

RECOMENDACIONES ÉTICAS SOBRE NUTRICIÓN ENTERAL ARTIFICIAL

**COMITÉ ÉTICA ASISTENCIAL
DE CÓRDOBA**

Autores:

-Palmira Gallego Huertas. Enfermera del Área de Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud. Distrito Sanitario de Córdoba y Guadalquivir y Vocal del Comité de Ética Asistencial de Córdoba.

-M^a del Carmen Pérez Adrián. Facultativa especialista de Área. Medicina de Recursos Avanzados de Cuidados Paliativos HURS de Córdoba y Vocal del Comité de Ética Asistencial de Córdoba.

Revisado:

Miembros del CEA de la Provincia de Córdoba.
Septiembre 2022

INTRODUCCIÓN

Está demostrada la importancia del adecuado nivel nutricional tanto para tratamiento de patologías como para mejorar el pronóstico en etapas curables y/o mejorables de la enfermedad y evitar complicaciones de las mismas.

La nutrición clínica centra su actividad en la valoración del estado nutricional de los pacientes con estos objetivos.

La utilización de sondas para alimentación por diferentes vías de acceso es una herramienta ampliamente desarrollada y extendida con tal fin y como técnica debe fundamentarse en indicaciones sanitarias como cualquier otro tratamiento.

Existen ciertas circunstancias de la salud-enfermedad que pueden cuestionar el uso de estas técnicas, ya no solo por el diagnóstico sino por la situación clínica y el pronóstico del paciente. En este sentido hacemos referencia al contexto de enfermedades que llevan al paciente al final de su vida (enfermo en situación terminal).

El objetivo de esta medida debe ser conseguir una respuesta que aúne una solución eficaz y real clínicamente, apoyada en el marco ético, de manera que se proteja el mayor bien para el paciente, dentro de la legalidad vigente.

JUSTIFICACIÓN

La nutrición por técnicas artificiales es uno de los temas de mayor debate históricamente en la reflexión bioética, fundamentalmente en la etapa final de la vida, en la que se priorizan aquellas medidas que mejoren y aporten la calidad de vida y el confort del enfermo, evitando aquellas otras que sean intervencionistas y donde el mantenimiento de las mismas pueda “hacer daño” y no sea cuestionables su beneficio, por tanto deberían evitarse.

Estas circunstancias chocan frontalmente con el hecho que socialmente el gesto de “dar de comer”, tiene unas consideraciones no solo clínicas, sino además culturales, familiares, incluso religiosas.

Los problemas relacionados con la alimentación suelen preocupar mucho a los pacientes pero sobretodo a sus familiares, tanto por las connotaciones personales, el concepto social de que la malnutrición “mata” a las personas, y por que se convierte en un mecanismo de ayuda de los familiares hacia sus seres queridos.

Por ello, las indicaciones de soporte nutricional prolongado en estos pacientes, y especialmente en aquellos con deterioro neurológico irreversible, suscitan cuestiones éticas y legales. El objetivo principal al final de la vida no es corregir la malnutrición sino tratar de controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.(1).

El debate ético radica en determinar si la nutrición a través de medidas artificiales se considera tratamiento, por lo tanto sometido a las consideraciones clínicas de indicación/contraindicación como cualquier otra medida, o por el contrario se consideran cuidados básicos, por lo que su suspensión no sería adecuada, ya que los cuidados básicos deben proporcionarse siempre a los enfermos y sus familias.

Este planteamiento necesita una reflexión profunda sobre todo cuando el paciente se encuentra en situación de terminalidad (no necesariamente en situación de últimos días), donde la calidad de vida y el adecuado control sintomático son prioritarios y la valoración del riesgo / beneficio de todas las medidas a tomar debe de ser igual o más importante, detallada, y delicada como en cualquier etapa de la vida, pero enfatizando en la confort , donde evitar daños innecesarios es sumamente importante.

A nivel clínico-científico hay que tener en cuenta consideraciones como que la desnutrición suele formar parte del estado general de los pacientes con enfermedades incurables en situación avanzada o terminal, independientemente de su nivel de ingesta. La desnutrición no es una causa del deterioro, si no una consecuencia. Sumado a esto hay artículos que describen que la utilización de sondas nasogástricas no minimiza el riesgo de aspiración alimenticia en estas etapas vitales, incluso podría aumentarla, mermando así la calidad de vida y el estado general del enfermo.

