

FUNDACIÓN BIOÉTICA  
UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA

**NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN EN SITUACIONES CRÍTICAS.  
ESTUDIO DESCRIPTIVO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

Autor: Mercedes Garcés Ceresuela.  
Director: M<sup>a</sup> Victoria Roqué

MÁSTER DE BIOÉTICA  
2006-2008

## ÍNDICE

Introducción.....	5
<b>I. ASPECTOS ÉTICOS DE LA NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN SITUACIÓN CRÍTICA. COMPROMISO DE ENFERMERÍA.....</b>	<b>7</b>
1.1.- Planteamiento general de la nutrición e hidratación desde la perspectiva de Enfermería.....	7
1.2.- Técnica y cuidados de enfermería relacionados con la nutrición e hidratación.....	12
1.2.1.- Vías de acceso en nutrición enteral (NE).....	12
1.2.2.- Indicações de la sonda nasogástrica (SNG).....	13
1.2.3.-La nutrición parenteral (NPT).....	20
1.3.- Aspectos Bioéticos vinculados a las necesidades de la nutrición e hidratación.....	24
1.3.1.- Distinción entre cuidados y tratamiento.....	24
1.3.2.- Medios ordinarios y extraordinarios.....	25
1.3.3.- Medios proporcionados y desproporcionados.....	27
1.3.4.- Los principios de la bioética aplicados a la nutrición clínica desde la perspectiva principalista...	31
1.3.5.- Ética y relación asistencial.....	32
1.3.6.- Nutrición como exigencias de la condición humana	
1.3.7.- Aspectos éticos y legales de la nutrición artificial (NA).....	35
1.3.7.1.- Valoraciones éticas.....	36
1.3.7.2.- Valoraciones legales.....	41
1.3.7.3.- Calidad asistencial de enfermería.....	43
1.4.- Perspectiva del paciente y del núcleo familiar en relación a la nutrición e hidratación.	
Consideraciones y repercusiones bioéticas.....	47
1.4.1.- La decisión de instaurar una nutrición artificial: principios generales para la toma de decisiones en N.A. y/o fluidoterapia .....	47

1.4.2.- Criterios de carácter médico y fármaco terapéutico...	48
1.4.3.- La decisión del paciente.....	49
1.4.4.- El entorno familiar, social y económico.....	51
1.4.5.- Algunas situaciones críticas.....	53
1.4.5.1.-La nutrición parenteral (NPT) a largo plazo.	53
1.4.5.2.- La huelga de hambre.....	53
1.4.5.3.- El enfermo mental.....	54
1.4.5.4.- El enfermo oncológico .....	55
1.4.5.5.- El enfermo Terminal.....	56
1.4.5.6.- El estado vegetativo persistente (EVP).....	57

## II.-ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS..... 61

2.1.- Objetivos.....	61
2.2.- Población, material y Métodos.....	61
2.3.- Resultados .....	63
2.4.- Discusión y conclusiones.....	75

II. ANEXOS

III. BIBLIOGRAFÍA

## INTRODUCCIÓN

La medicina en general y la profesión enfermera en particular, debe tener muy presente la responsabilidad que supone el cuidado de la vida humana, el respeto de los valores culturales y del estilo de vida de la persona.

Para Virginia Henderson (1897-1968), representa un modelo de enfermería muy conocido, coherente con nuestros valores culturales, dando una imagen de unicidad de la persona, a la vez que conceptúa al ser humano como un todo. Reconoce que la persona posee el potencial de cambio, para ocuparse de sus propios cuidados, y establece catorce necesidades básicas.

La primera necesidad básica es respirar normal, la segunda necesidad básica es comer y beber adecuadamente.

Los enfermos que durante su estancia hospitalaria están mal nutridos presentan una tasa de mortalidad significativamente más alta y un alto riesgo de infección, un retraso en la curación de las heridas y otras complicaciones que hacen que se alarguen las estancias hospitalarias e incrementen los costes.

Una dieta equilibrada, además de promover la salud y bienestar, puede ser de gran utilidad en personas de convalecencia y en el tratamiento terapéutico de ciertas patologías a través de dietas específicas. La ingestión desproporcionada de alimentos, tanto por exceso como por defecto, dan lugar a situaciones de malnutrición, que pueden ser evaluadas y corregidas a través de la valoración del estado nutricional.

La nutrición equilibrada implica un aporte adecuado de nutrientes, energía y agua, específicos para cada persona, la deficiencia prolongada de un determinado nutriente conduce a su desaparición progresiva en los tejidos, posteriormente a alteraciones bioquímicas y finalmente a manifestaciones clínicas características de su defecto en la dieta. Por otra parte, ingestiones excesivas de uno o varios nutrientes pueden desarrollar situaciones de obesidad o toxicidad.

Una evaluación adecuada del estado nutricional permite detectar de forma precoz la presencia de desnutrición y facilita el establecimiento de un adecuado programa terapéutico.

La nutrición e hidratación se estiman cuidados básicos o mínimos para mantener la vida humana.

En la práctica clínica una persona siete días sin hidratación le sobreviene la muerte, quince días sin nutrición le ocasiona la muerte. La vida física del ser humano es un factor primordial de su existencia. Por eso se entiende como valor fundamental, recogido en cualquier declaración de derechos humanos y en particular, en el artículo 3º de la Declaración Universal Promulgada por la ONU en el año 1948.

En situaciones especiales cuando el soporte nutricional mediante alimentación artificial tiene que ser instaurado los bioeticistas no se ponen de acuerdo a la hora de considerar la nutrición artificial (NA) como cuidado básico o tratamiento y se generan conflictos éticos y legales por lo que he pretendido profundizar en cuanto a las necesidades y su repercusión en la asistencia sanitaria., en la toma de decisiones en cada enfermo. No hay consensos médicos ni normativas legales ni directrices éticas universales sobre los enfermos que precisan soporte nutricional artificial y ellos no pueden decidir al respecto.

Los profesionales sanitarios y la enfermera que trata más directa y constantemente con la persona del enfermo, digna, única e irrepetible, sólo puede ser adecuadamente curada y cuidada poniendo en juego todos los resortes de la persona, no sólo los recursos científicos, sino también los personales. Es precisamente en su calidad de persona, de realidad amorosa singular e irremplazable, donde nadie puede sustituirlos. .

# I.- ASPECTOS ÉTICOS DE LA NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN SITUACIÓN CRÍTICA. COMPROMISO DE ENFERMERÍA

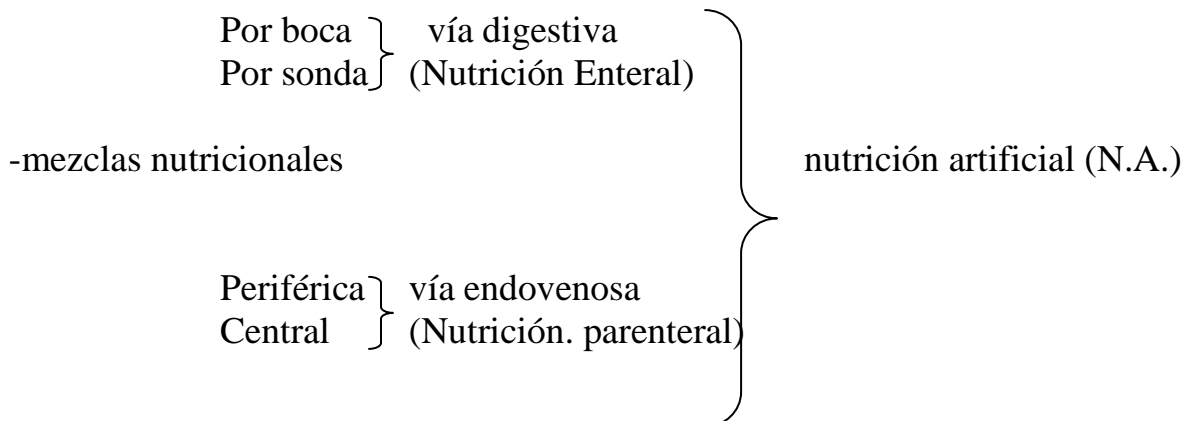
## 1.1.- Planteamiento general de la nutrición e hidratación desde la perspectiva de Enfermería.

Alfredo Martínez, de la universidad de Navarra, nos dice que una buena alimentación debe basarse en una adecuada distribución de la ingestión de nutrientes (proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas y agua) en alimentos variados, con garantías sanitarias, lo cual permite asegurar el funcionamiento de los órganos y sistemas e incide favorablemente en la salud y calidad de vida del individuo.

Por soporte nutricional se entiende cualquier modalidad terapéutica nutricional. Es la administración de nutrientes y de otras sustancias terapéuticas coadyuvantes necesarias, bien por vía oral o directamente en el estomago o intestino, y/o bien por vía intravenosa, con el propósito de mejorar el estado nutricional de un paciente (A.S.P.E.N.).

Por nutrición clínica entendemos:

- alimentación convencional
- dietas terapéuticas
- formulas nutricionales



La nutrición enteral (NE) es una técnica de soporte nutricional artificial por la que se aportan los nutrientes al aparato digestivo. “Enteral” significa dentro de las vías gastrointestinales (oral o por sonda). Requiere que el tracto gastro-intestinal se encuentre anatómica y funcionalmente útil. La nutrición enteral puede ser hospitalaria y domiciliaria y tiene la característica de la utilización de dietas formuladas especialmente para alimentación enteral. En la práctica corriente se conoce como suplementos líquidos que se obtienen en el comercio como “suplementos ingeribles o bucales” y por ello se utilizan indistintamente por boca o sonda.

- Nutrición enteral (NE ) PARCIAL como suplemento a una dieta oral insuficiente.
- Nutrición enteral (NE ) COMPLETA.
- Nutrición enteral (NE) MIXTA complementando la nutrición parenteral.

En todo paciente hospitalizado debe realizarse una valoración nutricional en el momento del ingreso y semanalmente, mediante la obtención de datos antropométricos, analíticos e inmunológicos. En todo aquel que esté sin alimentación durante siete a diez días, presentará signos de malnutrición o tiene riesgo elevado de padecerla; en estos casos estará indicado el soporte nutricional, y en la mayoría de los mismos se realizara mediante nutrición enteral, siempre y cuando el tracto gastrointestinal sea utilizable.

Las indicaciones de nutrición enteral (NE) serán en:

- pacientes que rechazan la alimentación vía oral (psiquiatría, anorexia...)
- situaciones de paciente que tienen necesidades nutricionales aumentadas (quemados...)
- pacientes con trastornos neurológicos que dificultan o imposibilitan la masticación y/o deglución (A.C.V., coma...)
- pacientes que es difícil el acceso al intestino o presentan patologías en el tracto gastrointestinal (cirugía maxilofacial, neoplasias...)
- ausencia de mal nutrición pero con ingesta inferior al 50% de los requerimientos alimenticios por un periodo superior a siete días.

En cuanto a las contraindicaciones de la nutrición enteral serán:

- presencia de obstrucción intestinal.
- íleo paralítico.
- fístulas entericas de alto debito.
- enteritis inflamatoria grave.
- malabsorción grave.
- hemorragia digestiva alta.
- perforación gastrointestinal.

Existen ventajas de la nutrición enteral frente a la nutrición parenteral, en general podemos exponer algunas de ellas a continuación.

Hay una serie de factores importantes que la nutrición enteral (NE) mantiene sobre la nutrición parenteral (N.P.) y que en el momento actual están ampliamente demostrados. La nutrición enteral es

- Más fisiológica que la nutrición parenteral.
- Más sencilla de manejo
- Mas fácil de preparar y administrar
- Tiene menor número de complicaciones
- Menor coste
- Se beneficia de los procesos digestivos, hormonales y bactericidas del estomago.

Preserva la integridad de la mucosa intestinal, ya que mantiene todas las funciones de la misma, como son la digestión, absorción y la defensa inmunológica de la pared intestinal. Así mismo conserva el patrón de motilidad intestinal.

Disminuye la incidencia de hemorragia digestiva alta (H.D.A.). Evitando la necesidad de administrar protectores gástricos al neutralizar con la alimentación la acción de los jugos gastro-intestinales.

No altera la función hepática de metabolización de lípidos, impidiendo de esta manera el desarrollo o degeneración del mismo en lo que se llama hígado graso.

Requiere menos medidas de asepsia, ya que mantiene la función de barrera intestinal, al mantener correctamente la función inmunológica del tubo digestivo, y no requerir la infusión de productos directamente del torrente

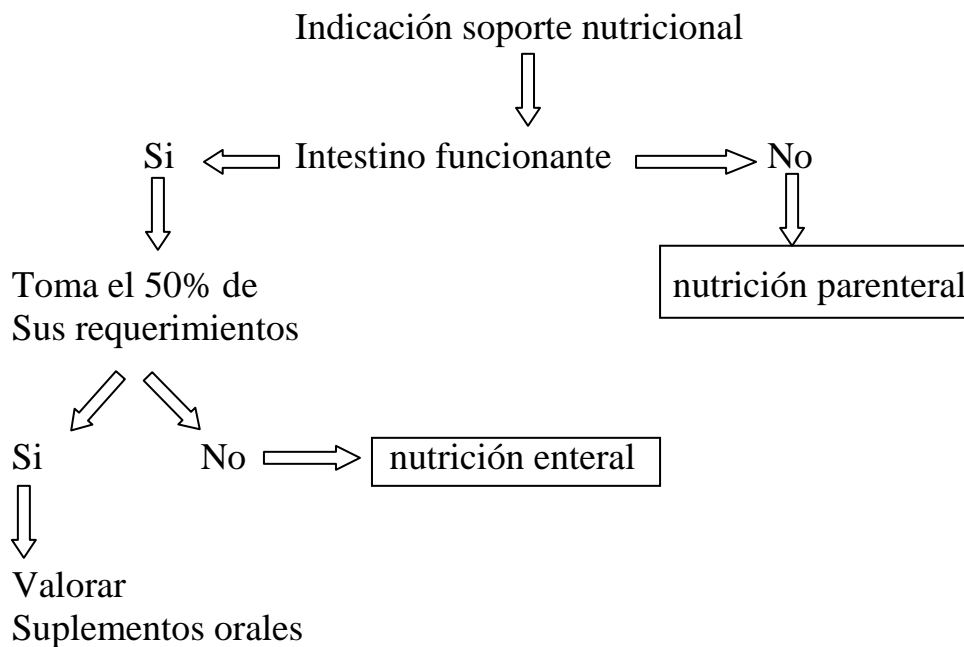


vascular. Tampoco requiere un aprendizaje sofisticado, pues tiene un manejo muy sencillo.

