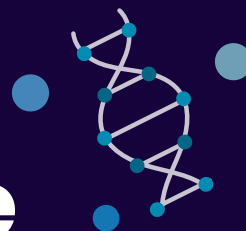


Número 12

Boletín Científico Campus Nutri Care



**EL NEJM REDEFINE LA TERAPIA NUTRICIONAL EN EL
PACIENTE CRÍTICO**

Menos puede ser más... al menos durante la fase aguda



La presente edición está dedicada al análisis del artículo de revisión “**Nutrition Therapy in Critically Ill Adults**”, publicado en *The New England Journal of Medicine* el 9 de julio de 2026 por **Jayshil J. Patel y Stephen A. McClave** (N Engl J Med. 2026;395:162–174. doi:10.1056/NEJMra2506111).

Este trabajo constituye una de las revisiones más completas y actualizadas sobre terapia nutricional en pacientes críticamente enfermos y sintetiza la evidencia generada por los principales ensayos clínicos aleatorizados, estudios fisiológicos y metaanálisis publicados durante la última década.

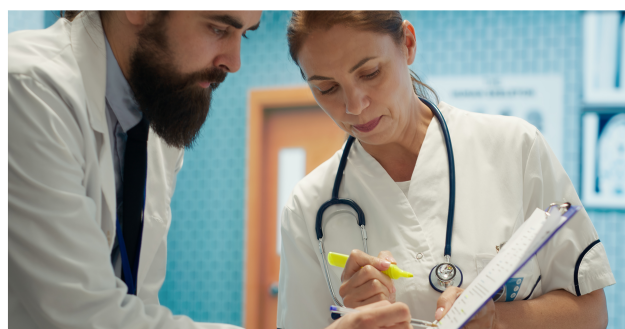
Más que presentar nuevas recomendaciones aisladas, los autores revisan críticamente conceptos que durante años guiaron la práctica clínica en las unidades de cuidados intensivos. Entre ellos, la necesidad de alcanzar precozmente el objetivo calórico, el supuesto beneficio de administrar dosis elevadas de proteínas durante la fase aguda, la superioridad absoluta de la nutrición enteral sobre la parenteral y el valor del monitoreo rutinario del residuo gástrico. La evidencia actual obliga a replantear varios de estos paradigmas y propone una visión mucho más fisiológica e individualizada de la terapia nutricional.

El artículo recuerda que la enfermedad crítica desencadena una compleja respuesta metabólica caracterizada por una intensa activación neuroendocrina e inflamatoria, hipercatabolismo, resistencia anabólica, hiperglucemia, pérdida acelerada de masa

muscular y alteraciones importantes de la función gastrointestinal. En este escenario, el objetivo inicial de la nutrición no es revertir inmediatamente el catabolismo —algo fisiológicamente imposible— sino limitar el déficit energético excesivo, preservar la función intestinal, evitar complicaciones derivadas de la sobrealimentación y preparar al paciente para una recuperación metabólica posterior.

Otro aspecto particularmente relevante es el énfasis en la **nutrición de precisión**. Los autores destacan que la gran heterogeneidad de los pacientes ingresados en UCI hace cada vez menos apropiadas las estrategias uniformes. El futuro apunta hacia una terapia nutricional adaptada a la fase evolutiva de la enfermedad, al riesgo nutricional, a la función gastrointestinal y, progresivamente, al uso de biomarcadores metabólicos y herramientas objetivas para evaluar la masa muscular y la composición corporal.

En este boletín revisamos los principales mensajes del artículo, analizamos su impacto clínico y los ponemos en contexto con las recomendaciones actuales de ESPEN y ASPEN/SCCM.



¿Por qué esta revisión es importante?

- ▶ Durante muchos años la nutrición en cuidados intensivos estuvo sustentada principalmente en razonamientos fisiológicos.

Parecía lógico pensar que un paciente que perdía rápidamente masa muscular debía

recibir cuanto antes la totalidad de sus requerimientos calóricos y una elevada cantidad de proteínas. Sin embargo, la medicina crítica ha cambiado profundamente en los últimos quince años y hoy disponemos de estudios multicéntricos que permiten evaluar si esas estrategias realmente modifican la evolución clínica.

La revisión del NEJM resume esa evidencia y confirma un cambio de paradigma: **durante la fase aguda de la enfermedad crítica, una estrategia nutricional más conservadora parece ser tan efectiva —o incluso más segura— que una estrategia agresiva.**

No significa alimentar menos por sistema, sino comprender que el metabolismo del paciente crítico posee limitaciones biológicas que deben respetarse.