Las sociedades científicas como la sociedad española de geriatría y gerontología y la de medicina general y de familia entre otras, en aquellas circunstancias clínicas en las que el paciente pierda la capacidad autónoma de ingesta oral como consecuencia del deterioro progresivo de una enfermedad como la demencia, justifican la valoración individualizada, ya que como hemos comentado antes, en estos casos la malnutrición no es la causa, sino la consecuencia del deterioro y de la progresión de la enfermedad.

Por otro lado pero fundamental y básico, es el respecto a la capacidad de decisión del paciente, qué quiere para su vida, qué es bueno para él y que no, y en su defecto a la voluntad de sus representantes legales.

Por tanto, en relación a la indicación de soporte nutricional artificial, hay que considerar tres etapas de la vida de los pacientes (2,3):

- La curativa, en la que hay que atender a la supervivencia y en la que la hidratación y nutrición serían obligatorias.

-La paliativa, donde es prioritaria la calidad de vida que le queda al paciente, y donde tanto la hidratación como la nutrición son posibles, pero dependiendo de lo que aporten a esta calidad de vida.

-La agónica, donde el objetivo es la calidad de MUERTE y la nutrición e hidratación están contraindicadas de entrada (solo admisibles, sobre todo la hidratación si ayuda al adecuado control sintomático).

CUESTIONES A PLANTEAR REFERENTE AL USO DE NUTRICIÓN ENTERAL ARTIFICIAL

1) ¿Alimentarse por esta vía se considera un tratamiento y/o un cuidado básico?

Tanto la nutrición enteral con sondas como la nutrición parenteral, se consideran medidas de alimentación artificial, ya que requieren de dispositivos y procedimientos técnicos para llevarlos a cabo y mantenerlos.

Este debate en ética está vigente, pero se considera, salvo excepciones y siempre individualizando, que son **TRATAMIENTOS MÉDICOS** y no cuidados básicos. Por tanto, como tales, están sometidos a los criterios de indicación/contraindicación como cualquier otra medida terapéutica.

Así, para su indicación debe tenerse en cuenta el principio de proporcionalidad, sopesando riesgos/beneficios, no solo centrados en la cantidad (pronóstico estimado), si no también en la calidad de vida. Es decir, aplicar estos tratamientos como cualquier otro bajo el paradigma de la **ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (4)**, indicando su retirada o la no instauración considerando el mal pronóstico de la persona, por tanto siendo considerada una medida fútil, que solo contribuye a prologar el tiempo de una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría, evitando por tanto caer en **OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA (4)**

Por eso es fundamental definir los criterios de indicación y de retirada de la medida, ya que es igual de ético el no aplicar como el retirarla si se considerada fútil si los criterios de indicación cambian (Reevaluación periódica).

2) ¿El paciente puede rechazar la medida si se considera tratamiento?

En preservación de la autonomía de los seres humanos, y por tanto su capacidad para tomar decisiones en todos los ámbitos que atañen a su vida, en especial a su salud y enfermedad, y protegiendo así la dignidad humana de los mismos, todas las medidas a tomar al respecto por el personal sanitario deben ser previamente consensuadas y pactadas con los pacientes y/o en su caso sus representantes legales, teniendo en cuenta así los valores individuales de cada uno. Para ello es necesaria una adecuada información y asesoramiento, explicando riesgos, beneficios y finalidad de las medidas, contribuyendo a una toma de decisiones en libertad.

Tanto es así que la ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en el artículo 2 recoge:

“El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.” (5)

Esta información necesaria para la adecuada toma de decisiones debe darse incluso en caso de incapacidad, adecuada al nivel de comprensión de cada enfermo, informando también a su representante legal y/o a las personas vinculadas a él. (5)

3) ¿Hasta qué punto influye la malnutrición en la muerte de las personas con enfermedades avanzadas? ¿La desnutrición es causa de muerte en pacientes al final de la vida? ¿Agrava o acelera su proceso? ¿La desnutrición afecta a la calidad de vida del paciente terminal?

