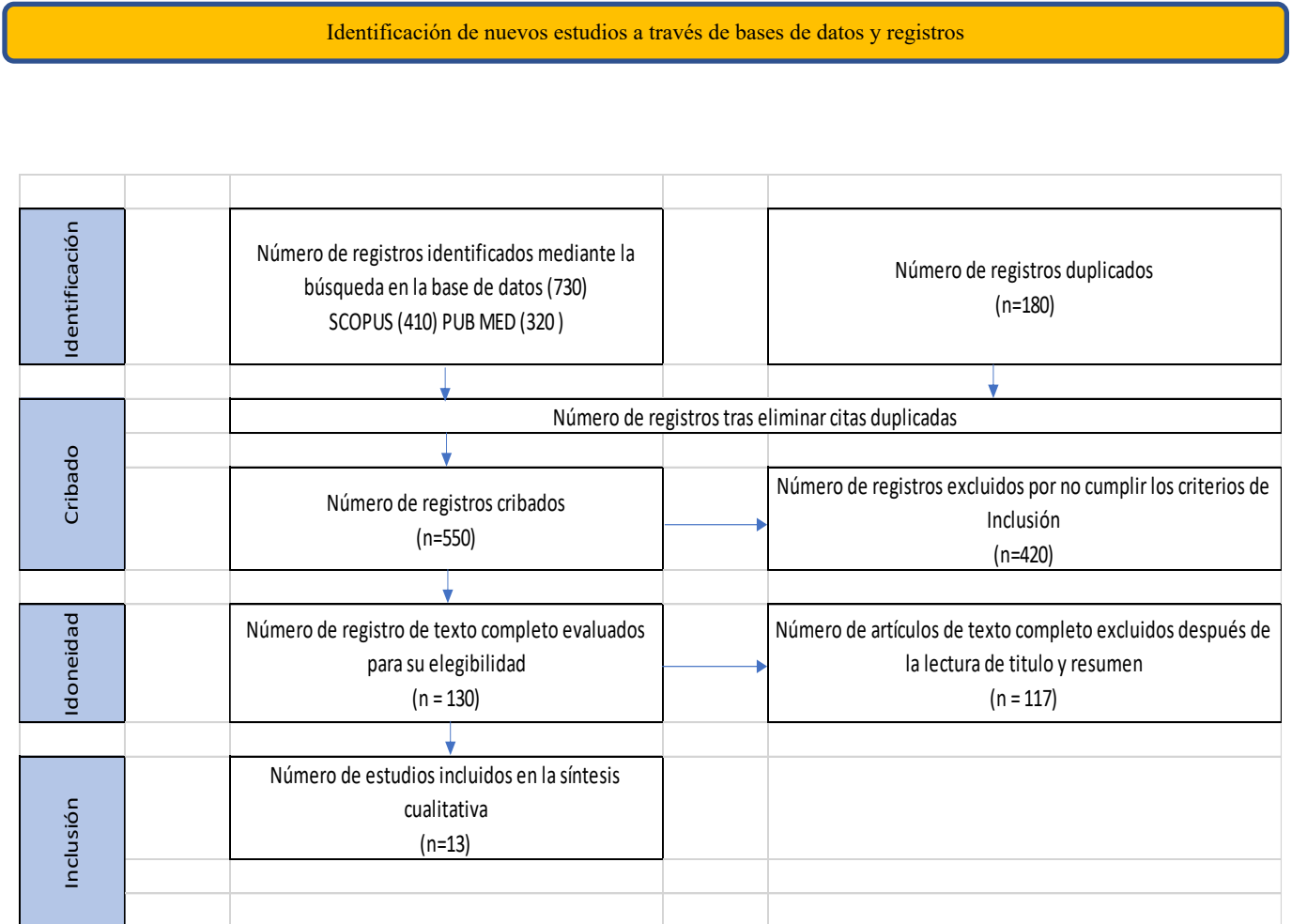
4.9. Aspectos éticos

El estudio se desarrollará bajo principios de integridad científica, transparencia y rigor metodológico, respetando los lineamientos éticos para la investigación documental. Se garantizará el adecuado reconocimiento de la autoría mediante la correcta citación y referenciación de las fuentes consultadas, evitando prácticas de plagio, falsificación o manipulación de la información.

CAPITULO V
RESULTADOS

5.1 Diagrama de flujo

Figura 1. Diagrama de flujo según la Guía PRISMA 2020



Interpretación: El diagrama de flujo PRISMA muestra el proceso sistemático de identificación, selección, evaluación e inclusión de los estudios considerados en esta revisión sistemática. Inicialmente, se identificaron 730 de los cuales se obtuvieron 410 en SCOPUS y 320 en PUBMED, posteriormente se eliminaron los registros duplicados quedando un total de 550. En la fase de cribado se revisaron títulos y resúmenes, excluyendo 420 estudios que no se relacionaban con el tema de investigación o que no cumplían con los criterios establecidos. Los artículos potencialmente elegibles fueron 130 los cuales fueron evaluados a texto completo durante la etapa

de idoneidad, descartándose 117 artículos aquellos con diseños metodológicos no pertinentes, información insuficiente o sin comparación entre nutrición enteral temprana y tardía. Finalmente, los estudios que cumplieron con todos los criterios de inclusión fueron 13 los cuales se incorporaron para el análisis cualitativo de la revisión, garantizando así la transparencia, rigurosidad y validez metodológica del estudio.

5.2 Calidad de los estudios

Tabla 1. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios según NHLBI.