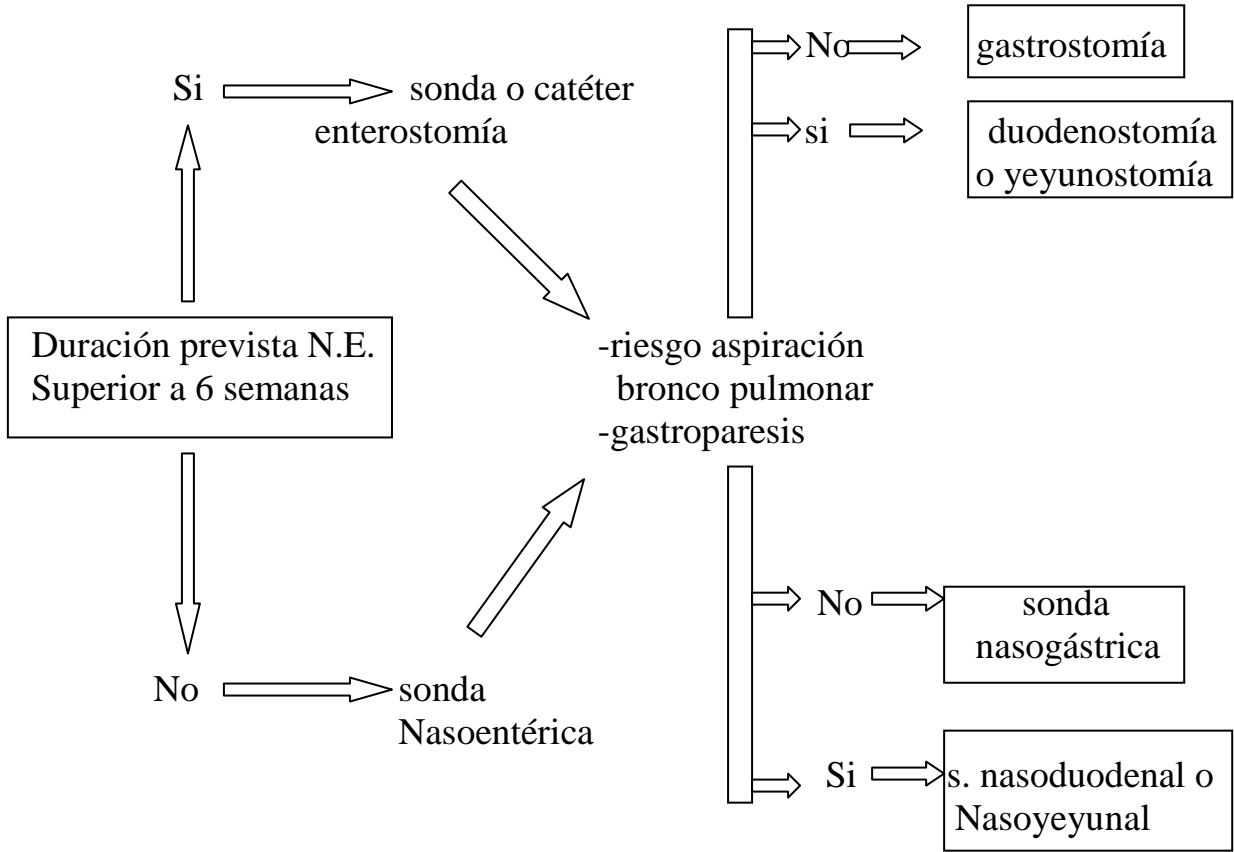
Además este tipo de alimentación aporta directamente entre el 50 y 80% de las necesidades nutritivas propias del intestino.

Todo lo anterior evita el déficit inmune de la barrera intestinal, impidiendo la tan temida translocación bacteriana, de consecuencias tan graves -peritonitis y sepsis-.

En el siguiente esquema se reproduce un diagrama de flujo que nos orienta acerca de la elección del tipo de soporte nutricional, una vez establecido la necesidad de la misma.



## Nutrición enteral



Fuente: MARTINEZ, Alfredo (2000): "Fundamentos teórico-prácticos de nutrición y dietética" ED McGraw-Hill/Interamericana de España

## **1.2.- Técnica y cuidados de enfermería relacionados con la nutrición e hidratación.**

### **1.2.1.- Vías de acceso en nutrición enteral (NE)**

Una vez que se ha decidido iniciar una nutrición enteral, el siguiente paso consiste en seleccionar la vía de acceso al tubo digestivo para instaurarla teniendo en cuenta:

- la situación clínica del paciente y su proceso digestivo.
- la duración prevista del soporte nutricional.
- Preferencias del paciente.

La elección se llevará a cabo entre los sistemas nasointeróicos o de enterostomías disponibles y se deberá establecer la localización del extremo distal de la sonda o catéter para alimentación que marcará los diferentes tipos de nutrición.

- Vía de acceso (nasointeróica / enterostomía )
- Situación punta sonda / catéter (estomago / intestino).

Puede recurrirse a la colocación de una sonda nasointeróica (técnica-no invasiva) o bien realizar una otomía, creada endoscópica o quirúrgicamente, (sondas de enterostomía) técnicas invasivas.

#### **A. no invasivas o sondas nasointeróicas:**

- nasogástrica (SNG).
- nasoduodenal (SND).
- nasoyeyunal (SNY).

#### **B. invasivas o sondas de enterostomía:**

- gastrostomía quirúrgica
- gastrostomía endoscópica percutánea (P.E.G.).
- yeyunostomía quirúrgica.

### **1.2.2. Indicaciones de la Sonda Nasogástrica (SNG)**

Las indicaciones generales para la nutrición enteral (NE) comprenden una malnutrición o la posibilidad de malnutrición después de una determinada enfermedad o cirugía con la presencia de un tracto gastrointestinal funcionando, que se pueda utilizar de forma segura y eficaz y la incapacidad de ingerir todos los nutrientes necesarios por vía oral.

Se considera como inaceptable una ingesta oral menor al 50 % de los requerimientos calóricos por un periodo superior a 7 días. Antes de establecer una nutrición enteral (NE) por sonda se debe realizar un ensayo adecuado de la posibilidad del paciente de ingesta oral. Así se procederá al cambio en la consistencia de los alimentos, la densidad de nutrientes o el horario de comidas, también se tendrá en cuenta las preferencias y tolerancias individuales del paciente con respecto a las comidas. Si después de realizar todas estas operaciones y no se consigue la ingesta adecuada, el paciente será candidato a sonda nasogástrica y nutrición enteral. Para su administración se utilizan sondas o catéteres de alimentación con lo que se suprimen las etapas bucal y esofágica de la digestión.

Existen unos factores a considerar:

La sonda nasogástrica (SNG) es el procedimiento de elección en la mayoría de los casos, es sin duda la técnica más sencilla y fisiológica con menor número de complicaciones y con menor coste, que permite administrar las dietas formuladas a corto plazo (no superior a 6 semanas) tanto intermitente como de forma continua, requiere un reflejo del vómito intacto y un estómago funcional y anatómicamente conservado.

Existen diferentes tipos de sondas con unas características específicas. Podemos señalar las sondas de alimentación y las sondas de aspiración.

#### **SONDAS DE ALIMENTACIÓN:**

Según la finalidad hay de distintos calibres y materiales. Para administrar una dieta por sonda deben utilizarse las sondas fabricadas especialmente para este uso.

La sonda nasogástrica para nutrición enteral se fabrica con material de poliuretano o silicona de calibre pequeño, son blandas, cómodas y se toleran bien. Presentan menos complicaciones y no son atacadas ni alteradas por la

acidez gástrica y pueden permanecer colocadas periodos de tiempo más largos que las de aspiración.

Son radiopacas. La numeración que expresa la luz de las sondas se denomina FRENCH, a más aumento del nº de FRENCH, mayor calibre tiene la sonda, pudiendo utilizarse desde 8, 10,12 FRENCH normalmente para la alimentación en niños 5 FRENCH. La longitud de las sondas oscila de 75 a 90 cms. Las de SNG y las postpilóricas de 108 a 150 cms.

La Sonda de alimentación tienen agujeros laterales en el extremo más distal, que contribuyen al maximizar el flujo y minimizar el riesgo de reflujo o de obstrucción.

Otras características habituales incluyen un extremo distal lastrado, un fiador rígido para facilitar su colocación y un acceso en “y” en el extremo proximal para la administración de agua y de medicaciones.

#### SONDAS DE ASPIRACIÓN:

Las sondas de descompresión gástrica son de P.V.C., (cloruro de polivinilo o polietileno), semirrígidas y de un calibre más grande; conllevan un mayor riesgo de aspiración y son más irritantes por lo que presentan más complicaciones (como irritación nasal, epistaxis, rotura de varices esofágicas, lesiones traqueo -bronquiales o complicaciones pulmonares).

La sonda nasogástrica de aspiración (SNA) tienen tendencia a ponerse rígidas con el tiempo bajo la acción de los jugos digestivos, por ello es necesario reemplazarlas cada siete o diez días .Para descompresión gástrica 14, 16, 18 FRENCH. Las sondas rectales tienen un calibre mayor.

Las vías nasoduodenal o nasoyeyunal, se utilizan en sujetos con retrasos del vaciamiento gástrico, náuseas y vómitos o cualquier cuadro que agrave el peligro de broncoaspiración. También están indicadas cuando está previsto que la sonda permanezca durante un largo periodo de tiempo.

El profesional de enfermería tendrá desarrolladas sus habilidades técnicas y las utilizará en el momento oportuno, pero también sabrá centrar su atención en la relación, logrando así un estilo adaptado a las necesidades de cada momento y de cada paciente.

Los cuidados del paciente con sonda requieren:

Limpiar las fosas nasales (puede utilizarse un bastoncillo de algodón humedecido con agua templada) para evitar la formación de costras y ulceraciones debidas a la irritación que produce la sonda favoreciendo la integridad de las mucosas orales.

Cambiar el punto de fijación de la sonda, tantas veces como sea necesario para evitar decúbitos nasales. Utilizar esparadrapo suave que no irriten la piel, lavando antes la zona de fijación con alcohol o agua con jabón para retirar restos de grasa.

Que no quede tirante ni presione sobre el ala de la nariz, que no traccione las narinas.

No sujetar la sonda a las sábanas o la almohada si el paciente se mueve puede sacarse la sonda. Sujetar la sonda en el camisón de los pacientes dejándola lo suficientemente floja para que pueda moverse con facilidad

Movilizar la sonda cada veinticuatro horas para evitar la aparición de úlceras por decúbito y adherencias excepto en aquellos casos que el médico prescriba lo contrario. Retirándola suavemente, rotando sobre la misma para cambiar las zonas de contacto unos 4 centímetros. Y reintroduciéndolos nuevamente.

Mantener una buena higiene oral, cepillarse los dientes y lengua con un cepillo y pasta, antiséptico o elixir, ya que el hecho de no comer ni beber hace que las bacterias se acumulen en la cavidad oral y laringe con la posibilidad de riesgo de infección (masticar chicles, caramelos si no está contraindicado).

Lubricar los labios con vaselina o crema de cacao, para evitar sequedad y fisuras que se produce al respirar por boca. Realizar lavados manuales con suavidad, no succionar con fuerza con la jeringa ya que puede dañar, escoriar la mucosa gástrica

Mantener siempre cerca del paciente el material que puede necesitar, como tiras de fijación, guantes, jeringa de cono ancho etc.

Comprobar posición de la sonda antes de cada administración, tomando como referencia las medidas del segmento exterior desde su salida de la nariz hasta el extremo.

Limpia la sonda cada día, alrededor con una gasa con agua tibia y jabón, después acláramos y secala. Lavar la sonda para asegurar la permeabilidad, inyectando de treinta a cincuenta mililitros de agua en su luz para evitar su obstrucción con jeringa antes y después de cada toma y si es continua cada seis horas para evitar que se depositen residuos de formulas que puedan obturar la sonda y después de administrar la medicación y comprobación del residuo gástrico.

Al retirar la sonda se debe pinzar kocher o con el tapón para evitar que el liquido contenido en ella sea broncoaspirado (cuando llegue a la traquea).

Respecto a las sondas de enterostomías, la técnica consiste en la colocación de una sonda que comunica directamente el aparato digestivo con la piel del paciente (otomía) la colocación del tubo se puede hacer en quirófano o bien en una zona especializada bajo control radioscópico.

Los cuidados específicos son de la piel y de las mucosas. Limpiar alrededor del estoma con una gasa enrollada y sujeta con las pinzas. El movimiento de limpieza será en sentido giratorio y de dentro hacia fuera.

Si se ha producido una costra alrededor del tubo desde los bordes de la herida, proceder a retirarla con las pinzas hasta dejar la zona próxima al estoma limpia y sin material de acumulo. Inspeccionar detenidamente la situación del tubo: su sistema de anclaje a la piel, y cualquier cambio en la longitud del mismo, introducida por el estoma, así como la salida de líquido por los bordes del estoma. Comprobar la presencia de inflamación o induración en la zona próxima al estoma. Igualmente se constatará la presencia de dolor moderado o severo con estas manipulaciones. Ambos hallazgos pueden ser indicio de salida de líquido intestinal hacia el peritoneo o pared abdominal. Informar al medico. Secar cuidadosamente, aplicar una solución antiséptica y poner apósito alrededor del estoma.

En cuanto a la posición del paciente para administrar la nutrición enteral debe tenerse en cuenta sentar al paciente en una silla, si el paciente no esta semisentado al administrar la nutrición enteral (NE) puede aparecer reflujo y puede desembocar en neumonía espirativa

Si el paciente es encamado incorporarlo elevando el plano de la cama 30° -45°. Mantener la cabecera elevada una hora después de la administración. Si es de forma continua deberá estar el paciente siempre un poco incorporado.

El alimento debe estar colgado a una altura mínima de sesenta centímetros por encima de la cabeza del paciente. Comprobado de residuo gástrico antes de cada nueva toma. El volumen residual indica si existe retraso del vaciamiento gástrico.