En pacientes con enfermedades avanzadas en situación de terminalidad, la desnutrición no suele ser una causa del deterioro, si no más bien la consecuencia de la convivencia con la enfermedad, por lo tanto no está asociada a la merma de la calidad de vida de los pacientes en una etapa en la que la prioridad es el confort, y no están indicadas medidas que puedan resultar dañinas.

Tampoco se considera un factor que cambie el pronóstico ni la calidad de vida de las mismas, ya que la desnutrición se considera irreversible en esta fase. Así pues, ante un enfermo malnutrido con una enfermedad avanzada, incurable, en las últimas etapas de su vida (pronóstico corto de días o semanas), pretender prolongar la supervivencia con medidas agresivas puede acarrear más complicaciones que beneficios (1).

4) ¿Las medidas de nutrición enteral artificial pueden suponer riesgos para los pacientes?

El uso de estas medidas artificiales que pueden suponer un daño para el paciente en situación avanzada, deben someterse a la valoración individual de cada caso.

Ante enfermos con demencias avanzadas, pueden presentar como únicos beneficios el mantenimiento del peso, el alivio de la deshidratación si se emplea en fases iniciales de desnutrición (7).

Por otra parte, no se ha demostrado que la NE por sonda en demencias avanzadas en situación final de vida confiera ningún tipo de beneficio en cuanto a disminuir el riesgo de neumonía por aspiración, mejorar el estado nutricional, el estado funcional y la calidad de vida, disminuir el riesgo de desarrollo de úlceras por presión y aumentar la supervivencia (7)

5) ¿Está indicado alimentar al menos para control sintomático, y evitar que el paciente sufra “por hambre”?

Diferentes estudios avalan que en la fase final de vida (semanas) los pacientes no sufren sensación de hambre ni de sed, uno de los motivos por los que rechazan la ingesta, por tanto no está indicado cubrir estas necesidades con medidas que pueden ser cruentas con el único fin de control sintomático.

6) ¿Cuánto tiempo puede el ser humano sobrevivir sin alimentarse?

Existen algunas experiencias al respecto que recogen que incluso hasta tres meses una persona puede estar sin alimentarse, siempre que se mantengan sus necesidades de hidratación y reposición de vitaminas y minerales.

7) Entonces ¿estaría indicado el uso de medidas artificiales de nutrición enteral al menos para asegurar la hidratación?

No parece adecuado el uso de medidas dañinas y no exentas de riesgos con el único fin de mantener una adecuada hidratación del paciente, ya que existen otras medidas que pueden asegurar la misma y suponen mucho menor peligro para éste. Entre ellas se encuentra el uso de la vía intravenosa y en su caso la vía subcutánea que permite el manejo del paciente con dificultad para accesos venosos y en su domicilio si así lo desea.

8) ¿Es por tanto urgente indicar una medida de nutrición artificial (sonda nasogástrica) con el único fin de nutrir al enfermo?

Teniendo en cuenta el tiempo de supervivencia de los seres humanos sin alimentarse parece oportuno considerar que la indicación de nutrición por medidas artificiales no es una medida a tomar de forma urgente. Lo cual no significa que se suspendan los cuidados básicos y las medidas de confort.

No obstante, debe considerarse que hay circunstancias agudas que llevan a los pacientes que sufren enfermedades con deterioro neurológico a perder la capacidad adecuada de ingesta de forma brusca (infecciones, deshidratación...), por tanto es prudente tratar de forma eficaz estas causas y reevaluar, ya que muchos de ellos recuperan de forma espontánea la capacidad de ingesta.

Considerar la hidratación de forma independiente, ya que la deshidratación sí puede acortar la vida del paciente si su pronóstico no es final de vida.

DESDE LA DELIBERACIÓN ÉTICA (7)

1) Descripción detallada del caso:

- Antecedentes personales, procesos clínicos, comorbilidades.
- ¿Qué tipo de paciente es?
- Evolución clínica hasta llegar a la situación actual (pérdida capacidad ingesta aguda, subaguda o como consecuencia de deterioro por enfermedades avanzadas,...)
- ¿En qué situación clínica está?
- ¿Cuál es el pronóstico del mismo?
- ¿Qué le va a aportar la medida al paciente (riesgos/beneficios)?