Tabla de calidad de estudios																
Referencia	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	PUNTOS	CALIDAD
Dikle et al., 2025	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7	MEDIA
Meenakshi RC et al., 2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	6	MEDIA
Weng et al., 2025	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	6	MEDIA
Al-Khafaji et al., 2023	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7	MEDIA
Rizk et al., 2023	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7	MEDIA
Hosoda et al., 2023	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	6	MEDIA
Mandal et al., 2025	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7	MEDIA
Teja et al., 2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7	MEDIA
Hadi et al., 2025	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	6	MEDIA
Kooij et al., 2025	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	6	MEDIA
Imram et al., 2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7	MEDIA

Soni, D. K et al., 2022	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7	MEDIA
Pei-Chun et al., 2025	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	6	MEDIA

Fuente: Autor

Semaforización por pregunta			Calidad POR PUNTAJE
●	APLICA		ALTA (11-14)
●	No se puede determinar		MEDIA (6-10)
●	No aplicable		BAJA (0-5)

Interpretación: Los estudios analizados mostraron en general una validez de nivel medio, los puntajes variaron de 6 o 7 por lo que según la tabla lo cataloga como calidad media. En el total de los artículos incluidos ningún estudio alcanzó la categoría de calidad alta (11–14 puntos) ni baja (0–5 puntos), lo que indica un cumplimiento parcial de los criterios metodológicos evaluados. A pesar de ello, en general presentaron buena comparabilidad inicial entre los grupos, emplearon medidas válidas para evaluar los resultados clínicos y mantuvieron un adecuado cumplimiento del protocolo. Los estudios de Dikle et al. (2025), Al-Khafajet al. (2023), Rizk et al. (2023), Mandal et al. (2025), Teja et al. (2024), Imram et al. (2024) y Soni et al. (2022) (24–30) obtuvieron 7 puntos, reflejando un mejor desempeño metodológico relativo dentro de la muestra analizada. Por otro lado, Meenakshi RC et al. (2024), Weng et al. (2025), Hosoda et al. (2023), Hadi et al. (2025), Kooij et al. (2025) y Pei-Chun et al. (2025) (31–36) alcanzaron 6 puntos, manteniéndose igualmente dentro de la categoría de calidad media, aunque con mayores limitaciones metodológicas

5.3 Evaluación de riesgo de sesgo

Tabla 2. Tabla de evaluación de riesgo de sesgo (ROB-I).

Tabla de evaluación de riesgo de sesgo (ROB-I)							
Estudio	Sesgo de confusión	Sesgo de selección	Sesgo de información / medición	Sesgo de desempeño / variación temporal	Sesgo de desgaste / selección	Sesgo de detección / medición	Sesgo de reporte selectivo
Meenakshi 2024	●	●	●	●	●	●	●

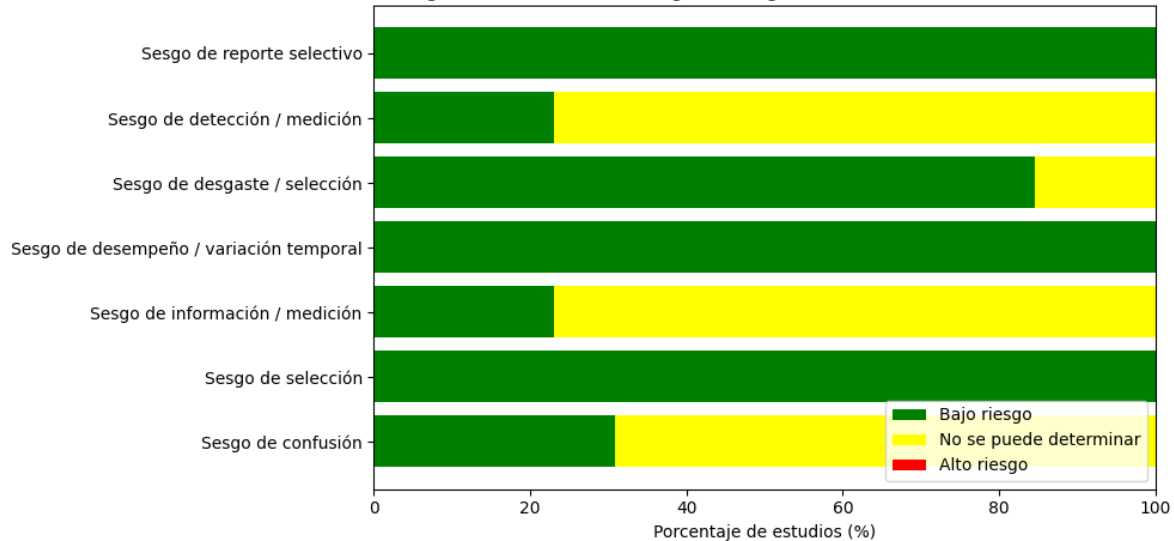
Tabla de evaluación de riesgo de sesgo (ROB-I)							
Estudio	Sesgo de confusión	Sesgo de selección	Sesgo de información / medición	Sesgo de desempeño / variación temporal	Sesgo de desgaste / selección	Sesgo de detección / medición	Sesgo de reporte selectivo
Dikle 2025	●	●	●	●	●	●	●
Weng 2025	●	●	●	●	●	●	●
Hosoda 2023	●	●	●	●	●	●	●
Kooij 2025	●	●	●	●	●	●	●
Imran 2024	●	●	●	●	●	●	●
Pei-Chun 2025	●	●	●	●	●	●	●
Mandal 2025	●	●	●	●	●	●	●
Al-Khafaji et al., 2023	●	●	●	●	●	●	●
Risk et al.;2023	●	●	●	●	●	●	●
Soni, D.K, et al;2022	●	●	●	●	●	●	●
Hadi et al.,2025	●	●	●	●	●	●	●
Teja 2025	●	●	●	●	●	●	●

Fuente: Autor

Clasificación	Confusión	Selección	Información	Desempeño	Desgaste	Detección	Reporte
● Bajo riesgo	30.8%	100%	23.1%	100%	84.6%	23.1%	100%
● No se puede determinar	69.2%	0%	76.9%	0%	15.4%	76.9%	0%
● Alto riesgo	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Figura 2. Gráfico de riesgo de sesgo

Figura. Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos (ROB-I)