Entre los métodos y ritmo de administración existen:

Tipo de infusión (continua / intermitente / bolus), dependiendo de las necesidades individuales de cada enfermo. Forma de administración (gravedad / bomba). Se utiliza un equipo específico.

El comienzo de las dietas se realiza a un volumen progresivo, aumentando según tolerancia, hasta la administración total (las primeras 12 horas el 50 %, las 12 horas siguientes el 75 % y las 12 horas próximas el 100 % del volumen total).

La velocidad o ritmo de administración se ajusta en incrementos para evitar cólicos, náuseas, diarreas o distensión.

Una práctica que no se recomienda son las dietas culinarias o artesanales, trituradas y tamizadas para su empleo en la nutrición enteral (NE) por sonda, ya que:

- Es difícil asignar su composición
- Tienen mayor viscosidad y osmolaridad y se deben utilizar sondas de gran calibre.
- Muchas manipulaciones con riesgo de contaminación.

Las complicaciones mecánicas suelen estar ocasionadas con la colocación de la sonda y mantenimiento de su posición, con el tipo de sonda y posición anatómica de la misma.

- VÓMITOS, cuando se emplea una técnica poco cuidadosa el roce de la sonda con las paredes de la faringe puede estimular el reflejo nauseoso.

- Posición incorrecta del paciente, tiene que estar incorporado de 30° a 45° y mantenerse una hora después. En infusión continua elevar permanentemente la cabecera.

- Excesivo contenido gástrico (comprobar residuo gástrico)

-Velocidad excesiva de nutriente (interrumpir la nutrición enteral (NE), notificar al medico)

-LESIONES NASALES, ESÓFAGO O ESTOMAGO, tanto al colocar las sondas como por decúbito



Etiología: Sondas de grueso calibre  
Sondas de aspiración en vez de NE  
Insertar a la fuerza (epistaxis)  
Lubricación inadecuada.  
Presión prolongada en la pared esófago  
Sujeción firme (erosión nasal) necrosis ala de la nariz.

Prevenir: utilizar sondas de NE finas, flexibles, y blandas de poliuretano (es difícil esta complicación)

Introducir suave  
Lubricar adecuadamente  
Asegurarse de la permeabilidad  
Movilizar la sonda cada día

Otitis media. Por irritación nasofaríngea y obstrucción de la trompa de Eustaquio, de ocurrir la sonda se cambiara de fosa nasal y se administrará tratamiento médico.

#### OBSTRUCCIÓN DE SONDA:

Etiología: Por lavado escaso de la sonda tras ingesta de alimento o medicación, se puede precipitar, secarse o solidificarse, en la luz o en los agujeros de salida de la sonda.

Prevenir: lavado adecuado y si está obstruida, agua templada, evitando que se tape o colonice con bacterias.

#### EXTRACCIÓN DE LA SONDA:

Etiología: Por causa accidental o voluntaria en pacientes agitados o desorientados.

Prevenir: Fijar bien la sonda a la nariz. Utilizar sondas lastradas.

#### GASTROINTESTINALES:

Relacionadas con la técnica de administración.

DIARREA, es la complicación más frecuente que surge en la NE. Las deposiciones de un paciente alimentado por sonda, son más bien pastosas. Para considerarse diarrea cuando se administra NE, las deposiciones han de ser más de tres veces al día y de consistencia líquida.

Causas Técnicas:

- Velocidad de administración de la fórmula demasiado rápida. Puede sobrepasar la capacidad absorbente del nutriente y da lugar a diarreas.

- Actuación: reducir el volumen de ingesta o velocidad de infusión e ir aumentando progresivamente una vez se estabilice el paciente. Si persiste



como referencia de su correcta colocación, comprobando diariamente y antes de cada toma.

-vaciamiento gástrico inadecuado, comprobar periódicamente el residuo gástrico y suspender la administración de la dieta siempre que dicho residuo sea superior a 150cm<sup>3</sup>

.....  
-sonda de administración demasiado anchas, cambiar por otras más pequeñas, disminuye el riesgo de aspiración ya que el esfínter esofágico esta menos comprometido (disminuye el riesgo de presentar reflujo).

INFECCION DEL ESTOMA:(Sondas de enterostomías)

La causa principal es la falta de higiene (usar guantes). Hay que tomar un cultivo, insistir en las medidas higiénicas y usar un antiséptico local mientras dure la infección (evitar pomadas).

.....

### **1.2.3.- La nutrición parenteral (NPT)**

La nutrición parenteral (NPT) consiste en la administración de todos los nutrientes necesarios por vía intravenosa para permitir la supervivencia y facilitar la reparación y el crecimiento tisular, en aquellos pacientes en los que la vía digestiva no puede o no debe ser utilizada durante periodos superiores a cinco-siete días.

¿Cuándo esta indicada la nutrición parenteral (NPT)?

La N.P.T nos permite aportar todos los nutrientes requeridos en cualquier situación clínica. Sin embargo es una técnica no exenta de complicaciones, que supone una elevada carga asistencial y un coste económico elevado. Por ello debemos ser estrictos en sus indicaciones y valorar en todo momento los beneficios, riesgos y costes derivados. Hay que tener presente que siempre que sea posible, por existir un tracto digestivo funcionando, debe utilizarse la nutrición enteral, fundamentalmente por los beneficios que hoy se conoce se derivan del aporte de nutrientes en la luz intestinal. La NPT está indicada en todos aquellos pacientes que son incapaces de ingerir por vía oral los nutrientes necesarios para cubrir parcial o totalmente sus necesidades nutricionales, ante la incapacidad o dificultad de utilización del tubo digestivo, bien por cirugía, en el postoperatorio inmediato o ante la necesidad de mantener en reposo de tubo digestivo, por un periodo de tiempo superiores a cinco-siete días.

1. Incapacidad de utilizar el tubo digestivo (resección intestinal y síndrome de intestino corto...)
2. Necesidad de reposo del tubo digestivo (obstrucción intestinal...)
3. Necesidades nutricionales aumentadas (politraumatismos y traumatismo craneoencefálico...)

Sin embargo existen contraindicaciones de la nutrición parenteral (NPT) para su administración.

La NPT no debe ser empleada en las siguientes situaciones clínicas:

Pacientes que dispongan de un tracto gastrointestinal en correcto funcionamiento capaz de absorber adecuadamente los nutrientes.

Cuando se prevea que la necesidad de NPT sea inferior a cinco días

Cuando el propio paciente o sus familiares rechazan los tratamientos médicos o quirúrgicos propuestos

Pacientes en los que el pronóstico no va a ser mejorado por un soporte nutricional agresivo.

Otros de los inconvenientes de la nutrición parenteral que podemos destacar los siguientes:

Interrupción de las funciones intestinales: conlleva a largo plazo una atrofia de las vellosidades intestinal debido a la disminución de la actividad enzimática de los enterocitos, situación que no se produce con la utilización de la nutrición enteral. Se producen modificaciones en la flora bacteriana intestinal por la ausencia de nutrientes en el intestino. Se altera la permeabilidad de la barrera intestinal, induciendo la translocación bacteriana (paso de bacterias desde la luz intestinal a otros sectores del organismo lo que presumiblemente facilita la frecuencia de septicemia).

Alteración inmunológica: por diversas causas disminuyen los niveles de inmunoglobulinas IgA, alterando el estado inmunológico.

Encarecimiento económico: los costes directos son muy elevados, tanto por el valor de la NP, como por su preparación y administración.

Respecto a las vías de acceso y administración de la NPT

La elección entre una vía central o periférica dependerá:

- de la duración prevista
- del grado de desnutrición
- de los accesos venosos disponibles
- que sea o no complemento de una dieta enteral-oral insuficiente o

limitada  
-de la osmoralidad de los fluidos que se quiera profundir

Vía de administración:

-centrales; en la vía de acceso central los catéteres se insertan en venas próximas a la cava superior, mediante accesos centrales desde las venas femoral, yugular interna y subclavia o acceso periférico desde las venas basílica, basílica mediana y cefálica. Se debe utilizar siempre que la osmolaridad de la mezcla sea superior a los 700-900 mOsmol.

-periféricas; son aquellas que utilizan las extremidades, siendo el acceso más asequible y fácil de conseguir. El límite de osmolaridad para estas vías es de 600-900mOsmol. Se utilizan para la NP periférica (periodos de tiempo corto de 3-5 días).

Pueden presentar complicaciones

La composición de los catéteres venosos influye directamente en ellas. A lo largo de los años los materiales han evolucionado mucho, los mas utilizados actualmente son el poliuretano y la silicona ya que entre sus características están: la gran viscosidad, la baja hidrofobia y la baja tensión superficial, lo que les hace reunir las diferentes características: disminución del efecto trombogénico, ser químicamente inertes e inatacables por los líquidos orgánicos, no producir sustancias tóxicas o nocivas para el organismo y ser flexibles y adaptables al trayecto venoso.

Hay tres clases de complicaciones:

-complicaciones de tipo mecánico: derivadas de la cateterización venosa. En el caso de las vías periféricas la complicación más frecuente es la flebitis, debido a la irritación que produce el material de catéter sobre la pared vascular. En los catéteres venosos centrales puede producirse neumotórax inmediato al momento de la inserción, embolia gaseosa por entrada de aire con dolor torácico, cianosis, disminución de la presión arterial y aumento de la frecuencia del pulso y de la respiración, desplazamiento y migración del catéter y otros síntomas como, sensibilidad en el cuello, hombro y brazo del lado de la cateterización.

-complicaciones del catéter:

- mecánicas al insertar el catéter
- malposición del catéter
- neumotórax
- lesión arterial (hemotórax...)

- lesión del plexo branquial
- lesión del conducto torácico
- embolismos
- complicaciones mecánicas tardías
- obstrucción del catéter
- trombosis venosa y flebitis
- desconexión accidental
- complicaciones sépticas

-complicaciones de tipo infeccioso: la más importante es la sepsis por catéter, suele proceder habitualmente de la contaminación del punto de inserción, de la inadecuada manipulación de los sistemas y conexiones y en muy raras ocasiones, puede ser provocada por la mezcla de la bolsa de NPT.

-complicaciones metabólicas: es básico en la prevención de este tipo de complicaciones monitorizar y evaluar constantemente al paciente, ya que cualquier complicación puede ser achacable tanto al exceso, como al déficit (carencia) de nutrientes.

La técnica de administración antes del inicio de la infusión debe controlarse mediante RX la posición del catéter en una vía central.

-comprobar con la etiqueta que la bolsa corresponde al paciente, administrar a temperatura ambiente.

-la infusión se hará a ritmo constante, generalmente durante las 24h del día. Para ello es necesario el uso de bomba de infusión o de sistemas reguladores en su defecto.

-el inicio de la infusión será gradual y se irá aumentando progresivamente según tolerancia.

-las ordenes a enfermería (ritmo de infusión, controlables, analítica, etc.) deberán quedar claramente anotadas y si existe un protocolo establecido (condición ideal) hay que asegurarse de su cumplimiento.

-la vía venosa conviene que sea exclusivamente para infundir la NPT se sella con povidona yodada.

-si tenemos que interrumpir la infusión por una emergencia, se infundirá Glucosa al 10%.

-la bolsa debe cambiarse todos los días a la misma hora, anotándose la cantidad que ha sido infundida.

La retirada de la N.P.T. puede estar motivada por diversas causas:

- fallecimiento del paciente o situación Terminal
- estado crítico que recomiende su suspensión
- complicaciones graves mal toleradas
- mejoría del estado del paciente con tolerancia digestiva. Idealmente el paso de la N.P.T. a la oral debería realizarse de forma paulatina iniciando previamente la nutrición enteral. (N.E). si fuera necesario.

En todo caso la retirada de la NPT. Nunca debe realizarse bruscamente por el peligro de hipoglucemia de rebote y podemos seguir una pauta de reducción progresiva en 48h. En caso de retirada obligada de su forma brusca se infundirá Glucosa al 10% al mismo ritmo de infusión.

### **1.3.- Aspectos bioéticos vinculados a las necesidades de la nutrición e hidratación.**

#### **1.3.1. Distinción entre cuidado y tratamiento.**

Inicialmente debe establecerse la diferencia entre lo que es un cuidado básico y un tratamiento médico.

Los cuidados básicos son aquellos que deben ser proporcionados a cualquier ser humano independientemente de su estado de salud: aseo, abrigo, hidratación, nutrición, cuidados de la piel, evacuación de orina y heces, etc. Existe unanimidad entre los diversos autores acerca de la necesidad de instaurar estos cuidados a todo enfermo.

Los tratamientos médicos, por el contrario, deben ser aplicados en la medida en que producen un beneficio al paciente, sopesando adecuadamente los riesgos e inconvenientes que pudieran ocasionar. Es precisamente en este campo donde se suscita principalmente el problema de la futilidad, es decir un tratamiento completamente ineficaz.

Toda persona con independencia de su salud o condición, tiene derecho a recibir unos cuidados básicos, por el hecho de ser persona, si no se quiere menospreciar su dignidad. Los tratamientos médicos, cuando excepcionalmente han de ser aplicados por técnicas diferentes pueden perder su carácter de obligatoriedad y convertirse en cuidados extraordinarios o desproporcionados, esta situación ha recibido la expresión de exceso terapéutico o encarnizamiento terapéutico.

### 1.3.2. Medios ordinarios y extraordinarios.

El primero que abordó el problema de la proporcionalidad de los actos médicos fue el Papa Pío XII en un discurso dirigido a los anestesiólogos franceses en 1957, titulado “La prolongación de la vida”. Este discurso respondía a las preguntas que los anestesiólogos franceses dirigieron a la Santa Sede en relación a las nuevas técnicas de estimulación cardiopulmonar, principalmente acerca de la obligatoriedad de la aplicación de estos procedimientos.

Para resolver esta cuestión, Pío XII clasificó los tratamientos médicos en ordinarios y extraordinarios. Tratamientos o medios ordinarios son aquellos que ofrecen una esperanza razonable de producir algún beneficio sin imponer cargas inaceptables, mientras que tratamientos o medios extraordinarios, son aquellos que conllevan cargas inaceptables sobre el paciente u otras personas. Solamente son moralmente obligatorios los tratamientos ordinarios. No existe obligación moral de instaurar tratamientos extraordinarios.