2) Exposición de argumentos:

Determinar cursos posibles de acción, concretando las consecuencias de todos ellos.

3) Propuesta de intervención:

- Definir propuesta a llevar a cabo, recogerlo en la historia clínica
- Determinar nivel de capacidad y procedimiento de toma de decisiones compartidas. Si el paciente no es capaz de tomar decisiones, consultar el documento de VVA y en su defecto la toma de decisiones con su representante legal y/o allegados.
- Considerar las decisiones del paciente en el respeto del ejercicio de su autonomía y valores personales e individuales.
- Junto a las indicaciones, reflejar los criterios de suspensión o no aplicación de la medida.

-Reevaluación periódica. Determinar los plazos de reevaluación de las indicaciones que han llevado a la toma de decisiones, para reconsiderar las mismas si las circunstancias del paciente han cambiado. (Evaluación de indicadores)

CONSIDERACIONES FINALES

- Asegurar y comprobar antes de aplicar las medidas de alimentación artificial que las necesidades nutricionales del paciente no pueden ser cubiertas de manera habitual (oral), y que la necesidad de proporcionar los nutrientes por esta vía va a lograr una mejoría en la calidad de vida o en un proceso recuperable que amenace su vida (7).

-Verificar que las causas que condicionan esta dificultad son permanentes y no mejorables.

-La indicación debe fundamentarse en criterios clínicos y no sociales, superando siempre los beneficios a los riesgos.

-La nutrición artificial se considera un tratamiento, y por tanto se rige por las mismas normas de aplicación, siendo necesaria la reevaluación periódica de las indicaciones (7)

-La necesidad de contención física para el mantenimiento de la medidas hace considerar la contraindicación de la misma, sobre todo en pacientes en situación de terminalidad (2).

-En principio, no está indicada la utilización de sondas de alimentación en pacientes con demencias avanzadas que pierden o rechazan la ingesta.

-Tampoco significa que estén contraindicadas, si no que es necesaria una reevaluación permanente de la indicación a lo largo del tiempo y la necesidad de individualización en la toma de decisiones. Sopesar riesgo/ beneficio.

-Considerar que muchos pacientes recuperan la capacidad de ingesta oral después de superar un proceso agudo.

-En los pacientes con enfermedades avanzadas que van limitando su capacidad de ingesta, es conveniente ofrecer una dieta individualizada, considerando sus preferencias, capacidad de deglución, evitando dietas restrictivas y aplicando todas aquellas medidas que de forma fisiológica le faciliten la ingesta de forma fácil, agradable, y a su vez eviten atragantamientos que puedan poner en peligro su situación.

-Tener en cuenta que la sobreingesta en fases finales de la vida puede empeorar el estado general y la calidad de vida de los pacientes. No está indicado alimentar solo para aliviar la sensación de hambre como síntoma.

“La solución más prudente sueler estar en el medio”, “Somos lo que hacemos día a día, de modo que la excelencia no es un acto, si no un hábito”. Aristóteles.(384-322 A.C.)

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Gómez Sancho, M and col: Ética de la alimentación y la hidratación al final de la vida. Documento elaborado por el Grupo de Trabajo “Atención Médica al final de la vida”. Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Madrid 2016.
- 2.-Núñez Olarte JM; Una elección básica: tratamiento ¿curativo? O tratamiento paliativo. En: Couceiro, Azucena (de): Ética en cuidados paliativos. Pp. 109-125, Triacastela. Madrid, 2004.
- 3.- González Graciela A, Rainieri Maria Daniela. Aproximación al Soporte Nutricional desde una mirada Bioética: Todo lo técnicamente posible, ¿es éticamente admisible? DIAETA (B. Aires) 2013; 31 (145): 7-14
- 4.- Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
- 5.- LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- 6.- Documento de posicionamiento sobre el empleo de la nutrición enteral en la demencia avanzada. Documento presentado en el 62º Congreso de la SEEN (Sevilla 15 octubre 2021)
- 7.- Román Maestre, B. El procedimiento en la toma de decisiones en conflictos éticos. En: Aproximación bioética a la nutrición clínica. Pp: 70-82. Ed. Glosa. Barcelona 2011.