La fisiopatología sigue siendo la clave

Uno de los mayores méritos del artículo es comenzar explicando por qué el paciente crítico responde de manera diferente a cualquier otro paciente hospitalizado.

La agresión producida por la sepsis, el trauma, el síndrome de distrés respiratorio agudo o la cirugía mayor desencadena una respuesta coordinada entre el sistema nervioso simpático, el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y el sistema inmunológico. El resultado es un estado de intenso hipercatabolismo destinado a asegurar el suministro de energía a los órganos vitales.

Durante esta fase predominan:

- proteólisis acelerada
- balance nitrogenado negativo
- resistencia a la insulina
- hiperglucemia
- lipólisis
- alteraciones mitocondriales
- pérdida progresiva de masa muscular

Los autores recuerdan que la pérdida de músculo es extraordinariamente rápida, alcanzando aproximadamente un 2% diario durante la primera semana, mientras que casi la mitad de los pacientes desarrollan debilidad adquirida en UCI. Esta pérdida muscular tiene consecuencias que trascienden la hospitalización, condicionando la recuperación funcional durante meses e incluso años.

En paralelo, también aparece una profunda alteración del tracto gastrointestinal. La inflamación sistémica modifica la microbiota, deteriora la barrera intestinal, favorece la apoptosis de los enterocitos y aumenta la permeabilidad intestinal. Este fenómeno explica parte del interés creciente por mantener la función digestiva mediante nutrición enteral precoz.



Concepto clave



La terapia nutricional no logra detener inmediatamente el catabolismo propio de la enfermedad crítica; su papel consiste en acompañar la fisiología, evitar déficits excesivos y reducir complicaciones hasta que el paciente ingrese en una fase verdaderamente anabólica.

Nutrición enteral: continúa siendo la primera opción

Pocas recomendaciones han resistido tan bien el paso del tiempo como el inicio precoz de la nutrición enteral cuando el tubo digestivo es funcional.

La revisión reafirma que la nutrición enteral preserva la integridad de la mucosa intestinal, mantiene la microbiota, estimula la inmunidad asociada al intestino y ayuda a conservar la función de barrera. Estos efectos van mucho más allá del simple aporte de calorías y constituyen uno de los principales argumentos para privilegiar esta vía siempre que sea posible.

Sin embargo, el artículo introduce un matiz importante: la nutrición parenteral precoz no debe considerarse una estrategia inferior cuando la nutrición enteral no puede administrarse.

Los grandes estudios comparativos muestran resultados similares en mortalidad y complicaciones mayores cuando ambas estrategias aportan cantidades equivalentes de energía. Esto desplaza el foco desde la vía utilizada hacia la adecuación del soporte nutricional para cada paciente.

Tabla 1. Nutrición enteral versus nutrición parenteral

ASPECTO	NUTRICIÓN ENTERAL	NUTRICION PARENTERAL
Función intestinal	Preserva la barrera intestinal	No preserva la funcion digestiva
Microbiota	Mantiene la homeostasis intestinal	Sin efecto sobre la microbiota
Inicio precoz	Primera elección	Alternativa valida cuando EN no es posible
Mortalidad	Similar	Similar cuando el aporte energetica es comparable
Recomendación	Preferida si el tracto gastrointestinal es funcional	Utilizar cuando la EN este contraindicada o sea insuficiente



El fin del paradigma de “alcanzar el 100% desde el primer día”

Probablemente éste sea el mensaje con mayor impacto práctico.

Durante muchos años se asumió que cubrir rápidamente el gasto energético era sinónimo de buena calidad asistencial. Sin embargo, la evidencia resumida por Patel y McClave demuestra que administrar el 100% de los requerimientos calóricos desde las primeras horas no mejora la supervivencia, no reduce los días de ventilación mecánica ni acorta la estancia en UCI.

Por el contrario, la alimentación completa durante la fase aguda se asocia con mayor frecuencia de intolerancia gastrointestinal, hiperglucemia y otras complicaciones metabólicas.

La explicación fisiológica es sencilla: durante los primeros días existe una importante producción endógena de energía que no puede ser completamente suprimida mediante el aporte exógeno. Intentar compensar todo el gasto energético puede conducir a una verdadera sobrealimentación.

Tabla 2. Estrategias energéticas en la fase aguda

ESTRATEGIA	EVIDENCIA ACTUAL
Cobertura completa desde el primer día	No demuestra beneficio
Hipocalórica permisiva	Favorecida por la evidencia
Avance progresivo	Recomendado
Individualización posterior	Fundamental



¿Más proteínas significan mejores resultados?