P.Taboada <sup>1</sup> para responder la pregunta por los límites del deber de preservar la vida, al proponer la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios realiza una breve revisión.

Los moralistas de la tradición se basaron fundamentalmente en los conceptos previamente expuestos por Santo Tomás de Aquino (1225-1274) en su análisis del suicidio y la mutilación (Cuestiones 64 y 65 de la secundae\_ Cf. SANTO TOMAS DE AQUINO, *summa theologiae*, II-II, q. 64, a.5; q.65, a. 1.)

El análisis del doctor Angélico muestra que no sólo existe una obligación moral “negativa” de no privarse voluntariamente de la vida propia (mediante el suicidio), sino que existe también una obligación “positiva” de usar los medios necesarios para conservar la vida (física). Esta idea dará origen a la reflexión teológica sobre los deberes “positivos” relacionados con el cuidado y la preservación de la salud y vida (propia y ajena).

Siguiendo a Santo Tomás, la tradición ha distinguido entre los preceptos “afirmativos” (*bonum est faciendum*) y los preceptos “negativos” (*malum*

---

<sup>1</sup> Profesor adjunto, Directora Centro de Bioética Pontificia Universidad de Chile. en la conferencia dictada “MEDIOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS DE CONSERVACIÓN DE LA VIDA: LA ENSEÑANZA DE LA TRADICIÓN MORAL” de la XIV Asamblea General, Pontificia Academia para la vida en Roma febrero 2008,



vitandi) de la ley natural, proponiendo que las prescripciones “negativas” obligan siempre y bajo cualquier circunstancia (*semper et pro semper*), mientras que los preceptos “afirmativos” obligan siempre, pero no en todas las circunstancias (*semper sed non pro semper*). La razón es que los preceptos afirmativos (*bonum est faciendum*) nos instan a cumplir todo el bien posible en una determinada situación, pero ese bien podría verse limitado si existen causas proporcionalmente graves que así lo justifiquen. Por el contrario, los preceptos “negativos” (*malum vitandi*) no admiten límites en su cumplimiento. La prohibición de realizar el mal moral vale siempre y obliga en toda circunstancia, pues nada podría excusarnos de la obligación de abstenernos de cometer un mal moral. Esta distinción básica entre preceptos negativos y afirmativos se aplica también al bien de la vida humana y al deber moral de conservarla.

De acuerdo con las enseñanzas de la tradición, la distinción entre medios “ordinarios” y “extraordinarios” no se refiere primariamente al tipo de medio en general, sino más bien al carácter moral de la utilización de ese medio para una persona en particular. Se trata de una distinción centrada en la persona del enfermo y en su obligación moral de cuidar su salud y su vida. Por tanto, los elementos que se deben tomar en cuenta para determinar el grado de obligatoriedad moral de un determinado medio de conservación de la vida más que describir los aspectos técnicos del medio en cuestión tienden a caracterizar la situación particular por la que atraviesa el enfermo.

Cabe preguntarse, entonces, si para definir el carácter “extraordinario” (no obligatorio) de un medio de conservación de la vida en un caso concreto bastaría con identificar algún elemento que cause una imposibilidad física o moral para esa persona en particular (norma relativa) o si habría que referirse, más bien, a aquellas circunstancias que causen imposibilidad a todos los seres humanos en general (norma absoluta). De acuerdo con la tradición, bastaría con adoptar la “norma relativa” a la hora de definir el carácter “ordinario” o “extraordinario” de un medio de conservación de la vida. Sin embargo, es necesario hacer algunas precisiones. En caso de existir una imposibilidad física no resulta difícil concluir que la persona puede ser excusada del deber de conservar su vida, según el clásico aforismo “nadie está obligado a lo imposible” (*nemo ad impossibilia tenetur*). Sin embargo, cuando se trata de una imposibilidad moral se debe tener en cuenta la distinción entre preceptos negativos y afirmativos. Dado que los primeros obligan siempre y en toda circunstancia (*semper et pro semper*), no cabría justificar una acción que viole directamente un precepto negativo, ni siquiera aduciendo una pretendida imposibilidad moral para obrar de otra manera. Pero cuando nos referimos a los deberes positivos relacionados con el cuidado y la conservación de la vida, la existencia de una imposibilidad moral podría eximir de su cumplimiento.

Es, por tanto, en el ámbito de los deberes positivos relacionados con la conservación de la vida donde sería suficiente con adoptar la “norma relativa” para definir el carácter “ordinario” (moralmente obligatorio) o “extraordinario” (no obligatorio) de un medio. Es decir, lo que es “ordinario” o “extraordinario” para un paciente en una determinada condición clínica, podría no serlo para otro paciente en una situación similar o incluso para el mismo paciente en otras circunstancias.

### **1.3.3. Medios proporcionados y desproporcionados**

La clasificación de los procedimientos médicos en ordinarios y extraordinarios fue retomada en 1980 por la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe. En su declaración sobre la eutanasia de mayo de 1980, estos términos fueron sustituidos por los de proporcionados y desproporcionados. Esta sustitución terminológica se justifica por la diversidad de medios disponibles en diferentes países y zonas geográficas, que posibilitan que lo que en algunos lugares puede ser de calificado como extraordinario ( un trasplante cardiaco en un país del tercer mundo ), puede ser calificado como ordinario en otras situaciones ( el mismo procedimiento, en Occidente). Este problema se resuelve con la utilización de los términos proporcionado y desproporcionado, pues de esta forma el juicio se concreta en un paciente y unas circunstancias determinadas.

Mauricio Calipari <sup>2</sup> se propone recoger los resultados de la reflexión moral y de la doctrina del Magisterio, con alguna reflexión personal y encontrar solución a algunas dificultades aparecidas.

••Para poder evaluar “la corrección ética en el empleo de los medios de conservación de la vida” siempre habrá que tener en cuenta la dignidad que cada ser humano posee por naturaleza y teniendo como fundamento último en el acto de amor, libre y personal de Dios, que crea a cada ser humano a su imagen y semejanza.

Lo importante es “RECONOCER Y RESPETAR la dignidad de la persona necesitada de cuidados y/o de sostén vital” para del mejor modo promover su bien integral. “Sólo volviendo la atención a la persona del paciente en su verdad objetiva e integral se podrá encontrar la respuesta moralmente más adecuada a sus necesidades reales”.

---

<sup>2</sup> De la Academia Pontificia por la Vida del Vaticano ,en “CURARSE Y HACERSE CURAR” capitulo V para una conclusión: el principio de lo éticamente adecuado en el uso de los medios de conservación de la vida.

••Es importante realizar alguna observación de las terminologías diversas existentes:

**CUALIDAD:** ordinario/extraordinario, proporcionado/desproporcionado

**OBJETO:** medios de conservación de la vida, medios de soporte vital, medios terapéuticos, terapias, cuidados, intervenciones médicas, remedios y otros similares.

Y generalmente las expresiones son una combinación entre una cualidad y un objeto a evaluar.

Hace su elección acerca de la identificación del OBJETO utilizando la expresión: “medios de conservación de la vida” que abarca cualquier medio útil para mantener la vida de una persona o mejorar la calidad de vida que le resta, ya sean medios terapéuticos, diagnóstico, cuidados normales, medios naturales, medios artificiales.

Y ahora empieza a afrontar la “cualidad éticamente relevante que caracteriza el uso de los medios de conservación de la vida”.

••Esta “evaluación ética” se realiza en tres fases: evaluación de la proporcionalidad (objetiva), evaluación de la ordinariedad (subjetiva) y la fase de síntesis que deberá producir un juicio ético concluyente.

### FASE 1: EVALUACIÓN DE LA PROPORCIONALIDAD

La proporcionalidad o desproporcionalidad de un medio de conservación de la vida indicará lo adecuado o inadecuado desde un punto de vista “técnico-médico”.

Todo médico tiene que seguir algunos criterios fundamentales: eficacia para la patología a diagnosticar o curar, adaptados a las particulares condiciones físico-patológicas del paciente, los de menos riesgos y los más exentos (en la medida de lo posible) de efectos colaterales molestos o perjudiciales.

A lo que hay que añadir la disponibilidad concreta de hallar el medio y de usarlo con la técnica adecuada.

Y también hay que valorar la cuantificación de los recursos sanitarios, “es necesario racionalizar lo mejor posible su uso, para evitar derroches perjudiciales o injusticias”. Ya que a igualdad de eficacia, riesgos,... uno está moralmente obligado a orientarse al uso del medio que implique menos costos sociales.

Concluyendo “cuando el recurso a una intervención médica dada es el único modo de salvar una vida humana, si ésta muestra que se verifican todos los criterios de proporcionalidad indicados antes, su empleo resultará siempre “proporcionado” independientemente de sus costos.

## FASE 2: EVALUACIÓN DE LA ORDINARIEDAD

Aquí se tienen en cuenta los aspectos subjetivos de la intervención médica. Y hablaremos de la ordinariiedad o extraordinariiedad del uso de un medio de conservación de la vida.

Los factores que hacen que un medio sea considerado extraordinario son: esfuerzo excesivo para hallar y/o usar el medio; experimentar un dolor físico enorme o insoportable que no pueda ser aliviado; costos económicos, vinculados con el uso del medio, que sean muy gravosos para el paciente o sus parientes, experimentar un tremendo miedo o una fuerte repugnancia en relación con el empleo del medio.

A estos que son subjetivos del paciente se unen una probabilidad razonablemente alta de que ocurran graves riesgos para la vida o la salud del paciente, un bajo índice de la “eficacia global” en relación con los beneficios razonablemente esperados por el paciente, y por último, la persistencia, tras el uso del medio, que impidan al paciente el cumplimiento de sus deberes morales más graves e impostergables.

## FASE 3: FASE DE SÍNTESIS

Cruzando estas variables descriptivas, se deduce la siguiente clasificación teórica de los medios de conservación de la vida:

- Medios proporcionados y ordinarios;
- Medios proporcionados y extraordinarios;
- Medios desproporcionados y ordinarios;
- Medios desproporcionados y extraordinarios.

••Es necesario abordar el problema del deber moral del empleo de cualquier medio de conservación de la vida que puede ser caracterizado en base a la OBLIGATORIEDAD, FACULTIATIVIDAD E ILICITUD. Esto apela al interior de la persona para responder del modo adecuado, y afecta al paciente, médico, familiares, etc., cada uno con la responsabilidad propia que le corresponde.

¿Qué correspondencia puede hacerse entre las cuatro categorías descriptivas y estos tres tipos morales?:

— Medios proporcionados y ordinarios: jamás se pueden considerar ilícitos. Y el recurso de tal medio debe considerarse obligatorio.

— Medios proporcionados y extraordinarios: recurrir a él puede ser facultativo para el paciente, pero pueden darse circunstancias particulares en que pueda ser obligatorio para el paciente.

— Medios desproporcionados y ordinarios y medios desproporcionados y extraordinarios. En principio todo medio desproporcionado desde el punto de vista médico es un acto moral ilícito, cuya gravedad asume distintos grados. “Se puede prever una sola excepción a esta norma”: es el uso de un medio desproporcionado —objetivamente benéfico, pero de modo insuficiente— “represente, en una situación clínica dada, la única manera que el paciente tiene a su disposición para poder cumplir un deber moral gravísimo (de caridad o justicia) impostergable.”

••Acaba hablando del deber ético por parte del médico. Hay que considerar la premisa que “el médico que acepta libremente tomar a cargo un paciente con el fin de ayudarlo con su profesionalismo a mantener su vida y cuidar su salud” instaura lo que se define como ALIANZA TERAPÉUTICA y tiene el deber de cumplir ante todo las mismas obligaciones morales del paciente, en orden a la conservación de la vida y al cuidado de su salud.

Esto significa el deber de asegurar que el paciente goce de los medios proporcionados y ordinarios, en una situación clínica dada. Que dentro de los límites de lo posible pueda gozar de los medios proporcionados y extraordinarios que el paciente optase por recurrir (de modo lícito y razonable) y por último de no recurrir al uso de medios de conservación de la vida desproporcionados, ni siquiera ante la demanda explícita del paciente.

“El médico tiene el derecho/deber de conservar una plena autonomía de conciencia”, así como de “respetar plenamente la conciencia moral de la persona confiada a sus cuidados”.

Y si se produce un desacuerdo de conciencia sustancial e insalvable entre paciente y médico, puede ser razón válida para interrumpir la alianza médica instaurada previamente entre ellos.

### **1.3.4. Los principios de la bioética aplicados a la nutrición clínica desde la perspectiva principalista.**

El principio de Justicia, se aborda desde el área de la administración de recursos escasos y aunque parezca exagerado pensar los alimentos como recurso escaso, la crisis presupuestaria por la que atraviesan nuestros hospitales, obliga a que se revise y evalúe la eficiencia y eficacia de todos los servicios que conforman el Departamento de Nutrición. Por ejemplo, el Servicio de Nutrición Normal y Dietas Terapéuticas, donde se preparan todas las dietas de los pacientes hospitalizados, debería estudiar cuánto del presupuesto se pierde en residuos por bandeja de alimentos que no fueron consumidos por distintos motivos, porque estaban fríos, mal presentados o por anorexia del paciente así mismo trabajan conjuntamente otros servicios con productos especializados importados y de alto costo, como el Servicio de Soporte Nutricional Parenteral y Enteral, donde muchas veces las tomas nocturnas de nutrición enteral quedan refrigeradas sin ser suministradas al paciente, o en otros casos se adquieren productos con indicación muy especializada en mayor cantidad de la requerida y se vencen sin haber sido consumidos. En el Servicio de Fórmulas Lácteas se preparan gran cantidad de biberones con sucedáneos de Leche Materna, en vez de fomentar y propiciar la práctica de la Lactancia Materna y crear un Banco de Leche Humana. La iniciativa del UNICEF de “Hospitales amigos de los niños y de la Madre” ha ayudado a mejorar la relación costo/beneficio significativamente.

El principio de no maleficencia puede ser vulnerado cuando se incurre en mala praxis, ya sea por incompetencia, impericia, negligencia o iatrogenia. Una situación realmente alarmante es la de la alta tasa de desnutrición intrahospitalaria, es decir, de pacientes que se desnutren dentro del hospital, además de la patología de base con que ingresan, adquieren otra dentro del hospital, repercutiendo negativamente en el pronóstico y recuperación de su estado de salud general.

