

## Nutrición e hidratación artificial en cuidados paliativos oncológicos

Ester Salvador

Servicio de Medicina Interna  
Hospital Comarcal del Pallars  
[esthersalmilian@gmail.com](mailto:esthersalmilian@gmail.com)

### Resumen

La interrupción voluntaria de la hidratación y nutrición artificiales, se sustenta en el derecho fundamental que tienen los enfermos competentes de rechazar los tratamientos médicos.

En el manejo de pacientes con patología oncológica avanzada, con frecuencia se realizan tratamientos desproporcionados que únicamente conducen a la prolongación de la vida biológica sin tener en cuenta la calidad de vida y la propia opinión del paciente, que es presionado por el entorno asistencial y familiar a recibir ciertas terapias sin un proceso de toma de decisiones adecuado. Entrando así en conflicto los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia y autonomía.

### Palabras clave

hidratación y nutrición artificial, cáncer, final de vida

### Abstract

The voluntary interruption of artificial hydration and nutrition is based on the fundamental right, of competent patients, to reject medical treatments.

In the management of patients with advanced oncological diseases, disproportionate treatments are frequently performed that only lead to the prolongation of biological life without taking into account the quality of life and the patient's own opinion, which is pressured by the healthcare and family environment to receive certain therapies without an adequate decision-making process. Thus entering into conflict the bioethical principles of beneficence, non-maleficence and autonomy.

### Keywords

artificial nutrition and hydration, cancer, end of life

### Descripción del caso

Paciente mujer de 82 años, acude a urgencias del hospital comarcal de zona por mal funcionamiento de la gastrostomía percutánea de alimentación, con induración y supuración alrededor de la misma. No se logró recolocar, estando fuera de cavidad gástrica.

Diagnosticada 3 años antes de carcinoma de tiroides multifocal, tratado con cirugía y radio-iodo a pesar de lo cual se constata progresión de la enfermedad con afectación loco-regional y una masa para-esofágica. Ha recibido dos líneas de tratamiento onco-específico sin éxito.

Tres meses antes de llegar a urgencias se le colocó la sonda de gastrostomía percutánea vía radiología intervencionista por estenosis completa de esófago cervical. La paciente era reticente a la sonda y manifestó haber hecho el documento de voluntades anticipadas donde constaba que no quería medidas artificiales para prolongar la vida. Los profesionales le insistieron en hacerlo, argumentaron que ese documento no era necesario ya que la paciente podía expresar su voluntad y la familia también le insistió.

Poco después de la instauración de la gastrostomía inició un dolor en el muslo izquierdo secundario a metástasis ósea en el fémur. Por ello inicia analgesia y seguimiento por PADES.

A su llegada a urgencias se le plantea colocar otra sonda de gastrostomía, mediante radiología intervencionista, en el hospital de referencia en la capital de provincia o abstenerse de dicha acción explicando las consecuencias a corto plazo. Ella rechaza el traslado a otro hospital, ni más técnicas porque está muy cansada de periplos hospitalarios, complicaciones y la sonda le provocó siempre molestias. Además refiere incremento del dolor en extremidad inferior izquierda. Se prioriza control de síntomas aumentando la analgesia y se le deja tiempo para consolidar su primera decisión.

Dos días después se reafirma en la cesación de la nutrición y se inicia hidratación mediante suero subcutáneo, su medicación analgésica (mórficos) y midazolam si precisa. Su angustia vital y deseos de muerte, con gran ansiedad y malestar hacen necesario pautar sedación paliativa, aceptada por la paciente y familia, falleciendo 11 días después de su ingreso, en la Unidad de Cuidados Paliativos del centro.

Situación basal de la paciente al ingreso: cognición correcta y competencia plena, independiente para las AVD hasta 2 meses antes, pero desde entonces cada vez precisaba más ayuda por limitación de movimientos secundario a dolor óseo en fémur izquierdo. Presenta disfonía importante, pero con lenguaje inteligible. Vivía con su hija y yerno.