Fuente: Autor

Interpretación: Los estudios analizados mostraron en general una validez de nivel medio, los puntajes variaron de 6 o 7 por lo que según la tabla lo cataloga como calidad media. Se evidenció un perfil metodológico globalmente favorable entre los estudios incluidos. Se observó un bajo riesgo de sesgo en los dominios de selección de participantes, desempeño o desviaciones de la intervención y reporte selectivo en el 100% de los estudios, lo que sugiere adecuada definición de las cohortes, consistencia en la implementación de la intervención y transparencia en la comunicación de los resultados reportados. Asimismo, el sesgo de desgaste presentó bajo riesgo en la mayoría de los artículos (84,6%), indicando una adecuada disponibilidad de datos y seguimiento de los participantes. Sin embargo, los dominios de confusión (69,2%), información o medición (76,9%) y detección o medición de resultados (76,9%) fueron clasificados predominantemente como “no se puede determinar”, debido a información insuficiente sobre el control de variables confusoras, la estandarización de las mediciones y el cegamiento o precisión en la evaluación de los desenlaces. En particular, estudios como Shi (2025), Weng (2025), Imran (2024), Mandal (2025) y Al-Khafaj (2023) (24,25,28,31,32). Presentaron incertidumbre en varios dominios relacionados con medición y confusión, mientras que Hosoda (2023) y Kooij (2025) (33,36). Mostraron consistentemente bajo riesgo en todos los dominios evaluados, reflejando una mayor solidez metodológica.

5.4 Resultados de estudios individuales

Tabla 3. Resultados de los estudios individuales

EFECTIVIDAD DE LA NUTRICION ENTERAL TEMPRANA VS TARDIA EN PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A RESECCION INTESTINAL													
Resultado de Estudios Individuales													
N.º	Autor (año)	País	Diseño	n	Edad	Procedimiento quirúrgico	NE temprana	NE tardía	Estancia hospitalaria	Recuperación intestinal / íleo	Tolerancia	Eficacia	Seguridad
1	Dikleet al., 2025	Multi-céntrico	Cohorte prospectiva	70	55 ± 12	Cirugía intestinal	<24 h	≥72 h	↓	↓ íleo	Buena	Alta	5.7% vs 20%
2	Mee nakshi RC et al., 2024	India	Cohorte prospectiva	100	108 - 80	Resección/anastomosis	<24 h	>72 h	↓	Mejor tránsito	Adecuada	Menor	Segura
3	Weng et al., 2025	China	Cohorte retrospectiva	100	60 ± 11	Abdominal mayor	<24 h	>48 h	↓	↓ íleo	Sin intolerancia	↓ morbilidad	Segura
4	Al-Khafaji et al.,	Iraq	GI con anastomosis	135	18 - 70	GI con anastomosis	<24 h	>72 h	↓	↓ íleo	Buena	Mayor	Segura

	2023												
5	Rizk et al., 2023	Egipto	Cohorte prospectiva	30	54 ± 13	Anastomosis GI	<24 h	>72 h	↓	↓ íleo	Adecuada	Favorable	Segura
6	Hosoda et al., 2023	Japón	Retropectiva	143	61 ± 8	Pancreaticoduodenectomía	<24 h	>72 h	↓	Mejora funcional	Bien	Alta	Sin diferencias
7	Mandal et al., 2025	India	Prospectiva	54	56 ± 10	GI emergenciosa	<24 h	>48 h	Alta	↓ complicaciones	Buena	Beneficio	Segura
8	Teja et al., 2024	India	Prospectiva	200	59 ± 12	GI	<48 h	>72 h	↓	Recuperación	Buena	Eficaz	Adecuada
9	Hadiet al., 2025	Irán	Retropectiva	295	62 ± 9	Críticos GI	<48 h	>48 h	↓	↓ íleo	Buena	↓ complicaciones	Segura
10	Kooij et al., 2025	Países Bajos	Retropectiva	46	58 ± 11	Esofagectomía	<24 h	>72 h	12 vs 11 días	Mejor	Buena	Alta	Sin riesgo
11	Imran et al.,	Multi-céntrico	Retropectiva	626	63	Shock GI	<48 h	>48 h	↓	↓ íleo	Adecuada	Eficaz	Segura

	2024				±7								
12	Soni et al., 2022	India	Prospectiva	102	57 ± 14	GI	<48h	>72h	↓	Recuperación	Adecuada	Mejores	Sin eventos
13	Pei-Chun et al., 2025	Multi-céntrico	Retrospectiva	145	60 ± 10	Abdominal	<48h	>72h	↓	Rápido	Buena	Mayor	Segura

Fuente: Autor

5.5 Resultados de la síntesis.

Se incluyeron 13 estudios observacionales tipo cohorte, de los cuales 7 fueron prospectivos, 6 retrospectivos. Los estudios provinieron principalmente de Asia, representando el 61,5% del total de investigaciones incluidas. India fue el país con mayor número de estudios, con 4 investigaciones (30,8%), seguida por China, Iraq, Japón e Irán, con 1 estudio cada uno (7,7%). Además, se identificó 1 estudio realizado en Egipto (7,7%) y 1 en Países Bajos (7,7%). Asimismo, 3 investigaciones fueron multicéntricas (23,1%), Esta diversidad geográfica aporta mayor aplicabilidad externa y fortalece la validez de los resultados obtenidos.