¿Qué está pasando? Ni siquiera el mínimo moral de No Maleficencia se está cumpliendo. Ante esta indiferencia parecieran intervenir al menos dos factores:

- 1) la vocación profesional, en especial la de los nutricionistas, que no está claramente definida. Según Claudio schuftan (1983), nos hace falta más nutricionistas radicales, con conciencia social más alta y sobre todo orientadas hacia la acción y a ser protagonistas, en cambio, los nutricionistas liberales discuten mucho y hacen poco. Es también como propone James Drane (1991) nos hacen falta más profesionales con expresiones de una ética de la virtud y del carácter, que además de practicar una buena técnica, sean técnicos buenos.

2) Sentido de pertenencia y referencia en nuestro quehacer profesional, vinculado a la visión del centro de salud como comunidad.

El tercer principio, el de la Beneficencia se refiere a una atención adecuada y de alta calidad, en donde la educación en nutrición que se imparta al paciente y familiares tiene gran significación, especialmente en aquellos enfermos con enfermedades crónicas como diabetes y obesidad; en aquellos con trastornos alimentarios como anorexia y bulimia, y sobretodo en aquellos con enfermedades carenciales producto de deprivaciones alimentarias y sociales.

Por último el principio de Autonomía se hace presente al hablar de los derechos del enfermo , a través de su consentimiento informado al acceder o no a algún régimen dietético, al respetar sus hábitos y costumbres alimentarias vinculadas o no a creencias religiosas, como en los casos de vegetarianos estrictos y judíos.

### **1.3.5. Ética y relación asistencial**

La extraordinaria carga de “humanidad” de las profesiones sanitarias es el motivo de la necesaria reflexión bioética acerca de la naturaleza de nuestros actos, de su conformidad con la verdad y con el bien. En suma, garantizar que nuestra actividad sea plenamente conforme y respetuosa con el ser humano debe ser el ideal de cualquier profesional sanitario. Así mismo, cada uno de los miembros de las profesiones sanitarias ( médicos, farmacéuticos, enfermeras etc.) debe respetar las decisiones del otro, no modificarlas sin previo consenso, a fin de evitar potenciales daños a los pacientes; por otra parte, se debe mantener, la confidencialidad de nuestras acciones sobre el paciente como exigencia fundamental de carácter ético y deontológico.

El respeto a la dignidad personal que es el núcleo fundamental para la resolución adecuada de los problemas. Según T. Melendo<sup>3</sup>, respetar algo consiste de manera estricta y fundamental, en dejarlo ser, optando por su realidad plena, autárquica, consistente (...) abrirse sumisamente a la

---

<sup>3</sup> Dignidad: ¿una palabra vacía? Melendo Tomás en Millán Puelles L .Ed. EUNSA, 1996.

perfección del otro, sin sucumbir a la tentación de rehacerlo a nuestra propia medida.

Desde la perspectiva personalista el ser humano posee en si mismo una excelencia que lo hace merecedor del máximo respeto y cuidado. . Esta excelencia o dignidad es connatural a su propio ser y no puede ser supeditada a ninguna otra consideración. Esta dignidad es independiente del grado de salud, de la edad, del sexo, raza, estado de maduración, de la utilidad o de cualquier otra consideración que pueda realizarse acerca del ser humano. No puede ser violada por ninguna razón de tipo cientifista, social o económica. La dignidad de la persona deber ser el último punto de referencia para contrastar si nuestra toma de decisiones es adecuada, y de ella se derivan estos principios:

+ El principio de defensa de la vida. La vida se constituye en el bien primordial sobre el que descansan todos los demás bienes del ser humano. De ello se desprende que el derecho a la vida es el derecho más fundamental que posibilita la existencia de los demás derechos del hombre.

+ El principio de libertad y responsabilidad. La relación clínica es una relación entre personas. Todos los implicados en esta relación (enfermo y equipo sanitario) son seres libres y responsables de sus actos. Esta libertad debe ser respetada por todos los que toman parte en la relación clínica.

+ El principio de totalidad o principio terapéutico. El acto medico farmacéutico o de enfermería debe buscar ante todo el bien integral de la persona Este principio deriva directamente del imperativo de respeto de la vida y pone de relieve que el objetivo de la medicina. Es el bien; parte de considerar que la corporeidad humana es un todo unitario y orgánico. La parte existe para el todo, es decir el bien de la parte está subordinado al bien del conjunto; por ello, se puede sacrificar un órgano para salvar una vida.

La intervención médica, aun cuando implique una amputación, está justificada por la finalidad terapéutica perseguida. El acto médico es éticamente aceptable cuando se cumplen ciertas condiciones:

-que el mal no sea directamente querido, sino un efecto secundario del acto principal, que es en sí mismo bueno; esto implica que nunca está



permitido causar directamente un mal para obtener un bien, porque el fin no justifica los medios.

-que haya razones proporcionadas para actuar de esa manera, es decir, que el efecto positivo sea proporcionalmente superior, o al menos equivalente, al efecto negativo. El enfermo debe ser tratado con el objetivo de lograr su mejor interés.

En el soporte nutricional ,un conflicto ético puede producirse , por las posiciones de la familia y de los médicos enfrentadas al valorar el manejo de la nutrición; por un lado la familia, de raíz cultural mediterránea que considere la retirada de la nutrición artificial ,como una medida de falta de asistencia, cariño , confort, en definitiva de la falta de cuidado ,.para ellos la nutrición artificial forma parte de los cuidados ordinarios, como la higiene diaria o los cambios posturales. Por otro lado los médicos que entiendan en esa situación que la nutrición artificial forme parte de las medidas terapéuticas fútiles que deben de ser abandonadas y podrían perjudicar al mismo.

Se confunde la acción física con la acción ética. Dependen de las circunstancias y de la intención. Así la retirada de la nutrición puede ser una acción eutanásica ó mantenerla encarnizamiento terapéutico.

No se puede mantener la vida a toda costa, pues no es un bien absoluto...

+ El principio de sociabilidad y subsidiariedad. La sociabilidad es una característica fundamental y constitutiva del ser humano. En la sociedad actual, de mercado carácter individualista, se ha olvidado este carácter social del hombre, que por otra parte, constituye la razón de ser del Estado. La solidaridad que no une a todos los hombres es mucho más que un bonito lema, socialmente apreciado pero escasamente practicado. La sociedad, mediante la intervención subsidiaria del estado, debe buscar el bien común, que no es otro sino el bien de todas y cada una de las personas en particular.

### **1.3.6. Nutrición como exigencias de la condición humana**

Uno de los cuidados básicos para el mantenimiento de la vida del enfermo grave es la hidratación y la nutrición. El soporte nutritivo presenta un amplio abanico de situaciones clínicas por lo que la elección de la nutrición artificial (enteral o parenteral) en determinados enfermos y/o situaciones, debe de ir precedida de una reflexión ética, que abarque aspectos objetivos tanto médicos, farmacéuticos como de enfermería. Es necesario analizar las características del enfermo y las circunstancias sociales, familiares y económicas antes de aconsejar o desaconsejar la instauración de tal procedimiento nutritivo-terapéutico.

Habría que afirmar que la vida corporal no es una realidad extrínseca a la persona, sino que es una realidad intrínseca, constitutiva y primordial. Puede decirse propiamente que el hombre no "tiene" vida, sino que "es" un ser vivo. Por tanto, el respeto a la vida de cada ser humano, su cuidado y promoción constituye el imperativo ético primordial tanto para uno mismo como para los demás.

El deber de cuidar la propia vida está por encima del derecho a ejercer la propia libertad, ya que la vida es condición "sine qua non" del ejercicio de la libertad...Esta reflexión será importante en los casos de cuidados médicos a individuos en huelga de hambre, donde el deber de cuidar la vida física en casos extremos, en que pelagra la propia supervivencia, es de rango superior al deber de respetar la libertad del huelguita.(declaración del Tribunal Constitucional en 1990).lo mismo se aplica al deber de procurarse la curación por parte de los enfermos, colaborando responsablemente en este proceso mediante una participación activa No olvidemos que el principal responsable de la salud es el propio enfermo.

Entre los bioeticistas unos consideran la nutrición artificial (NA) como cuidado básico, otros como tratamiento. La comisión Presidencial, constituida en los Estados Unidos para el estudio de los problemas éticos de la medicina, concluyó en su estudio que la provisión artificial de hidratación y nutrición constituyen tratamientos médicos; y que como tales, su instauración debe ser sopesada atendiendo a diversos factores, entre los que destacan la decisión del paciente o de sus allegados.

Es doctrina comúnmente aceptada que los cuidados básicos deben proporcionarse sin excepción a todo ser humano, independientemente de cualquier otra consideración. Habitualmente los cuidados básicos no precisan de conocimientos especializados, de material costoso ni de personal

cualificado. Sin embargo cuando se habla de tratamiento, su indicación e instauración debe ser suficientemente reflexionada y contrastada por el médico. Habitualmente su instauración se produce tras la obtención de un diagnóstico, el estudio de las alternativas terapéuticas y el consenso entre médico, enfermo y demás miembros del equipo de salud. Pueden darse casos en que no exista obligación moral por ninguna de las partes de acceder a la instauración de un determinado tratamiento. Estos, por lo general y a diferencia de los cuidados básicos, precisan de personal cualificado y de medios técnicos sofisticados.

Si se considera la nutrición artificial como cuidado básico, debería ser aplicada siempre que no sea posible nutrir al enfermo por otros medios. Si se considerara como tratamiento, sólo debería ser aplicada cuando estuviera indicada y después de sopesar las ventajas y los inconvenientes de su instauración en el paciente.

### **1.3.7. Aspectos éticos y legales de la nutrición artificial (NA)**

Según Briarcliffmenor<sup>4</sup>, del Hastings Center, un soporte vital es toda intervención médica técnica, procedimiento o medicación que se administra a un paciente para retrasar el momento de la muerte, se encuentre o no dirigido hacia la enfermedad de base o hacia la causa del proceso biológico.

Si se acepta que el soporte nutricional es un soporte vital, su indicación, limitación y retirada quedaran sujetas a una serie de valoraciones profesionales, éticas y legales que dependerán de las condiciones de la enfermedad de base y las preferencias del paciente y entorno familiar.

Antes de entrar en valoraciones éticas y jurídicas cabe preguntarse si la nutrición artificial (NA) es efectiva y si aporta beneficios al paciente, si consigue la curación o por lo menos alcanza los objetivos para los que ha sido instaurada en cada enfermo. La efectividad de la NA dependerá, en cada caso de la morbilidad previa del paciente y de las causas por las que no se puede deglutir o su tracto gastrointestinal no puede absorber los alimentos.

---

<sup>4</sup> Esta definición fue asumida por la Sociedad y Unidades de Medicina Intensiva de Criterios y Unidades Coronarias (SEMICYUC) en su conferencia de consenso sobre el estado vegetativo persistente en el año 2003.

La nutrición artificial (NA) es altamente beneficiosa y con escasos riesgos cuando su indicación es correcta, como en el caso de pacientes con incapacidad temporal para deglutir o para usar el tracto digestivo debido a una enfermedad reversible. También será beneficiosa para enfermos con enfermedades crónicas, que presentan un proceso agudo pero reversible. Para los pacientes con discapacidades irreversibles o insuficiencias crónicas muy avanzadas, que acepten estas limitaciones y pueden manifestar sus preferencias, la NA es eficaz fisiológica y cualitativamente. En los casos en que no hay certeza en el diagnóstico y las probabilidades de recuperación son dudosas, la NA puede iniciarse hasta conocer el diagnóstico y establecer las posibilidades de recuperación. Una vez sabidos el diagnóstico y el pronóstico puede plantearse, al igual que se hace con cualquier otro soporte vital, si el soporte nutricional sigue siendo beneficioso o es fútil.

En ciertas situaciones, la nutrición artificial (NA) no debe iniciarse, bien porque esta está contraindicada o porque sus riesgos sobrepasan las posibles ganancias. Esto ocurre en situaciones de inestabilidad hemodinámica, fallos multiorgánicos o enfermos terminales.

Finalmente hay pacientes en los que la NA solamente los mantiene con vida, a veces durante años y en este sentido, aunque la NA puede ser eficaz fisiológicamente, desde el punto de vista médico puede ser considerada como cualitativamente fútil.

En estas situaciones se encuentran los pacientes oncológicos con repetidos fracasos a los tratamientos de quimioterapia, pacientes con estado vegetativo permanente (EVP). Son momentos donde es muy difícil tomar la decisión de su continuación o supresión, y se ha abierto muchos debates éticos y no pocas intervenciones judiciales.

### **1.3.7.1. Valoraciones éticas**

La alimentación, además de su utilidad fisiológica para cubrir el metabolismo y permitir el desarrollo, tiene en nuestra cultura un elevado valor simbólico, ya que impregna nuestras relaciones familiares, sociales e incluso espirituales. Así las reuniones familiares de trabajo y diversas derivaciones suelen estar relacionadas con la comida. En las creencias religiosas, las normas respecto a los alimentos ocupan un espacio importante. Los alimentos forman parte de algunos rituales, y algunas religiones tienen normas que prohíben determinados alimentos o líquidos y valoran los beneficios del ayuno y de la abstinencia. Dar de comer y de beber es una acción humana

significativa de respeto a la vida y de cuidado a nuestros semejantes, antropológicamente universal.

Este valor simbólico, al igual que cualquier otro símbolo conecta directamente con las emociones de las personas. Esto justifica que en las discusiones éticas sobre las decisiones de limitar o incluso retirar un soporte vital, y aun de forma más importante en el caso del soporte nutricional, nos encontremos ante argumentaciones basadas en éticas emotivas frente a otras de carácter más racionalista.

La primera valoración ética, es establecer si la nutrición artificial (NA) se considera un tratamiento o un cuidado básico, ya que según la consideración que se de al soporte nutricional, su inicio, la limitación o la retirada, en el caso de que ya se haya instaurado, se basaran en principios éticos diferentes.