La proteína ha sido probablemente el tema más debatido en nutrición crítica durante la última década.

El razonamiento parecía lógico: si el paciente pierde músculo rápidamente, aumentar el aporte proteico debería limitar esa pérdida y mejorar los desenlaces clínicos.

Sin embargo, los grandes ensayos recientes no lograron demostrar beneficios consistentes con dosis muy elevadas de proteínas durante la fase aguda. Más aún, algunos estudios

sugieren una posible señal de daño en pacientes con lesión renal aguda.

Esto no implica que las proteínas hayan perdido importancia. Por el contrario, siguen siendo un componente esencial de la terapia nutricional. Lo que cambia es el momento y la forma de administrarlas. La revisión propone abandonar la idea de una dosis única para todos los pacientes y avanzar hacia estrategias adaptadas al fenotipo metabólico y a la fase evolutiva de la enfermedad.

Tabla 3. Lo que sabemos actualmente sobre proteínas

SITUACIÓN	EVIDENCIA
Proteína estándar	Adecuada para la mayoría
Dosis muy altas en fase aguda	Sin beneficio demostrado
Lesión renal aguda	Posible riesgo con aportes muy elevados
Individualización	Recomendación actual

El intestino vuelve a ocupar un lugar central

Uno de los aspectos más interesantes del artículo es la importancia que otorga al intestino como órgano inmunológico y metabólico.

Hoy sabemos que la enfermedad crítica altera profundamente la composición de la microbiota intestinal. La pérdida de bacterias comensales y el predominio de microorganismos potencialmente patógenos favorecen una respuesta inflamatoria persistente y podrían

contribuir al desarrollo de disfunción multiorgánica.

En este contexto, la nutrición enteral adquiere un valor que trasciende el simple aporte energético. Alimentar el intestino significa también preservar su función inmunológica y mantener mecanismos fisiológicos de defensa que se deterioran rápidamente durante la enfermedad crítica.

Monitorización: menos procedimientos, mejores decisiones

Otro de los cambios destacados por la revisión es la simplificación del monitoreo de la nutrición enteral.

Durante décadas el residuo gástrico fue utilizado como un indicador indirecto de intolerancia digestiva. Sin embargo, los estudios disponibles muestran que su medición rutinaria genera interrupciones innecesarias de la alimentación sin reducir el riesgo de aspiración.

Actualmente se recomienda priorizar la evaluación clínica.



Tabla 4. ¿Qué debemos monitorizar?

PRIORIZAR	EVITAR COMO RUTINA
Náuseas	Residuo gástrico seriado
Vómitos	Suspender la EN por pequeños residuos
Distensión abdominal	Interrupciones innecesarias
Aspiración clínica	Sobrealimentación precoz

El síndrome de realimentación sigue siendo un desafío

La revisión recuerda que el entusiasmo por iniciar soporte nutricional nunca debe hacer olvidar el riesgo de síndrome de realimentación.

Pacientes con desnutrición, pérdida importante de peso, ayuno prolongado o consumo crónico insuficiente requieren un inicio progresivo del

soporte nutricional, acompañado de una estrecha vigilancia de fósforo, potasio, magnesio y del uso precoz de tiamina.

Más que una complicación excepcional, los autores lo consideran un aspecto fundamental de la seguridad nutricional.



La nutrición de precisión: el próximo paso

Tal vez la reflexión más interesante del artículo sea que el futuro de la nutrición crítica no depende únicamente de definir una determinada cantidad de calorías o proteínas.

Los autores proponen avanzar hacia una verdadera nutrición personalizada, considerando:

- FASE DE LA ENFERMEDAD;
- RIESGO NUTRICIONAL;
- COMPOSICIÓN CORPORAL;
- FUNCIÓN GASTROINTESTINAL;
- BIOMARCADORES METABÓLICOS;
- EVOLUCIÓN CLÍNICA;
- PRESERVACIÓN DE LA MASA MUSCULAR.

Este enfoque reconoce que dos pacientes con el mismo peso corporal pueden presentar necesidades metabólicas completamente diferentes.



¿Cómo se integra con las guías actuales?

La revisión del NEJM no contradice las recomendaciones de ESPEN ni de ASPEN/SCCM; por el contrario, las fortalece con nueva evidencia clínica.