En relación con la población estudiada, los 13 artículos analizaron un total de 2,448 pacientes. El estudio con menor tamaño muestral fue Rizk et al., 2023 con 30 participantes, mientras que Imram et al., 2024 presentó la mayor muestra con 626 pacientes críticos (24,26). Respecto a la edad, la población estuvo conformada principalmente por adultos mayores, con una media global aproximada de 58 años, observándose rangos entre 54 y 63 años. Esto indica que la evidencia se concentra en pacientes con riesgo moderado y alto de complicaciones postoperatorias, especialmente en cirugía gastrointestinal compleja. (24–36)

En cuanto al tipo de procedimiento quirúrgico, predominó la cirugía gastrointestinal y abdominal mayor, incluyendo anastomosis gastrointestinales, esofagectomías, cirugía intestinal, pancreaticoduodenectomía y procedimientos de emergencia (como anastomosis en casos de perforación u obstrucción benigna o maligna, y en otras afecciones como procesos inflamatorios). También se incluyeron pacientes críticos con shock circulatorio que habían sido intervenidos quirúrgicamente en la parte gastrointestinal, lo que nos permitió estudiar una variedad quirúrgica,

y con este estudio permite inferir que los beneficios de la NET podrían ser aplicables en múltiples escenarios de cirugía digestiva (24–36).

Respecto al tiempo de inicio de la intervención nutricional, la mayoría de los estudios definieron la nutrición enteral temprana como aquella iniciada antes de las 24 o 48 horas posteriores a la cirugía, mientras que la nutrición enteral tardía se inició generalmente después de las 48 o 72 horas. Esta diferencia temporal permitió comparar claramente los efectos clínicos entre ambas estrategias nutricionales (24–36).

Estancia hospitalaria: 12 de los 13 estudios reportaron reducción del tiempo de hospitalización con la nutrición enteral temprana NET. Dikle et al e Imram et al mostraron una reducción significativa de los días de hospitalización en el grupo temprano ($P < 0.01$; $P = 0.001$) (24,27), mientras otros describieron “alta precoz” o “recuperación acelerada” Asimismo, algunos estudios reportaron intervalos de confianza al 95% que respaldaron la reducción de la estancia hospitalaria en el grupo con NET. Únicamente Kooij et al., (36) reportó una mayor estancia hospitalaria en el grupo de nutrición enteral temprana en comparación con la tardía (12 vs. 11 días; $P = 0.008$), aunque sin aumento de complicaciones ni riesgos clínicos adicionales. En términos generales, los hallazgos sugieren que la nutrición enteral temprana favorece la reducción del tiempo de hospitalización y acelera la recuperación postoperatoria en pacientes sometidos a resección intestinal (24–36).

Recuperación funcional intestinal y el íleo postoperatorio: Todos los estudios reportaron resultados favorables para la nutrición enteral temprana (NET). Diversos reportaron una disminución significativa del íleo postoperatorio en los grupos de alimentación temprana, como Dikle et al. ($P < 0.01$) e Imram et al. ($P = 0.005$), además de una recuperación intestinal más rápida y mejor restablecimiento de la motilidad gastrointestinal. Rizk et al., Hadi et al. y otros autores también evidenciaron menor presencia de íleo y recuperación funcional precoz tras el inicio temprano de la alimentación enteral. Asimismo, Weng et al. y Pei-Chun et al. describieron un tránsito intestinal más rápido y una mejor evacuación intestinal, observándose incluso diferencias estadísticamente significativas en la recuperación del tránsito intestinal ($P = 0.03$). (24–33). Asimismo, Hosoda et al., 2023 reportó una mejoría del tránsito intestinal ($P = 0.03$) y una mejor función intestinal con menor frecuencia de complicaciones gastrointestinales en el grupo temprano en comparación con el tardío (4.8% vs. 28.6%; $P = 0.03$) (33). Igualmente, Mandal et al., mostro una disminución de las complicaciones intestinales, respaldadas por intervalos de confianza al 95%, y menor incidencia de trastornos gastrointestinales en los pacientes con alimentación temprana. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la NET favorece la recuperación funcional precoz del intestino y mejora la motilidad gastrointestinal en pacientes sometidos a resección intestinal (24–36).

Tolerancia. La mayoría de investigaciones describieron buena o adecuada tolerancia a la nutrición enteral temprana, sin presencia significativa de distensión abdominal, diarrea severa o intolerancia gastrointestinal (24–36). Esto demuestra que la NET es clínicamente viable y bien aceptada incluso en pacientes sometidos a cirugía gastrointestinal compleja (24–36).

Eficacia: todos los estudios describieron beneficios clínicos asociados a la NET, incluyendo menor morbilidad, reducción de infecciones, recuperación funcional acelerada y mejores resultados clínicos globales. Los términos “alta eficacia”, “eficacia significativa” y “mayor beneficio clínico” fueron recurrentes en la mayoría de los artículos, respaldando la superioridad de la alimentación temprana frente al inicio tardío. (24–36)

Seguridad: ninguno reportó incremento significativo de eventos adversos graves asociados a la NET. Los artículos mencionaron “segura”, “sin eventos graves”, “sin aumento de complicaciones” y “sin riesgos adicionales”, indicando que la implementación temprana de nutrición enteral no aumenta la mortalidad ni las complicaciones postoperatorias. (24–36)

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

El apoyo nutricional constituye un componente fundamental en el tratamiento de la mayoría de los pacientes sometidos a cirugía, sin embargo, su inicio es tema de controversia. Para los pacientes sometidos a cirugía gastrointestinal es importante mantener la integridad y funcionalidad de estos órganos por lo tanto la implementación temprana, especialmente a través de la vía enteral, influye de manera importante en la recuperación posterior a la operación en diversos tipos de pacientes.