La administración a un paciente de nutrientes en forma de dietas enterales o parenterales con el objetivo de mantener o restaurar su estado nutricional, y que para ello tenemos que manipular mediante sondas el tubo digestivo, o de forma invasiva insertar catéteres en las vías venosas centrales y, a su vez, decidir la cantidad y composición de las dietas que se van a administrar, controlar mediante analíticas la eficacia de la nutrición, será difícil no admitir que, desde el punto de vista técnico estamos hablando de un procedimiento clasificable como un tratamiento, y al suplir la función de un órgano se convierte también en un soporte vital.

Pero aun aceptando que la nutrición artificial (NA) es un soporte vital, hay que tener en cuenta que hay diferencias objetivas entre alimentación artificial administrada como nutrición parenteral o nutrición enteral. Estas diferencias vienen marcadas por la vía de administración, por las formulaciones empleadas y especialmente por las complicaciones que presentan una mayor morbilidad y mortalidad con la nutrición parenteral que con la enteral.

La nutrición parenteral (NPT) es aceptada, de forma muy extendida, como tratamiento y esta sujeta a la valoración de beneficios y riesgos, y aunque los beneficios son bien conocidos, los riesgos, aun en las indicaciones correctas, son también considerables. La aceptación mayoritaria de que la NA es un tratamiento hace más fácil encontrar argumentos para limitar su empleo, bien para no iniciarla, o bien una vez indicada, según la evolución del proceso retirarla.

Por el contrario la nutrición administrada por vía enteral no es considerada como un tratamiento de forma tan mayoritaria como la parenteral, sino más bien como un cuidado básico para la mayoría de la población.

Entre los profesionales también hay diferencias de valoración, cuando se trata de retirar la NA una vez se ha iniciado, incluso entre los que la consideran un tratamiento. Las posiciones éticas e incluso legales respecto a la retirada del soporte nutricional varían enormemente entre Estados Unidos, Australia, Japón o Europa y dentro de esta última entre los países anglosajones y mediterráneos.

Algunos autores creen que la alimentación enteral y la hidratación no son equiparables a otros tratamientos médicos, por su profundo valor social y moral (da de comer al hambriento y de beber al sediento) y, su punto de vista, la alimentación artificial siempre debería ser instaurada y su retirada no sería nunca éticamente lícita.

Los profesionales de las UCI asumen que la limitación del esfuerzo terapéutico es la decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos, con el objetivo de no caer en la obstinación terapéutica.

En las conclusiones del III foro de debate de la Sociedad Española de nutrición Parenteral y Enteral (*Año 2005*), sobre los aspectos éticos en la NA del enfermo hospitalizado, ambulatorio o atendido en su domicilio, se considera que la NA es una medida terapéutica y que tiene efectos sobre los pacientes, su familia y el colectivo sanitario, y que refleja valores de nuestra sociedad. Se recomienda a los profesionales solicitar el consentimiento informado antes del inicio de la NA, ya que el soporte nutricional conlleva técnicas agresivas. Sin embargo, también se reconoce y se acepta que el soporte nutricional puede ser entendido como un cuidado con la obligación de administrarlo a todos los pacientes o como un tratamiento lo que obliga a valorar indicaciones y contraindicaciones. Se reconoce a su vez que existe una sensibilidad mayoritaria en la población a entender que la alimentación enteral, al contrario que la alimentación parenteral, representa un cuidado básico por ser una medida más próxima a la alimentación natural.

La segunda valoración ética, independientemente de la consideración técnica que se tenga de la NA, será conocer como el enfermo con capacidad de decisión acepta el inicio o la suspensión de la NA. Cuando se ofrezca la nutrición parenteral o enteral habrá que informar al enfermo sobre los beneficios que se le ofrecen y las complicaciones que se pueden derivar. El

paciente podrá rechazarlo o aceptarlo mediante la firma del consentimiento informado.

En alguna ocasión el enfermo puede solicitar la suspensión de la NA, porque considere que las molestias y limitaciones derivadas de ella superan a los beneficios, puede ocurrir en pacientes con alimentación domiciliaria. Por el contrario el paciente ingresado que evoluciona hacia el fallo multiorgánico en el que se planteara necesidad de suspender los tratamientos fútiles, entre los que se encuentra la NA. En estas situaciones lo habitual es que el paciente ya haya perdido la capacidad de decisión y que por ello deba considerarse la opinión de la familia.

En el caso que el paciente conserve su autonomía y considere la NA como un cuidado, ésta deberá iniciarse y mantenerse, asegurándose de que se ha explicado previamente con claridad y que el enfermo ha comprendido lo que se puede y lo que no se puede esperar de ella. Los profesionales sanitarios solo podrán limitar este tratamiento en los pocos casos de que haya claras evidencias de que la NA es inútil, como sucede en las situaciones de inestabilidad hemodinámica o de clara intolerancia digestiva.

La tercera valoración ética será establecer como se llevara a cabo la toma de decisiones en los enfermos inconscientes o que no tiene autonomía para decidir, esta es la condición que se da con más frecuencia en los enfermos ingresados en la UCI. En estas situaciones se debe recurrir a la familia o al tutor del enfermo, ya que estas son las personas que mejor representan los deseos del enfermo, a no ser que existan voluntades anticipadas o instrucciones previas.

En caso de existir por escrito, estas instrucciones previas que hagan referencia a la nutrición artificial ( NA) se deberán respetar los deseos expresados por el paciente, ya que éstas representan la manifestación adelantada de su voluntad, para ser cumplidas en situaciones en que la persona no sea capaz de expresarlo por ella misma. En el documento de instrucciones previas, el paciente puede haber designado un representante, en cuyo caso sería el interlocutor legal.

Si no existe este documento, que es lo más frecuente, la valoración ética recae en conocer los deseos del paciente por la familia. En estos casos los profesionales sanitarios deben actuar buscando el mayor bien para el enfermo.

En todos los casos en que se proponga una limitación o la retirada de un soporte vital, debe conseguirse el consenso con la familia, muy especialmente en el caso del soporte nutricional, y hacerlo constar en la historia clínica de

forma razonada. Este consenso entre familia y profesionales es especialmente necesario, ya que no hay consenso médico ni normativas legales, ni directrices éticas universales que puedan aplicarse de forma general.

### **1.3.7.2. Valoraciones legales**

Debido a que no hay consensos médicos ni sociales, ni existen directrices éticas universales sobre la naturaleza de la NA, se deduce la dificultad de definirla como un tratamiento o como un cuidado básico, y por ello se entiende que no existan normativas jurídicas claras sobre la naturaleza de la NA. En los países donde la autonomía del paciente es muy valorada por los jueces, como en la cultura anglosajona, hay sentencias contradictorias entre las diferentes instalaciones jurídicas. Basta recordar el primer caso juzgado de Cruzan o el más reciente de Terry Schiavo, cuya resolución a favor de la retirada de la NA sería muy improbable en los países europeos mediterráneos de cultura y tradición judeocristiana, donde la nutrición es considerada por la población como un cuidado, más que como un tratamiento, y por tanto su retirada o no inicio difícilmente sería solicitado o aceptado por la familia.

En general la ley, a efectos legales, suele contemplar la retirada o el no inicio de los tratamientos como una misma cosa. Exige que los médicos actúen en el mejor interés de los enfermos. Legalmente también se reconoce que las decisiones que se toman de una forma multidisciplinar, incluyendo a los equipos de nutrición y siguiendo con los protocolos y consensos de las actuaciones, además de proveer de mejores resultados y de causar un menor número de complicaciones, evitan conflictos y tienen más valor en caso de problemas legales que si las decisiones se toman de forma individual o por profesionales inexpertos. Ante las situaciones de dudas razonables y confrontación de valores siempre se puede acudir a las recomendaciones del comité de ética asistencial del hospital.

La ley suele diferenciar entre alimentación oral y nutrición enteral. La alimentación oral con o sin suplementos se considera como un cuidado básico más que un tratamiento, y por lo tanto está sujeta a las leyes de cuidado y de derechos humanos. Por su parte, la nutrición enteral suele ser considerada como un tratamiento, a excepción de en pediatría y en los neonatos, ya que requieren un juicio profesional y una intervención sobre el organismo, al tener que colocar vías o sondas. La nutrición parenteral, mayoritariamente, tiene la consideración de tratamiento.



Las decisiones sobre el empleo de la nutrición artificial ( NA) como soporte vital están sujetas a las leyes de la práctica médica, debido a que la NA no está exenta de riesgo ni de intervenciones agresivas sobre el aparato digestivo o de canalización de vías venosas, y debe por lo tanto someterse al consentimiento informado. Hoy día se reconoce, legalmente, que un enfermo puede rehusar a ser alimentado por vía oral o de forma artificial, y un paciente incompetente puede hacer lo mismo mediante instrucciones previas.

En las guías de la nutrición editadas por la ESPEN ( European Society of Parenteral and Enteral Nutrition), que recogen la opinión de nueve autores (cuatro alemanes, dos ingleses, un suizo, un francés y un americano) respecto a la valoración legal y ética se considera que la retirada de la NA es igual al no inicio de ésta, siempre que la decisión sea tomada en el mayor bien del enfermo o se demuestre que los riesgos superan a los beneficios, y se preserve además la autonomía del paciente, consultándole o , en caso de inconsciencia, a la familia o tutor, y que éstos den su aprobación para no iniciar o retirar ésta.

Hay dos situaciones clínicas, como el estado vegetativo permanente y las demencias degenerativas en estadios muy avanzados, que suelen comportar conflictos de decisión entre los profesionales y los familiares o tutores legales y que por ello con frecuencia suelen acabar en los tribunales. Los pacientes con demencia degenerativa en estado terminal que ingresan por un estado agudo, sin conocerse los antecedentes previos, el consenso con la familia suele alcanzarse fácilmente, en especial si la situación se complica o si se demuestra la futilidad de los esfuerzos, y en general también se limitan otros soportes vitales. Por el contrario, los enfermos en estado vegetativos a consecuencia de traumatismos craneales o de accidentes cerebrovasculares, o por anoxia secundaria a la reanimación cardiopulmonar, suelen ingresar en periodo agudo. Ante la posibilidad inicial de recuperación es obligado el inicio de la NA y debe esperarse un tiempo prudencial de tres meses, si la causa del estado vegetativo es por anoxia, y un año si es por un traumatismo craneal, por lo que legalmente no se puede negar el inicio del soporte nutricional y mucho menos retirarlo.

## CONCLUSIONES

La toma de decisiones, en cada enfermo, sólo se podrá hacer después de una valoración científica y ética que involucrará al médico, al paciente y frecuentemente también a los familiares o tutores.

No hay consensos médicos ni normativas legales, ni directrices éticas universales sobre lo que se debe hacer con los enfermos que precisan alimentación artificial y ellos no pueden decidir al respecto.

La alimentación enteral, con mayor motivo la alimentación parenteral, es un soporte vital que precisa manipulación sobre el organismo, que no está exento de riesgos y complicaciones. Por lo tanto, el inicio de la NA debe considerarse como un procedimiento agresivo que debe estar sujeto a consentimiento informado y que requiere la autorización del paciente, y su decisión debe respetarse, tanto si decide o no iniciar el tratamiento como si solicita su retirada.

En caso de falta de autonomía del paciente, si existen instrucciones previas en las que se contemple el rechazo de la alimentación artificial ante determinadas situaciones clínicas, la voluntad del enfermo deberá respetarse, aunque vaya en contra de la opinión de la familia o de los profesionales.

En el caso de enfermos inconscientes que no hayan dejado expresada sus voluntades anticipadas será preciso un diálogo entre los profesionales sanitarios y los familiares responsables del enfermo, para poder llegar a conocer lo que le gustaría a él. En este consenso deberá imperar la prudencia y el respeto a las decisiones que se tomen por el mayor bien del enfermo.

En general se acepta que entre los enfermos ingresados en las UCI puede haber casos en los que este indicado este tipo de alimentación, mientras que serán muy excepcionales las situaciones en las que esté justificada su retirada.

En toda actuación médica que implique la retirada de la alimentación artificial es muy importante dejar un registro en la historia clínica donde consten los argumentos en que se basa la decisión, así como los familiares que intervienen en la aceptación de ésta.

### **1.3.8. Calidad asistencial de enfermería**

El gran principio ético es hacer el bien. Llamamos ética a la elección de la conducta digna, al esfuerzo por obrar bien, a la ciencia y arte de conseguirlo. El saber no asegura la bondad de la acción, “hace bueno al hombre la voluntad, no la inteligencia, la voluntad y sus actos”<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Leonardo Polo en el III Curso para directivos y docentes, Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Navarra 1982. “la persona centro de atención de la actividad de enfermería”.

Lo que permite acercarse al bien es el desarrollo de las virtudes humanas, su sentido etimológico, el latín “virtus” quiere decir fuerza, entre ellas la prudencia, ayuda a descubrir la verdad, a encontrar el bien.

•Desde una dimensión física-orgánica:

1.-Etapa valoración y diagnóstico.

Con recogida de datos, análisis y síntesis de los mismos, se determina el grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada necesidad.

Causas de dificultad en tal satisfacción.

Interrelación de unas necesidades con otras.

Definición de problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2.-Etapa de planificación y ejecución.

Formulación de objetivos, elección del modo de intervención y determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo en su propio cuidado.

3.-Etapa de evaluación.

Criterios que indican niveles de independencia mantenidos y los alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados.

Desde una dimensión psíquica:

Ayudando a reducir la ansiedad con una correcta información que este en nuestra competencia, escucha empática y soporte emocional, aclarándole dudas o conceptos que pueda plantear. Muchas veces no somos conscientes llevados por la rutina.

Requiere disponibilidad, preocupación por el otro, acercamiento al dolor del otro. Ser próximo a la persona doliente, es el requisito indispensable para cuidarle adecuadamente y ayudarlo en estas situaciones:

Frente a situaciones desconocidas.

Miedo al ambiente hospitalario.

Temor a lo desconocido.

Proceso de su enfermedad.

Diagnóstico, procedimiento quirúrgico ¿me quedará inválido?

Dolor, anestesia.

A la destrucción de su imagen corporal o depender de un objeto mecánico.

Al aislamiento, rechazo, abandono.

Temor a la incompetencia sanitaria.

A la muerte.

Entorno social (familia trabajo y coste económico).