Paciente con documento de voluntades anticipadas elaborado un año antes: limitar medidas diagnóstico-terapéuticas a aquellas que le permitan mantener calidad de vida e independencia. No desea medidas que prolonguen la vida inútilmente, de manera artificial, mediante técnicas de soporte vital.

## Deliberación

En este caso clínico se combinan una serie de hechos, conductas y decisiones que desde el punto de vista ético se valoran abordando diferentes aspectos y los dilemas éticos planteados en cada etapa de su proceso oncológico, centrándonos sobre todo en el final de vida:

### 1. Posible vulneración del principio de autonomía de una paciente competente en el momento de colocar la gastrostomía. Paternalismo

El Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) es una manifestación del derecho de autonomía del paciente. En España se contempla como la exposición por escrito sobre las actuaciones médicas que se desea sean seguidas cuando la persona esté en situación de no poder expresar su voluntad.

Antes de la colocación de la gastrostomía la enferma dudaba de hacerlo y ella insistió en que en su DVA ya constaba no desear medidas que prolongaran la vida inútilmente de manera artificial, demostrando así que era algo ya meditado con anterioridad.

El equipo médico insistió en la gastrostomía, al ver a una paciente cognitivamente conservada y con un aceptable estado físico, la carga emocional pesó mucho en la opinión y decisión de los facultativos para alentar a la paciente a instaurar el dispositivo de alimentación.

Los pacientes pueden y deben participar en el proceso de decisión, conociendo los riesgos y beneficios. La información basada en la evidencia, sobre lo que la nutrición puede y no puede conseguir, es el primer paso en la toma de decisiones éticas. En este caso se simplificó la información al

anunciar una muerte precoz si no se iniciaba la nutrición.

El paternalismo sigue primando en la actitud de muchos profesionales sanitarios, porque anteponen el principio de beneficencia al de autonomía y en otras ocasiones porque no se llega a empatizar con el enfermo, a «ponerse en su piel», valorando de forma integral a la persona y la evolución de su enfermedad.

Los enfermos se encuentran en situación de vulnerabilidad y tienen disminuida la asertividad, factor que también contribuye a limitar su derecho de autonomía.

En el debate que nos ocupa podemos justificar o explicar la actitud de los médicos aduciendo el peso de la responsabilidad y cargo de conciencia que supone no utilizar los medios técnicos disponibles hoy en día para mantener la vida de un paciente, aunque sin valorar la calidad de vida; aquí entran en juego la beneficencia-no maleficencia.

Por otra parte, tampoco podían precisar el pronóstico de vida, el cual es un criterio o condicionante para decidir instaurar una gastrostomía, siendo el límite aceptado de, al menos, 3 meses. Y se estimó que podía ser mayor, por tanto se optó por hacerlo.

A pesar de ser competente en aquel momento, no pudo ejercer su derecho de autonomía y se le insistió por el equipo médico y su familia para aceptar la gastrostomía. Su entorno familiar y asistencial hizo prevalecer la beneficencia sobre la autonomía.

### 2. Cesación de nutrición. Principio de autonomía

La cesación de la nutrición, debido a la disfunción de la gastrostomía, de-

muestra el respeto por la autonomía de esta paciente. Al ser competente en aquel momento ejerció su derecho de rechazar la reinstauración de la gastrostomía/nutrición artificial, incluso cuando esto le llevaría a adelantar la muerte y fue informada de ello.

Para el equipo sanitario fue difícil de aceptar porque generó dudas sobre si era lo correcto, porque era una enferma con gran entereza y en plenas facultades mentales que todavía no estaba en situación de últimos días. Pero al tener en cuenta la enfermedad neoplásica diseminada con metástasis, la zona de infección peristomía, la clara determinación de la paciente y basándonos en las recomendaciones éticas de sociedades científicas sobre nutrición e hidratación, como las de la ESPEN, las de cuidados paliativos, etc..., se considera adecuado y es legal el proceso de toma de decisiones descrito.