Varios estudios como los realizados por Dikle et al., Al-Khafaji et al. y Rizk et al. indican que el inicio precoz de la nutrición enteral se asocia en buena medida, a una mayor mejoría tras la cirugía gastrointestinal (26–28). Esto se observa en una estancia hospitalaria más breve, una recuperación del sistema gastrointestinal más veloz y una adecuada tolerancia clínica. Por otro lado, Meenakshi RC et al., Weng et al. y Hosoda et al., destacaron beneficios como la disminución de complicaciones y una recuperación más óptima del estado nutricional (32,33,37). Estos hallazgos respaldan la premisa de que la nutrición enteral iniciada de forma precoz no solo es viable, sino además altamente ventajosa para los pacientes que se han realizado una cirugía gastrointestinal o abdominal, mientras se mantenga una estabilidad clínica y un seguimiento adecuado. Sin embargo, no todos los estudios han encontrado beneficios concluyentes de la nutrición enteral temprana. Reyes et al., en pacientes sometidos a cirugía gastrointestinal con sutura intestinal y anastomosis, reportaron que el inicio precoz de la alimentación no produjo diferencias estadísticamente significativas en la estancia hospitalaria ni en la restauración de la función intestinal ($P=0.086$). Asimismo, no observaron incremento en complicaciones como dehiscencia anastomótica o mortalidad, concluyendo que la nutrición enteral temprana fue segura, aunque sus beneficios clínicos podrían variar según el contexto quirúrgico y las características de los pacientes (40).

En relación con la estancia hospitalaria. La mayoría de los estudios mostro una disminución del tiempo de hospitalización tras una cirugía gastrointestinal. Estos hallazgos son consistentes con la revisión desarrollada por Herbert et al., quienes concluyeron que el inicio temprano de la nutrición enteral en cirugía gastrointestinal inferior podría disminuir la estancia hospitalaria y acelerar la recuperación clínica (41). Del mismo modo, Lee y Han, en su metaanálisis sobre cirugía colorrectal electiva, identificaron que la alimentación temprana se asoció con menos complicaciones postoperatorias y mejor adherencia a protocolos ERAS (42). Asimismo, Deng et al. reportaron que la alimentación enteral/oral temprana posterior a cirugía gastrointestinal superior se asoció con una reducción significativa de la estancia hospitalaria, favoreciendo una recuperación postoperatoria más rápida sin incrementar las complicaciones clínicas, lo que respalda la seguridad y efectividad del inicio precoz del soporte nutricional (43). Sin embargo, Kooij et al. reportaron una estancia hospitalaria ligeramente mayor en el grupo que recibió nutrición enteral temprana en comparación con el grupo de inicio tardío (12 frente a 11 días; $p=0.008$). No obstante, este incremento no se asoció con un aumento de complicaciones postoperatorias ni con mayores riesgos clínicos, lo que

sugiere que la nutrición enteral temprana mantuvo un perfil de seguridad adecuado pese a la diferencia observada en la duración de la hospitalización (36).

Respecto a la recuperación funcional intestinal y el íleo postoperatorio, la evidencia incluida mostró resultados favorables. La mayoría de los estudios incluidos coinciden en señalar que la nutrición enteral temprana favorece una recuperación gastrointestinal más rápida en comparación con el inicio tardío de la alimentación. Diversos autores, como Dikle et al., Rizk et al., Hadi et al. e Imram et al., reportaron una menor incidencia de íleo postoperatorio en los pacientes que recibieron nutrición temprana, observándose en algunos casos diferencias estadísticamente significativas ($P < 0.01$ y $P = 0.005$) (24,26,27,34). De igual manera, Weng et al. y Pei-Chun et al. señalaron una recuperación más precoz del tránsito intestinal y una mejor evacuación intestinal, lo que sugiere un efecto favorable de la estimulación enteral temprana sobre la motilidad gastrointestinal (32,35). En conjunto, estos hallazgos sugieren que el inicio precoz de la nutrición enteral favorece el restablecimiento funcional del intestino, acelera la recuperación digestiva y disminuye la incidencia de íleo postoperatorio, posiblemente debido a que la estimulación enteral temprana contribuye al mantenimiento de la integridad de la mucosa intestinal, mejora la motilidad gastrointestinal y atenúa la respuesta inflamatoria sistémica. Estos resultados coinciden con lo reportado por Deng et al. quienes evidenciaron que la alimentación oral temprana tras cirugía gastrointestinal superior favorece la recuperación funcional intestinal, disminuyendo el tiempo hasta el primer flato y acelerando el restablecimiento del tránsito gastrointestinal, sin aumentar las complicaciones postoperatorias (43).

En relación a la seguridad sobre la nutrición enteral en periodos iniciales Soni y colaboradores señalaron una gran tolerancia, Mandal y su grupo notaron una mejora en el estado nutricional, Hosoda y colegas hallaron menos complicaciones tras una pancreaticoduodenectomía (25,30,33). Esta evidencia respalda el metaanálisis de Shu y su equipo, que concluyó que la nutrición enteral en etapas tempranas favorece la rehabilitación de individuos que han sido intervenidos en el sistema digestivo y no genera un incremento constante en las complicaciones graves (31). No obstante, al comparar la nutrición enteral temprana versus tardía, algunos estudios recientes han mostrado resultados heterogéneos dependiendo del tipo de procedimiento quirúrgico realizado. Kooij et al., en pacientes sometidos a esofagectomía, encontraron que tanto la alimentación temprana como la tardía fueron seguras respecto a la supervivencia; sin embargo, el esquema de alimentación oral tardía complementada con nutrición enteral por sonda se asoció con menor incidencia de complicaciones graves, menor fuga anastomótica intratorácica y menor estancia hospitalaria (36). De forma similar, algunos estudios retrospectivos en cirugía intestinal compleja han señalado que, aunque la NET acelera la recuperación funcional intestinal y reduce el íleo postoperatorio, ciertos pacientes con anastomosis de alto riesgo o procedimientos extensos pueden presentar mejor tolerancia inicial con estrategias más conservadoras de alimentación tardía progresiva.(31,33) En contraste, investigaciones prospectivas recientes realizadas en pacientes sometidos a resección intestinal electiva mostraron que la NET disminuye la estancia hospitalaria, favorece el restablecimiento temprano del tránsito intestinal y no aumenta el riesgo de dehiscencia

anastomótica ni de infecciones postoperatorias en comparación con la nutrición tardía (24,25,27–30,32,35).