Este temor a lo desconocido produce ansiedad, a su vez tensión psíquica y fisiológica que ocasiona angustia.

### Dimensión Espiritual.

Derecho a morir con dignidad. Derecho a la asistencia religiosa.

Toda persona merecen un trato digno porque es un ser racional y libre que nunca debe ser utilizado como medio, sino siempre como quien tiene un fin en si mismo.

Muchos pacientes para afrontar la enfermedad o encarar la muerte con dignidad, encuentran las creencias religiosas una ayuda inestimable. Es frecuente que sus familiares busquen el apoyo de su credo religioso, dándole sentido a su vida y enfermedad.

Enfermería o el equipo asistencial, ante la desesperanza y frustración de la persona enferma, debe ser ayudarle a encontrar el significado y sentido de su dolor (que debe ser tratado) y su sufrimiento.

No podemos permitir que los enfermos se encierren en sí mismos y hagan incrementar su sentido de soledad y sufrimiento. Debemos estar preparados para escuchar y consolar y pedir ayuda a sacerdotes, pastores...cuando superen nuestros conocimientos o capacidad.

La enfermería es una profesión que desarrolla su trabajo con las personas. Según M. Leininger, la conducta y las prácticas cuidantes distinguen singularmente a la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas, considera el cuidado como uno de los conceptos más poderosos y el fenómeno particular de la enfermería.

Últimamente se observa avances biológicos y tecnológicos desde la perspectiva de bioética que no siempre respetan al hombre.

La enfermera debe mantener íntegros aquellos valores que han hecho de su profesión una de las mas nobles tareas al servicio de la persona, mejorando los cuidaos humanos.

Habrá que valorar más que el número de cosas que hacemos, el “como” las hacemos.

Actitudes de estar en lo que se hace y hacer lo que debemos.

Delicadeza y respeto en el trato, ante la dignidad que supone asistir al paciente, cuidar las formas, gestos, tonos de voz, los detalles, del porte, la compostura, el atuendo y el aseo, es también parte de la deuda de respeto que tenemos contraídas unos con otros.

Emotivo, que le entienda además que le cure. Saber escuchar.

Con respeto que es confiar en la posibilidad de la capacidad de mejorar. Respeto no hacer algo que pueda perjudicar a la persona o no hacer algo que le impida beneficiar a la persona. Ser beneficiante y no maleficente.

Respeto interpersonal, saludarse, dirigirse a los demás por el nombre, respeto a la intimidad de pensamiento, ecología sensorial: evitar ruidos, con carros, con zuecos, cambios de turno...

Respeto al enfermo, lenguaje adecuado, no utilizar palabras malsonantes o entrar en temas íntimos. Valorar la intimidad del paciente (corporal o con su entorno), el pudor, respeto a su dignidad personal. El lenguaje no verbal, el gesto, la mirada y el silencio, ocupan un lugar trascendental en el acto de cuidar. Evitar, enjuiciar, prejuizar o encasillar. Al enfermo no se juzga. Al enfermo se le cura.

En las relaciones interpersonales reconocer que la persona es dinámica y que cambia un poco todos los días. Ser leal y hacer llegar nuestra crítica al propio interesado, darle la oportunidad de rectificar antes de condenarle. Fomentar la cordialidad, lealtad y empatización.

Ser coherentes haciendo coincidir lo que pensamos, decimos y las decisiones que tomamos y que nutren las actitudes del que cuida y la confianza del que es cuidado y favorece la optima relación enfermera-enfermo.

Cuidar la autoestima no como contravalor, sino como beneficio propio, reconociéndose como es, descubriendo nuestras limitaciones y defectos y luchar día a día en busca en la excelencia al servicio de los demás.

Competencia profesional, esto le produce confianza al enfermo. No perder nunca el interés por aprender, estudiar supone esfuerzo diario, conocer los adelantos y saber asumirlos, la asistencia de enfermería perdería su contenido si solo se ajustara a repartir medicación tramitar burocracia, que muchas veces nos abrumba y que a veces crea un ambiente de cierto desasosiego..

En nuestra profesión es indudable que el trabajo va a favor de la vida, de la lealtad, de la buena información, de la auténtica veracidad y del respeto de la persona cualquiera que sean sus circunstancias.

Y por último con un trabajo bien hecho, por autoexigencia, orden intensidad, constancia, puntualidad, autodisciplina, esfuerzo, método, terminar lo empezado, afán de mejorar, procurando estar al día con el estudio oportuno, cuidando de los recursos que están a nuestra responsabilidad.

El profesor Marañón dice: “A medida que avanzamos en la vida, nos gana el convencimiento de que el hombre sufre mas por el alma que por el cuerpo y que hasta los males mas directamente corporales, las heridas, las llagas, se benefician tanto como del bisturí o de la morfina, de la caridad”<sup>6</sup>.

#### **1.4.- Perspectiva del paciente y del núcleo familiar en relación a la nutrición e hidratación. Consideraciones y repercusiones bioéticas.<sup>7</sup>**

##### **1.4.1. La decisión de instalar una nutrición artificial: *Principios generales para la toma de decisiones en N.A. y/o fluidoterapia IV.***

La cantidad, variedad y cualidad de parámetros que deber ser examinados para tomar una decisión adecuada con respecto a la instauración de la NA condiciona su complejidad por tratarse de parámetros y/o variables que proporcionan información clínica, bioquímica, antropométrica, social y bioética con diferente gradación. Aún así, es posible su gradación en criterios médicos, de decisión del enfermo, factores familiares, sociales y económicos, así como una adecuada identificación de los objetivos a alcanzar.

Principios generales para la toma de decisión en nutrición artificial y/o fluidoterapia IV

a.- Cada uno tiene el deber de cuidar su propia vida y salud y requerir de los demás, de modo especial, de los servicios de atención sanitaria
--

b.- No se está obligado a utilizar medios desproporcionados, es decir, aquellos
---

<sup>6</sup> MARAÑÓN, Gregorio(1976): “Vocación, ética y otros ensayos”. Ed. Espasa-Calpe. Madrid

<sup>7</sup> M Iceta ( **Presidente de la Sociedad Andaluza de Investigación Bioética** )

que proporcionan un beneficio exiguo a cambio de graves inconvenientes para uno mismo o para los demás, considerando también los costes excesivos.
c.- Debe respetarse siempre la justicia, evitando cualquier tipo de discriminación por motivo de edad, debilidad o dependencia. La vida humana posee siempre la misma dignidad, independientemente del estado de salud, madurez o cualquier otra circunstancia
d.- Ante la inminencia de la muerte es lícito tomar en conciencia la decisión de renunciar a terapias que proporcionan sólo una prolongación precaria y penosa de la vida sin que, no obstante, se interrumpan los cuidados básicos del enfermo, en semejantes casos
e.- En principio se debe optar por la NA y suspenderla solo cuando los inconvenientes exceden a los beneficios que puedan proporcionar al paciente
f.- Deben ser tenidas en cuenta las repercusiones que estas situaciones tienen sobre la familia y los allegados al paciente
g.- No olvidar que nutrir a un enfermo es expresión de la unión y solidaridad entre todos los miembros que componemos la especie humana. De modo particular, el acto de cuidar de los más enfermos y desprotegidos es signo de auténtica solidaridad

#### **1.4.2. Criterios de carácter médico y farmacoterapéutico.**

- La eficacia de cualquier procedimiento aplicado a un paciente concreto debe de poseer una evidencia científicamente demostrada. La aplicación de los métodos estadísticos a la experimentación científica sirve para conocer su grado de eficacia y la paliación de criterios económicos nos dan idea de su grado de eficiencia. Así lo afirma el Art. 21 de Ética y Deontología Médica

“Todos los pacientes tienen derecho a una atención médica de calidad científica y humana. El médico tiene la responsabilidad de prestarla cualquiera que sea la modalidad de su práctica profesional comprometiéndose a emplear los recursos de la ciencia médica de manera adecuada a su paciente, según el arte médico del momento y las posibilidades de su alcance”.

Las indicaciones del soporte nutricional deben ser periódicamente revisadas para conocer su grado de eficacia y eficiencia en las diferentes situaciones que debe ser aplicada.

-El pronóstico de la enfermedad es el segundo factor médico. El pronóstico se define como la predicción de la evolución y desenlace de una enfermedad utilizando la información clínica disponible acerca del paciente.

El pronóstico se basa en la naturaleza y patogenia de la enfermedad, en la respuesta que se espera del tratamiento, y en la experiencia obtenida previamente con otros pacientes en una situación similar. Debe ser considerado en una doble vertiente: *cualitativa*: predicción de la supervivencia cronológica del paciente y *cuantitativa*: descripción del modo más probable en que se va a desarrollar la vida del paciente.

Un pronóstico sombrío, como sucede con enfermos en situación terminal puede ser un motivo importante a tener en cuenta para rechazar la instauración de una nutrición artificial y en particular la parenteral.

-El beneficio debe considerarse en tercer lugar, que comporta la instauración del procedimiento. Esta valoración debe realizarse juntamente a su proporcionalidad con respecto a los inconvenientes y riesgos esperados. La mera producción de un beneficio no es razón suficiente para concluir que un procedimiento debe ser aplicado. Deben examinarse las complicaciones y efectos secundarios que se derivan de su instauración. En esta valoración el paciente juega un papel fundamental durante el obligado diálogo con el médico y demás miembros del equipo asistencial. En esta reflexión debe considerarse de modo particular si los efectos secundarios y secuelas derivados de su instauración son de carácter reversible o irreversible. No existe obligación de someterse a tratamientos que no sean considerados como “medios habituales que la medicina puede ofrecer”.

Los beneficios derivados de la nutrición artificial son evidentes y ampliamente documentados, además con gran significado humano en cuanto al cuidado y solidaridad hacia los más debilitados y necesitados. Sin embargo, la evidencia de los beneficios, no excluye ocasiones en que los inconvenientes derivados de su instauración genere dudas acerca de la adecuada *proporcionalidad beneficio/inconvenientes*: La complejidad del procedimiento, la producción de gran sufrimiento moral al enfermo y a quienes lo cuidan y el gran desembolso económico que puede derivarse de un tratamiento que se prolonga indefinidamente en el tiempo, son factores que deben ser tenidos especialmente en cuenta en situaciones en que sea precisa una nutrición parenteral continuada sin esperanzas de que algún día pueda ser suspendida.

### **1.4 .3. La decisión del paciente**

La participación del enfermo en la decisión de instaurar un procedimiento clínico debe ser consciente y activa. El médico debe ayudar al



enfermo a tomar la decisión adecuada, ya que la tensión emocional, la ansiedad o el desconocimiento de las alternativas terapéuticas pueden alterar seriamente las condiciones necesarias para que el enfermo pueda tomar una decisión correcta.

En caso de que el paciente rechace el tratamiento, podrá ser considerada como decisión adecuada si se cumple los siguientes requisitos:

- Existen bases razonables para que el paciente rechace el procedimiento recomendado, tales como el dolor físico, psíquico o moral intratable que puede derivarse de la aplicación de la nutrición asistida, la complejidad y el costo del tratamiento o las cargas que se imponen sobre los demás.
- El enfermo, en dialogo con el medico responsable, ha sopesado adecuadamente los procedimientos alternativos.
- El paciente tiene la capacidad suficiente y las condiciones adecuadas para reflexionar y tomar una decisión sin ningún tipo de coacción física, ni moral.
- No hay concepciones erróneas de base tales como que el enfermo posee una menor dignidad que el resto de los seres humanos por el hecho de precisar una nutrición artificial asistida.
- Se ha prevenido adecuadamente la posibilidad de que un estado depresivo del enfermo altere su capacidad de decisión.
- El rechazo del tratamiento no atenta contra ningún principio ético fundamental, ni con ello se pretende una muerte anticipada del enfermo, bien por decisión propia o de terceros.

Para suplir la decisión del enfermo cuando no posea la suficiente capacidad mental para razonar adecuadamente, se han ideado diferentes mecanismos sustitutorios: el testamento vital, la delegación de la decisión en sus familiares, el consejo del comité de ética asistencial o incluso la decisión de un tribunal. Estos casos pueden darse principalmente en aquellos enfermos en estado de inconsciencia permanente.

En España la Ley General de Sanidad, en su art.10, reconoce el derecho del paciente a la información. Desde la aparición de esa ley se ha hablado mucho de consentimiento informado en la literatura médica. El termino consentimiento proviene del latín, “cum sentire”, sentir con, juntamente con. Por tanto, estar de acuerdo, asentir. Pero para estar de acuerdo con alguien hay que saber y entender lo que dice, y para sentir con el es necesario hacerlo en libertad.

El consentimiento informado precisa de tres componentes:

- información, el consentimiento debe ser informado para que consienta la actuación.
- capacidad de comprensión o competencia.
- voluntariedad, la coacción y manipulación invalidan el consentimiento informado.

El Consentimiento Informado (C.I.) es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Será verbal en general.

Por escrito:

- en intervenciones quirúrgicas.
- en procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores.
- en procedimientos que suponen riesgo o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
- en investigaciones clínicas.

En la administración de la nutrición se dará siempre por escrito y más cuando el tratamiento sea invasor.

El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

#### **1.4.4.- El entorno familiar, social y económico.**

La atención médica integral no se limita únicamente a los aspectos físicos del paciente. En muchas ocasiones, su entorno social, familiar o económico constituyen factores que deben ser tenidos en cuenta cuando se trata de instaurar una nutrición asistida. El paciente puede rechazar un determinado procedimiento médico invocando razones familiares, sociales o económicas.

La desproporcionalidad de un procedimiento médico no solo viene determinada por el riesgo que la intervención conlleva o de sus posibilidades de éxito, sino también por su coste económico o social. La ética reconoce que la persona está obligada a utilizar los medios razonables para preservar la vida, pero también reconoce la limitación de la condición humana y que, en último término, la llegada de la muerte es inevitable.

Si un enfermo en situación de alta gravedad, ante la opción de someterse a un acto médico de alto riesgo, que conlleva severos inconvenientes o un sufrimiento intolerable o que requiere un aporte económico que puede acarrear importantes consecuencias para sí o su familia, o somete a su familiar a cargas insoportables, no está obligado moralmente a someterse a dicho procedimiento. Esta afirmación debe ser respaldada con la garantía de que motivos puramente economicistas, de simple comodidad o despreocupación por los más débiles no sea la causa verdadera de este rechazo al tratamiento. De ser así, se estaría atentando gravemente contra la justicia.