Si bien se plantea la siguiente cuestión: si no hubiera dejado de funcionar la sonda de alimentación, ¿ella habría solicitado suspender la nutrición?

A pesar de haber retirado la alimentación artificial se continuó con los cuidados habituales para mantener el confort y el control de síntomas.

### 3. Principio de justicia, equidad territorial y su influencia en la decisión de no reponer la gastrostomía

Según el principio de justicia todos los individuos tienen igual acceso a la asistencia sanitaria. Si bien el traslado y la distancia al hospital de referencia para colocar nueva sonda de gastrostomía, tuvo una considerable influencia en la toma de decisiones. La equidad territorial se intenta favorecer, pero por cuestiones obvias de distancia y dispersión de la población, en zonas rurales es difícil de lograr.

Esto lleva a preguntarnos, en el contexto de enfermedades irreversibles y con mal pronóstico:

- En hospitales grandes donde se dispone de más medios tecnológicos ¿se plantean menos dilemas éticos? Porque resulta más fácil «hacerlo todo» que pararse a plantear la valoración integral del paciente, su pronóstico de vida, su calidad de vida y sus preferencias.
- En centros con menos recursos humanos y tecnológicos, ¿se dejan de hacer algunos procedimientos que estarían indicados y serían aceptados por los pacientes si estuvieran disponibles sin necesidad de traslado?

#### 4. Hidratación al final de la vida. Adecuación del esfuerzo terapéutico. Beneficencia - no maleficencia

Una vez se desestimó reinstaurar la nutrición artificial y al no poder alimentarse por boca, se retiró la hidratación intravenosa y se le planteó continuarla por vía subcutánea. La paciente aceptó. Se consideró que así se evitarían los síntomas asociados a la deshidratación, como delirium, sed o boca seca. Cumpliendo con el principio de beneficencia.

Probablemente también se hizo para «aliviar» el sufrimiento psicológico de la familia y la carga emocional de los médicos, porque se pasó de una situación de enfermedad neoplásica avanzada a una situación de final de vida-últimos días.

La controversia de la hidratación gira también en torno a sus ventajas y desventajas. No hidratar puede ser beneficioso, porque reduce las secreciones pulmonares y orofaríngeas, disminuye la tos y la sensación de asfixia, redu-

ce el volumen urinario, limita el dolor al reducir el edema alrededor de las masas tumorales, mejora la analgesia, etc... Recordemos que los cuidados de boca son un mínimo exigible en cualquier atención paliativa de calidad.

La evidencia científica, hasta la fecha, no permite justificar la hidratación parenteral en todos los pacientes en los últimos días de su vida y sólo proporciona una sólida justificación para considerar la hidratación en determinadas circunstancias y para ciertos síntomas.

#### 5. Sedación por angustia vital. Beneficencia

La aplicación de la sedación paliativa fue indicada en este caso por la angustia vital que presentó la paciente. Ella esperaba que la muerte sobreviniera antes, una vez estuviera sin nutrición; esto llegó a provocarle desasosiego, inquietud e incluso alucinaciones visuales. Por ello el equipo médico indicó administrar sedación continua y también a petición propia y de la familia.

En la sedación se busca disminuir el nivel de consciencia, con la dosis mínima necesaria de fármacos, para evitar que el paciente perciba el síntoma refractario, en este caso la angustia. El dolor ya estaba bajo control. Esta acción responde al principio de beneficencia.

#### 6. Formación del personal en cuidados paliativos y bioética; su influencia en el abordaje diferente del caso

En España la formación pregrado en cuidados paliativos es insuficiente, aproximadamente sólo en la mitad de las facultades de medicina se imparten contenidos de la materia. De los profesionales que ya trabajan en centros sanitarios, los de las especialidades que manejan pacientes pluri-

patológicos con enfermedad crónica avanzada u oncológicos (medicina interna, geriatría, medicina de familia, oncología) algunos que tienen interés en esa área realizan formación específica, pero sigue siendo un terreno de desconocimiento entre médicos y personal de enfermería.