Desde una perspectiva metodológica, esta revisión incluyó únicamente estudios de cohorte prospectivos y retrospectivos, debido a que gran parte de la evidencia reciente sobre nutrición enteral temprana en cirugía gastrointestinal corresponde a diseños observacionales. Aunque estos estudios permitieron evaluar desenlaces clínicos en contextos reales, presentan mayor riesgo de sesgo y heterogeneidad metodológica. Entre las principales limitaciones se identificaron diferencias en los tipos de cirugía, definiciones de nutrición enteral temprana y tardía, protocolos nutricionales y tamaños muestrales. Además, la heterogeneidad entre los estudios impidió realizar un metaanálisis, por lo que se efectuó una síntesis narrativa cualitativa. También debe considerarse que la revisión fue realizada por un único revisor con asesoría del tutor, lo cual no garantiza completamente la confirmación de la información incluida; por ello, se recomienda que futuros estudios incorporen un evaluador adicional para fortalecer la rigurosidad metodológica.

CONCLUSIONES

Se concluye que la alimentación enteral temprana es una estrategia efectiva, representa un método seguro y eficaz para los pacientes adultos que han pasado por una cirugía intestinal, puesto que está relacionada con resultados clínicos más favorables en comparación con el comienzo tardío de la nutrición enteral. Sin embargo, va a depender del tipo de cirugía, estabilidad hemodinámica, y tolerancia digestiva en los que se va a requerir abordajes más personalizados. Por lo tanto, se respalda la incorporación de la nutrición enteral temprana como parte del manejo posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía intestinal, siempre que las condiciones clínicas del paciente lo permitan y se realice bajo supervisión y seguimiento médico adecuado.

En relación con la duración de la estancia hospitalaria se evidencio que la nutrición enteral temprana contribuye a reducir el tiempo de hospitalización. Lo que sugiere que la implementación temprana de soporte nutricional favorece una recuperación postoperatoria más eficiente y puede contribuir a disminuir costos hospitalarios y complicaciones asociadas a estancias prolongadas.

Respecto a la recuperación funcional intestinal se concluye que produce menor incidencia de íleo postoperatorio, recuperación precoz del tránsito intestinal, mejor motilidad gastrointestinal y restablecimiento funcional más rápido en los pacientes alimentados tempranamente. Esto respalda la importancia fisiológica de la estimulación enteral precoz para preservar la integridad de la mucosa intestinal y favorecer la función digestiva posterior a la cirugía.

En cuanto a la tolerancia clínica, la nutrición enteral temprana es adecuadamente tolerada por la mayoría de pacientes con resección intestinal. Se reportó buena adaptación gastrointestinal, ausencia significativa de distensión abdominal, diarrea severa o intolerancia clínica relevante. Además, no se observaron incrementos importantes en eventos adversos relacionados con la alimentación temprana, lo que demuestra su viabilidad y aplicabilidad clínica en distintos contextos quirúrgicos.

Finalmente, al sintetizar la evidencia científica existente, se puede concluir que la nutrición enteral iniciada a tiempo es una estrategia efectiva, segura y ventajosa en el contexto clínico para adultos que pasan por resecciones intestinales. Pese a la diversidad entre los estudios sobre la población, tipo de cirugía y el instante preciso de comenzar la nutrición, gran parte de los informes coinciden en que el inicio temprano de la alimentación enteral potencia la recuperación postoperatoria sin elevar significativamente las complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beneficios del inicio temprano de la Nutrición Enteral en pacientes adultos: revisión sistemática | Enfermería Universitaria [Internet]. [citado 15 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/879>
2. Herbert G, Perry R, Andersen HK, Atkinson C, Penfold C, Lewis SJ, et al. Early enteral nutrition within 24 hours of lower gastrointestinal surgery versus later commencement for length of hospital stay and postoperative complications. *Cochrane Database Syst Rev.* 24 de octubre de 2018;10(10):CD004080. doi:10.1002/14651858.CD004080.pub3 PubMed PMID: 30353940; PubMed Central PMCID: PMC6517065.
3. Sagastume SJC. Importancia de la alimentación enteral temprana en pacientes sometidos a cirugía gastrointestinal. *Rev Cienc Multidiscip CUNORI.* 8 de septiembre de 2023;7(2):193-201. doi:10.36314/cunori.v7i2.237
4. Badía Tahull M, Llop Talaverón J. Nutrición en el paciente quirúrgico. *Cir Esp.* 1 de junio de 2014;92(6):377-8. doi:10.1016/j.ciresp.2014.02.003
5. Pérez Bustán AL. Riesgo de desnutrición en pacientes postoperatorios en un Hospital Básico de la provincia de Loja, periodo abril – junio 2023 [masterThesis] [Internet]. Quito: Universidad de las Américas, 2023; 2023 [citado 15 de mayo de 2026]. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/15221>
6. Gallego DT, Solarte DM, Solarte WN, Correa CHG. Evaluación de un sistema experto para el soporte nutricional enteral en pacientes críticos con disfunción gastrointestinal. *Nutr Clínica Dietética Hosp.* 29 de marzo de 2022;42(01). Located at: from 2007. doi:10.12873/421trejos-gallego
7. Recoba Obregón PE, Gómez Bernal JR, Rivera Andrades G, Buezo Villena L. Efecto de la inmunonutrición enteral como estrategia nutricional en pacientes oncológicos hospitalizados sometidos a cirugías mayores gastrointestinales: revisión sistemática y metaanálisis.: Effect of enteral immunonutrition as a nutritional strategy in hospitalized cancer patients undergoing major gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis. *Nutr Clínica Dietética Hosp.* 22 de octubre de 2024;44(4). doi:10.12873/444recoba
8. Moon SJ, Ko RE, Park CM, Suh GY, Hwang J, Chung CR. The Effectiveness of Early Enteral Nutrition on Clinical Outcomes in Critically Ill Sepsis Patients: A Systematic Review. *Nutrients.* 19 de julio de 2023;15(14):3201. doi:10.3390/nu15143201 PubMed PMID: 37513620; PubMed Central PMCID: PMC10383540.
9. Xu X, Zhang B, Tan M, Fan X, Chen Q, Xu Z, et al. CLINICAL APPLICATION OF EARLY POSTOPERATIVE NUTRITIONAL SUPPORT IN PATIENTS WITH HIGH-RISK VALVULAR HEART DISEASE. *Shock.* 1 de octubre de 2024;62(4):522-8. doi:10.1097/SHK.0000000000002436 PubMed PMID: 39158921; PubMed Central PMCID: PMC11446509.
10. Gutarra Leyton IB. Eficacia de la nutrición enteral temprana versus tardía en cirugía gastrointestinal Hospital San José 2017-2018. *Repos Académico USMP* [Internet]. 2017 [citado 15 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4838>
11. Doley J. Enteral Nutrition Overview. *Nutrients.* enero de 2022;14(11):2180. doi:10.3390/nu14112180