Tabla 5. Comparación con las guías internacionales

Tema	ESPEN 2023	NEJM 2026
Nutrición enteral precoz	Recomendada	Confirmada
Nutrición parenteral	Alternativa cuando EN no es posible	Seguridad reforzada
Aporte energético precoz	Progresivo	Evidencia sólida a favor
Alta proteína precoz	Evidencia limitada	Sin beneficio consistente
Residuo gástrico	No rutinario	No rutinario
Nutrición personalizada	En desarrollo	Prioridad futura

Mensajes para llevar a la práctica

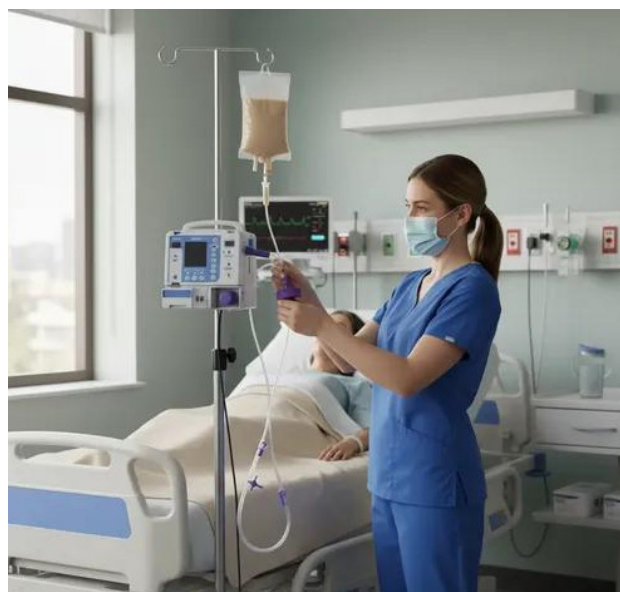
- ▶ La fisiopatología debe guiar la estrategia nutricional.
- ▶ La nutrición enteral continúa siendo la primera elección cuando el intestino es funcional.
- ▶ La nutrición parenteral precoz es una alternativa segura cuando la vía enteral no puede utilizarse.
- ▶ Evitar la sobrealimentación durante la primera semana parece ser más importante que alcanzar rápidamente el objetivo calórico.
- ▶ Las dosis muy elevadas de proteínas no han demostrado beneficios consistentes durante la fase aguda.
- ▶ La valoración clínica supera al residuo gástrico como método de monitorización de la tolerancia digestiva.
- ▶ La terapia nutricional del futuro será individualizada, dinámica y guiada por el fenotipo metabólico de cada paciente.

Conclusión

La revisión publicada por Patel y McClave representa mucho más que una actualización bibliográfica. Constituye la consolidación de un cambio conceptual que comenzó hace más de una década y que hoy parece respaldado por evidencia de alta calidad. El paciente crítico ya no debe entenderse como un individuo al que simplemente hay que “cubrir requerimientos”, sino como un organismo sometido a profundas alteraciones metabólicas cuya respuesta a la nutrición depende del momento evolutivo de la enfermedad.

Quizá el mensaje más importante sea que la terapia nutricional debe dejar de perseguir objetivos rígidos y comenzar a adaptarse a la fisiología del paciente. Alimentar precozmente sigue siendo importante, pero hacerlo de forma prudente, progresiva e individualizada parece ofrecer mejores resultados que intentar alcanzar rápidamente metas calóricas o proteicas predefinidas.

En definitiva, el desafío ya no consiste únicamente en administrar nutrientes, sino en comprender cuándo, cuánto, por qué y para quién administrarlos. Ese cambio de enfoque probablemente marque la evolución de la nutrición crítica durante los próximos años.



Bibliografía sugerida

1. Patel JJ, McClave SA. Nutrition Therapy in Critically Ill Adults. N Engl J Med. 2026;395:162–174. doi:10.1056/NEJMra2506111.
2. Singer P, Reintam Blaser A, Berger MM, et al. ESPEN Practical Guideline: Clinical Nutrition in the Intensive Care Unit. Clin Nutr. 2023;42:1671–1689. doi:10.1016/j.clnu.2023.07.011.
3. Compher C, Bingham AL, McCall M, et al. Guidelines for the Provision of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2022;46:12–41.
4. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). Enteral Nutrition Pathway for Critically Ill Adults. 2024.

Nota

Este boletín resume e interpreta la evidencia presentada en la revisión del **New England Journal of Medicine** y la integra con las recomendaciones internacionales más recientes. Su finalidad es exclusivamente educativa y de actualización científica.