Esto es de trascendencia en los servicios de urgencias, donde acuden con frecuencia pacientes en situación de final de vida o de agonía. Dependiendo del profesional que los asista el destino y manejo del enfermo será diferente y más o menos adecuado.

La paciente cuyo caso abordamos, a su llegada a urgencias fue atendida por un facultativo sensibilizado en el tema y ya se comenzó a valorar los pros y contras de reinstaurar la nutrición artificial y plantear a la enferma las opciones, se escuchó sus preferencias, miedos y síntomas y se le dejó un tiempo para decidir. También le aumentó la analgesia para controlar el dolor.

En planta se hubiera podido mejorar la atención, quizá evitándole la hidratación, la cual se pautó por miedo a adelantar la muerte y por el dilema creado en el equipo médico.

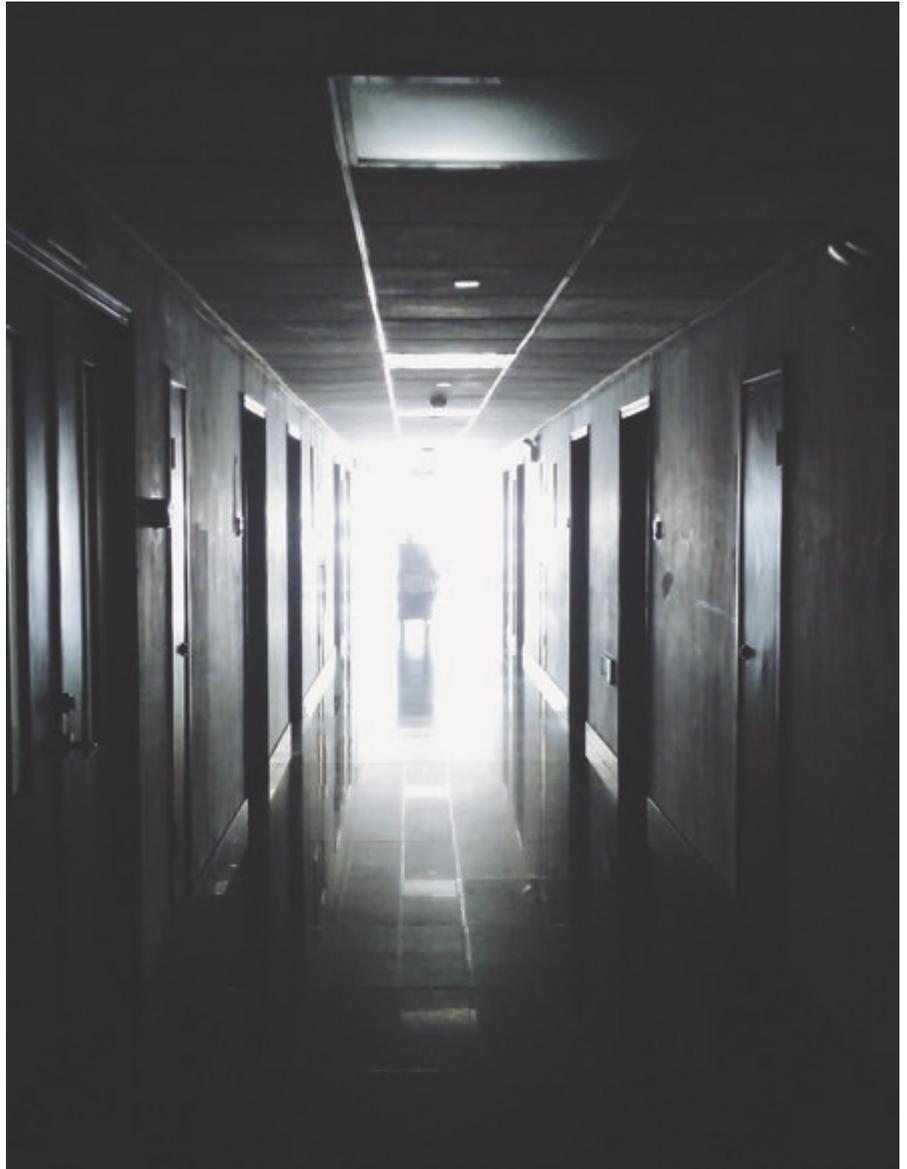
La formación de todos los profesionales en cuidados paliativos es necesaria para cumplir con los cuatro principios de la bioética: Beneficencia (hacer el bien al paciente), no maleficencia (no hacer más daño), justicia (todos los pacientes tienen que recibir una asistencia médica al final adecuada) y el de autonomía (permitir ejercer el derecho a decidir sin paternalismo).