12. Weimann A, Bezmarevic M, Braga M, Correia MITD, Funk-Debleds P, Gianotti L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in surgery - Update 2025. *Clin Nutr.* octubre de 2025;53:222-61. doi:10.1016/j.clnu.2025.08.029 PubMed PMID: 40957230.
13. Grillo-Ardila CF, Tibavizco-Palacios D, Triana LC, Rugeles SJ, Vallejo-Ortega MT, Calderón-Franco CH, et al. Early Enteral Nutrition (within 48 h) for Patients with Sepsis or Septic Shock: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients.* 22 de mayo de 2024;16(11):1560. doi:10.3390/nu16111560 PubMed PMID: 38892494; PubMed Central PMCID: PMC11174497.
14. Canzan F, Longhini J, Caliaro A, Cavada ML, Mezzalira E, Paiella S, et al. The effect of early oral postoperative feeding on the recovery of intestinal motility after gastrointestinal surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Front Nutr.* 16 de mayo de 2024;11. doi:10.3389/fnut.2024.1369141
15. He LB, Liu MY, He Y, Guo AL. Nutritional status efficacy of early nutritional support in gastrointestinal care: A systematic review and meta-analysis. *World J Gastrointest Surg.* 27 de mayo de 2023;15(5):953-64. doi:10.4240/wjgs.v15.i5.953 PubMed PMID: 37342843; PubMed Central PMCID: PMC10277940.
16. Castrejón Ocón JR. Efectividad de la nutrición enteral precoz, versus nutrición enteral tardía en anastomosis enteroenteral en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2021- 2023. *Univ Nac Cajamarca [Internet].* 12 de diciembre de 2024 [citado 15 de mayo de 2026]. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/7484>
17. Zhuang CL, Ye XZ, Zhang CJ, Dong QT, Chen BC, Yu Z. Early versus traditional postoperative oral feeding in patients undergoing elective colorectal surgery: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Dig Surg.* 2013;30(3):225-32. doi:10.1159/000353136 PubMed PMID: 23838894.
18. Ruiz-Rabelo JF, Monjero Ares I, Torregrosa-Gallud A, Delgado Plasencia L, Ángel Cuesta M. Programas de rehabilitación multimodal (*fast-track*) en cirugía laparoscópica colorrectal. *Cir Esp.* 1 de diciembre de 2006;80(6):361-8. doi:10.1016/S0009-739X(06)70988-5
19. Carrillo-Esper R. Protocolo ERAS (Enhance Recovery After Surgery).
20. Melnyk M, Casey RG, Black P, Koupparis AJ. Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols: Time to change practice? *Can Urol Assoc J.* octubre de 2011;5(5):342-8. doi:10.5489/cuaj.11002 PubMed PMID: 22031616; PubMed Central PMCID: PMC3202008.
21. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol.* 1 de septiembre de 2021;74(9):790-9. doi:10.1016/j.recesp.2021.06.016
22. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *The BMJ.* 12 de octubre de 2016;355:i4919. doi:10.1136/bmj.i4919 PubMed PMID: 27733354; PubMed Central PMCID: PMC5062054.
23. Study Quality Assessment Tools | NHLBI, NIH [Internet]. [citado 15 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>