#### Recomendaciones finales

- A la hora de poner en marcha la nutrición artificial debe tenerse

en cuenta el pronóstico, los riesgos y beneficios, así como la voluntad del paciente. El profesional indica y el paciente elige.

- El paciente competente y adecuadamente informado tiene derecho a rechazar tratamientos, lo cual incluye tanto la no instauración como su retirada, aunque ello suponga un acortamiento de la vida.
- No todos los tratamientos que prolongan la vida son siempre beneficiosos.
- En la medicina actual, no todo lo que puede hacerse debe hacerse.
- Es necesaria la formación de profesionales en cuidados paliativos y en bioética para comprender su filosofía, sus principios, superar los miedos y mejorar el afrontamiento de la muerte, con el objetivo de incrementar la calidad asistencial en los procesos de fin de vida.
- No hay que olvidar el enfoque multidisciplinario de la atención y la consulta al Comité de Ética Asistencial, para compartir los dilemas y las decisiones difíciles.



## Bibliografía

1. Druml C, Ballmer PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr.* 2016;35(3):545-56.
2. Gillick MR. The ethics of artificial nutrition and hydration - a practical guide. *Practical Bioethics.* 2006;2(2-3):5-7.
3. Carney JG. Seeking a moral compass - decisions to withhold or withdraw tube feedings. *Practical Bioethics.* 2006;2(2-3):15-16.
4. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelmy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr.* 2017;36(1):11-48.
5. Pinho C, Coelho P. Alimentación al final de la vida: un dilema ético. *Bioética & Debat.* 2014;20(72):17-20.
6. Bátiz J, Loncán P. Problemas éticos al final de la vida. *Gac médica Bilbao.* 2006;103(2):41-5.
7. Sedación paliativa, alimentación e hidratación al final de la vida. Organización Médica Colegial de España. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos [Internet]. 2016. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np\\_sedacion\\_paliativa\\_e\\_hidratacion\\_final\\_vida\\_15\\_10\\_16.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np_sedacion_paliativa_e_hidratacion_final_vida_15_10_16.pdf)
8. Barbero J, Prados C, González A. Hacia un modelo de toma de decisiones compartida para el final de la vida. *Psicooncología (Pozuelo de Alarcón)* [Internet]. 2011;8(1):143-168. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_psic.2011.v8.n1.11](http://dx.doi.org/10.5209/rev_psic.2011.v8.n1.11)
9. Schmidt-RioValle J, Montoya-Juarez R, Campos-Calderon CP, Garcia-Caro MP, Prados-Peña D, Cruz-Quintana F. Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. *Med Paliativa.* 2012;19(3):113-20.
10. Vaquero Cruzado JA, Centeno Cortés C. Panorama actual de la enseñanza de medicina paliativa en la universidad española. *Med Paliativa.* 2014;21(1):3-8.