24. Imran A, Ismail M, Raza AA, Gul T, Khan A, Shah SA. A Comparative Study Between the Early and Late Enteral Nutrition After Gastrointestinal Anastomosis Operations. *Cureus*. 16(1):e52686. doi:10.7759/cureus.52686 PubMed PMID: 38384622; PubMed Central PMCID: PMC10879472.
25. Mandal K, Roy S, Sinha S. A Prospective Study on Early Enteral Feeding Following Emergency Gastrointestinal Surgery. *J Contemp Clin Pract*. 23 de junio de 2025;11:622-6. doi:10.61336/jccp/25-06-89
26. Rizk RB. The Egyptian Journal of Surgery [Comparative study between early versus late enteral nutrition after gastrointestinal anastomosis operations.] [Internet]. 2023 [citado 15 de mayo de 2026]. The Egyptian Journal of Surgery. Disponible en: https://journals.lww.com/ejos/fulltext/2023/42030/comparative_study_between_early_versus_late.1.a.spx doi:10.4103/ejs.ejs_93_23
27. Dikle AM, Dumbre SP. Comparative Study of Early Versus Late Enteral Feeding in the Postoperative Period Following Small and Large Bowel Surgeries. *Cureus*. 17(2):e79137. doi:10.7759/cureus.79137 PubMed PMID: 40109793; PubMed Central PMCID: PMC11921052.
28. Abed AG, Almarzooq T j M. Early Enteral Feeding Versus Delayed Enteral Nutrition: Effects On Morbidity After Intestinal Surgery; A Prospective Study. *J Pharm Negat Results*. 12 de noviembre de 2022;661-8. doi:10.47750/pnr.2022.13.S09.74
29. TEJA DP, Teja DPBT, Vasireddy DD, Pakalapati DC. EARLY VERSUS DELAYED ENTERAL NUTRITION AFTER GASTROINTESTINAL ANASTOMOSIS: A PROSPECTIVE COMPARATIVE STUDY. *TPM – Test Psychom Methodol Appl Psychol* [Internet]. 9 de junio de 2025 [citado 15 de mayo de 2026];32(S2 (2025): Posted 09 June):2134-8. Disponible en: <https://tpmap.org/submission/index.php/tpm/article/view/1090>
30. Soni DK, Sharma S, Khan S. Early enteral feeding in patients with gastrointestinal surgery time to send the patient home early. *Int Surg J*. 28 de febrero de 2022;9(3):606-11. doi:10.18203/2349-2902.isj20220629
31. Shi B, Shen L, Xu Z, Yu B, Yang X, Yang H, et al. Early nurse-initiated enteral nutrition and its impact on postoperative recovery and complication rates: a meta-analysis of surgical patient outcomes. *Front Nutr*. 12:1671718. doi:10.3389/fnut.2025.1671718 PubMed PMID: 41393937; PubMed Central PMCID: PMC12695597.
32. Weng PH, Du Y, Yuan F. Early postoperative enteral nutrition and its impact on postoperative recovery in gastrointestinal tumor surgery. *Front Oncol*. 1 de octubre de 2025;15:1649306. doi:10.3389/fonc.2025.1649306 PubMed PMID: 41103959; PubMed Central PMCID: PMC12520936.
33. Hosoda K, Shimizu A, Kubota K, Notake T, Masuo H, Yoshizawa T, et al. Impact of Early Enteral Nutrition on Delayed Gastric Emptying and Nutritional Status After Pancreaticoduodenectomy. *World J Surg*. marzo de 2023;47(3):764-72. doi:10.1007/s00268-022-06844-y PubMed PMID: 36525064.
34. Hadi V, Amiri Khosroshahi R, Imani H, Jahangirfard B, Majari K, Kiany F, et al. Impact of early versus delayed enteral nutrition on ICU outcomes: a comparative study on mortality, ventilator dependence, and length of stay. *Eur J Med Res*. 22 de abril de 2025;30:315. doi:10.1186/s40001-025-02579-3 PubMed PMID: 40259420; PubMed Central PMCID: PMC12013059.

35. Pei-Chun Chao, Frank Cheau-Feng Lin, Hsuan-Hung Liao., Lu-Huan R. Effects of early versus late enteral nutrition on the nutritional status of surgical intensive care unit patients: A retrospective observational study - PubMed [Internet]. [citado 15 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40738728/> doi:doi:10.6133/apjcn.202508_34(4).0012
36. Kooij CD, Goense L, Kingma BF, den Boer RB, Steenhagen E, Ruurda JP, et al. Early versus late oral feeding regimens following esophagectomy: a propensity score-matched observational cohort. *Dis Esophagus*. 1 de octubre de 2025;38(5):doaf068. doi:10.1093/dote/doaf068
37. Meenakshi RC. A Comparative Study of Early Versus Late Enteral Feeding After Intestinal Resection and Anastomosis. *Azerbaijan Pharm Pharmacother J*. 21 de diciembre de 2024;23:197-201. doi:10.61336/appj/24-04-29
38. Abed AG, Almarzooq T j M. Early Enteral Feeding Versus Delayed Enteral Nutrition: Effects On Morbidity After Intestinal Surgery; A Prospective Study. *J Pharm Negat Results*. 12 de noviembre de 2022;661-8. doi:10.47750/pnr.2022.13.S09.74
39. Fu Y, Xiong M, Zuo T, Li Y, Wang R, Wang D. Impact of early enteral nutrition combined with high-quality nursing care in patients with gastrointestinal surgery. *Front Surg*. 6 de enero de 2026;12. doi:10.3389/fsurg.2025.1632738
40. Delgado Reyes AL, Valdés Tang L, Arguelles Álvarez E, Delgado Fernández JC. Impacto de la alimentación enteral temprana en el paciente quirúrgico. *Univ Médica Pinareña* [Internet]. 2015 [citado 18 de mayo de 2026];11(2):53-62. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8237651>
41. Herbert G, Perry R, Andersen HK, Atkinson C, Penfold C, Lewis SJ, et al. Early enteral nutrition within 24 hours of lower gastrointestinal surgery versus later commencement for length of hospital stay and postoperative complications. *Cochrane Database Syst Rev*. 22 de julio de 2019;2019(7):CD004080. doi:10.1002/14651858.CD004080.pub4 PubMed PMID: 31329285; PubMed Central PMCID: PMC6645186.
42. Lee SY, Han EC. Impact of Early Oral Feeding on Postoperative Outcomes after Elective Colorectal Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Dig Surg*. 2025;42(1):26-35. doi:10.1159/000542595 PubMed PMID: 39557028.
43. Deng H, Li B, Qin X. Early versus delay oral feeding for patients after upper gastrointestinal surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cancer Cell Int*. 29 de abril de 2022;22:167. doi:10.1186/s12935-022-02586-y PubMed PMID: 35488274; PubMed Central PMCID: PMC9052660.

ANEXOS

Autorización de publicación en el repositorio institucional

 <p>Universidad Católica de Cuenca</p>	<p>AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</p>	<p>CÓDIGO: F – DB – 30 VERSION: 01 FECHA: 2021-04-15 Página 1 de 1</p>
---	---	--

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Karen Estefanía Bernal Vásquez portadora de la cédula de ciudadanía N.º 0302047162. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del proyecto de titulación **“Efectividad de la nutrición enteral temprana versus la nutrición tardía en pacientes adultos sometidos a resección intestinal: revisión sistemática”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este proyecto de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, 26 de mayo de 2026

F: 

Karen Estefanía Bernal Vásquez

C.I. 0302047162

www.ucacue.edu.ec