Factores del entorno y objetivos:

La comisión para el estudio de los problemas éticos en Medicina y Biomedicina, afirma que ni moral ni legalmente existen diferencias entre la retirada y el mantenimiento de un tratamiento, si bien argumenta que la interrupción de un tratamiento requeriría una mayor justificación que su no instauración. Por tanto, ante la necesidad de instaurar un soporte nutricional, el equipo multidisciplinario debe comenzar examinando criterios de carácter médico, farmacoterapéutico y técnico.

La correcta identificación de los objetivos a alcanzar exige recurrir al procedimiento más satisfactorio. Elegir aquel que cause el menor daño posible. Se suele plantear como primera opción, la nutrición enteral por cuanto minimiza las incomodidades y privación de libertad que puede conllevar, a pesar de que la vía enteral no siempre es la preferida por los enfermos.

La reversibilidad o irreversibilidad del estado del paciente potencialmente subsidiario de nutrición artificial continuada condiciona la elección de tipo, vía e igualmente de su duración prevista. El impacto psicológico que produce en el enfermo cuando se le informa y su nivel de colaboración potencial, son igualmente factores condicionantes. Como se ha dicho anteriormente

Siempre que sea posible se debe contar con el consentimiento informado del propio enfermo y en su defecto del familiar.

La atención a la familia del enfermo es importante, ya que puede precisar el apoyo psicológico y de su consejo ético para que su colaboración en el restablecimiento del enfermo sea eficaz.

Cuando la nutrición artificial (NA) vaya a realizarse en el propio domicilio deben sopesarse las siguientes condiciones familiares:

- estabilidad familiar
- nivel cultural
- nivel económico

- entorno social
- medio de vida (rural o urbano)
- acceso a los servicios sociales
- cercanía de un centro asistencial

Todas estas condiciones son factores que deben ser cuidadosamente sopesados.

### **1.4.5 Algunas. Situaciones críticas.**

La nutrición artificial y fluidoterapia EV, debido a su complejidad desde el punto de vista bioético, las decisiones deben realizarse ante casos individualizados y que sea respetuosa con la dignidad del ser humano.

#### **1.4. 5.1. La nutrición parenteral (NP) a largo plazo.**

Si el enfermo necesita NP como único soporte nutritivo, una vez excluida la posibilidad de otro tipo de nutrición, se instaurara con el debido consentimiento informado del enfermo.

Es importante la valoración del enfermo tras un periodo de adaptación y considerar la idoneidad de este procedimiento. El nivel de incidencia de complicaciones y la aparición de efectos secundarios graves, el empeoramiento paulatino del enfermo, el sufrimiento físico o moral, la necesidad de reingresos continuados o la falta de colaboración de la familia, son motivos que no pueden hacer considerar la suspensión de este procedimiento.

En este caso, la proporcionalidad entre beneficios e inconvenientes constituye el criterio más importante. Esta valoración debe realizarse sin precipitaciones, en un clima propicio para la reflexión sosegada, sopesando la posibilidad de utilizar otra vía como alternativa para la nutrición e hidratación y siendo conscientes de que su suspensión podría conllevar el fallecimiento del enfermo.

### 1.4.5.2. La huelga de hambre

Las huelgas de hambre presentan desde el punto de vista ético la colisión de dos deberes del personal sanitario: por un lado, el deber de procurar alimentación ante situaciones de desnutrición de la persona, aunque sea provocada de forma voluntaria por el individuo; y por otro, el deber de respetar la decisión del huelguista, evitando imponer una terapia mediante el empleo de la fuerza.

En el Código Deontológico médico, art.:31

*“el médico en ningún caso dejará de presentar su atención al paciente que la necesitara por intento de suicidio, huelga de hambre o rechazo de tratamiento. Respetará la libertad de los pacientes y tratará de persuadirlos a que depongan su conducta, aplicando, en las situaciones límite, previo requerimiento de la autorización judicial, la imprescindible asistencia médica”.*

Al comienzo de la huelga de hambre, cuando generalmente se encomienda al personal sanitario la supervisión del estado de salud del huelguista, el médico debe respetar la voluntad del individuo, independientemente de que esté o no de acuerdo con los motivos que le han conducido a ponerse en huelga. Debe informar al huelguista de las consecuencias de la no ingestión de alimentos, y darle las recomendaciones oportunas. Le debe avisar en el momento en que el ayuno comienza a ser peligroso para su salud.

Cuando la vida del huelguista comienza a peligrar, el médico debe tratar de persuadirle de que deponga su actitud. Si no lo consigue, debe acudir a la instancia judicial correspondiente para que consienta la instauración de la alimentación en contra de la voluntad del huelguista en este grupo, la toma de decisiones en ellos trasciende a la opinión pública a través de los medios de comunicación audiovisuales y la prensa no científica. Los casos habituales que se comentan tienen más un interés por el protagonismo político del símbolo, como fueron los casos que vivió la sociedad británica hace varios años de “la huelga de miembros del IRA”, o la que vivimos nosotros en los años ochenta del pasado siglo con la “huelga de hambre de militantes encarcelados del GRAPO” y recientemente el etarra de De Juana Chaos.

El Tribunal Constitucional afirma en su sentencia 121/1990, que la preservación de la vida es un bien que ha de prevalecer sobre el respeto de la autonomía del huelguista.

### **1.4. 5.3. El enfermo mental**

La enfermedad mental en un paciente que requiere nutrición parenteral añade a nuestra reflexión ética al menos dos nuevos factores que deben ser suficientemente considerados:

Por un lado, la falta de colaboración del enfermo o incluso la dificultad de la instauración del procedimiento clínico ante periodos de agitación, angustia, miedo o agresividad. Las situaciones en las que el paciente continuamente intenta arrancarse la vía de administración, o muestra gran incomodidad ante el procedimiento o que con su conducta produce alteraciones en el correcto funcionamiento de la terapia, causando complicaciones importantes, constituyen motivos a tener en cuenta para reconsiderar una eventual suspensión del procedimiento.

Por otro lado, la incapacidad mental suscita la cuestión sobre que instancia debe tomar la decisión en sustitución de la del enfermo. Creemos que, con los principios tanto de índole clínica, como de índole subjetiva, social y económica expuestos anteriormente, el dialogo entre el equipo asistencial y la familia constituye el elemento clave e idóneo sobre el que es posible alcanzar una decisión adecuada.

### **1.4.5.4. El enfermo oncológico**

La elevada frecuencia de anorexia, sequedad de boca, nauseas, vómitos, sensación de repleción precoz, constipación, trastorno del gusto, odinofagia, problemas obstructivos del tracto digestivo alto (disfagia) o bajo (suboclusiones) o infecciones orofaríngeas hace que con frecuencia se tenga que adaptar la dieta.

La nutrición e hidratación no son objetivos en sí mismos en la atención de enfermos terminales de cáncer, sobre todo cuando la desnutrición esta relacionada con la progresión de una enfermedad sistémica no susceptible de respuesta al tratamiento específico.

Por otra parte, no olvidar el principio del confort como objetivo. Deben comentarse, siempre delicadamente, con el enfermo y sus familiares los aspectos específicos referidos a la alimentación; la educación de la familia y la adecuación a los gustos individuales previos del enfermo son fundamentales.

En la situación de enfermedad terminal, el uso de sonda nasogástrica u otras formas intervencionistas debe quedar restringido a la presencia de problemas obstructivos altos (orofaringe, esófago) que originan disfagia u odionfagia importantes, fístulas o disfunciones epigloticas, y/o en aquellos casos en los que la obstrucción es el elemento fundamental para explicar la desnutrición, la debilidad y/o la anorexia.

Como norma general, y teniendo en cuenta la anorexia, la debilidad y la sensación de repleción gástrica precoz, es recomendable fraccionar la dieta en 6-7 tomas y flexibilizar mucho los horarios según el deseo del enfermo. Las dietas semiblandas o blandas suelen ser mejor toleradas. La cantidad de cada ingesta debe adaptarse al enfermo.

Como se ha dicho, la hidratación no es un objetivo en sí mismo en la atención de enfermos terminales. El uso fraccionado de líquidos (agua, infusiones, etc.) unido a unos cuidados de la boca frecuentes son muy eficaces. La sensación de sed asociada a la sequedad de boca debida a la enfermedad o al tratamiento (radiación, morfina, etc.) responden mejor a este tipo de cuidados que a la hidratación oral o parenteral forzada. El uso de sueroterapia se reduce al 5-10% de enfermos en el hospital cuando se aplican estos principios, y en el domicilio su uso es prácticamente nulo.

En la situación de agonía, la dieta debe limitarse a pequeñas ingestas de líquidos y a cuidados de la boca; la hidratación o nutrición parenterales no mejoran el estado de los enfermos agónicos, y la mayor parte de la medicación puede administrarse por vía subcutánea o rectal.

#### **1.4.5.5. El enfermo Terminal**

En estos casos la corta expectativa de vida del enfermo constituye uno de los factores más importantes a tener en cuenta. En esta situación el nutrir correctamente al enfermo constituye un elemento de importancia, no solo en cuanto a su necesidad para el mantenimiento de la vida, sino también a su significado antropológico de preocupación y solidaridad ya que habitualmente para la familia el hecho de que pueda comer o sea alimentado supone que está bien cuidado y percibe como mal trato o abandono que este aspecto no se tenga en cuenta por parte de los profesionales. Si por diversas circunstancias no es posible mantener una nutrición, al menos una adecuada hidratación mediante una vía periférica.

Por otra parte no sería una muerte digna la que llega por una situación de malnutrición o deshidratación, sino que la sobreviene en un entorno de cariño, apoyo, comprensión y cuidado.

Algunos autores defienden la deshidratación en la enfermedad terminal como una ventaja por los efectos que produce en el enfermo de disminución de la diuresis, y de la secreción de fluidos gastrointestinales y pulmonares, y aumenta el efecto de la analgesia al estimularse la producción de cuerpos cetónicos y de pépticos.

Ciertamente deben elegirse vías que no supongan un encarnizamiento; un intento desesperado de alimentar al enfermo a toda costa, emprendiendo procedimientos irracionales y desproporcionados; ello constituiría una conducta contraria a la ética

Un caso especial, infrecuente entre nosotros, que merece un análisis distinto es la existencia de directivas previas por parte del paciente, es decir, haber expresado claramente su voluntad de no querer ser alimentado en el caso de encontrarse en esta situación. En este caso parece razonable que el deseo debe ser respetado y sólo deben ser mantenidas aquellas medidas de higiene y comodidad compatibles con la dignidad humana. Sin embargo, es importante añadir que para adoptar esta decisión, debe exigirse que las directivas sobre limitación de tratamiento hagan mención expresa de alimentación e hidratación, ya que la mayoría de los enfermos que en nuestro medio ha dado instrucciones en este sentido, suelen referirse a tratamientos invasivos, como la ventilación artificial o a medicamentos, pero desean seguir siendo alimentados.

#### **1.4.5.6 Estado vegetativo persistente (EVP)**

El primer problema que se plantea es el mismo diagnóstico de estado permanente de inconsciencia. Desde el caso Quinlan de 1976, en Estados Unidos se ha discutido mucho acerca de la entidad clínica denominada “Estado Vegetativo Persistente” (EVP), que consiste en la lesión de amplias zonas de la corteza cerebral, permaneciendo intactos los núcleos de la base y las estructuras troncoencefálicas, (por tanto mantiene las funciones cardiorespiratorias. No está intubado, tiene respiración espontánea, ausencia aparente de conciencia de sí y del ambiente circundante. Alternancia de ciclos de sueño y vigilia, movimientos automáticos...). Todo ello produce en el



enfermo un estado de inconsciencia permanente con un normal mantenimiento de todas las funciones homeostáticas. Por esta razón, mediante una adecuada nutrición e hidratación y los cuidados habituales de enfermería, el enfermo puede vivir durante muchos años en esta situación.

No se puede considerar un paciente terminal. Por lo general el paciente en estado vegetativo, no necesita ayuda técnica para mantener sus funciones vitales.

En particular, para indicar la condición de aquellos cuyo “estado vegetativo” se prolonga más de un año, se ha acuñado la expresión estado vegetativo permanente. En realidad, a esta definición no corresponde un diagnóstico diverso, sino sólo un juicio de previsión convencional, que se refiere al hecho de que, desde el punto de vista estadístico, cuanto más se prolonga en el tiempo la condición de estado vegetativo, tanto más improbable es la recuperación del paciente.

Sin embargo, no hay que olvidar o subestimar que existen casos bien documentados de recuperación, al menos parcial, incluso a distancia de muchos años, hasta el punto de que se puede afirmar que la ciencia médica, hasta el día de hoy, no es aún capaz de predecir con certeza quién entre los pacientes de estas condiciones podrá recuperarse y quién no.

La instauración de soporte nutritivo en estos pacientes ha suscitado un enorme debate ético con evidentes repercusiones en el campo jurídico, principalmente en el ámbito estadounidense que no ha sido aún satisfactoriamente resuelto.

Para obtener una adecuada valoración ética de esta situación, es preciso realizar las siguientes puntualizaciones:

- El enfermo en EVP está vivo. El EVP no es sinónimo de muerte cerebral.
- No es la totalidad de la corteza cerebral la que está dañada, sino amplias superficies de la misma. Por ello, desconocemos el tipo de actividad cerebral que estos enfermos poseen. además, la irreversibilidad de esta situación no puede considerarse como definitiva, pues en ciertos casos estos enfermos han recobrado la conciencia.
- Los beneficios derivados de la instauración del soporte nutritivo (entre ellos, de modo particular, el mantenimiento de la vida como un bien primordial y la expresión de nuestra solidaridad proporcionando los cuidados básicos) superan ampliamente los inconvenientes previsibles.

- Los cuidados que pueden dispensarse a estos enfermos son relativamente económicos y no precisan de personal altamente especializado. En muchos casos, los mismos familiares, con una preparación adecuada y el apoyo de los trabajadores sociales o de personal auxiliar, pueden proporcionar los cuidados en el mismo domicilio.
- Pueden establecerse, sin la necesidad de medios extraordinarios, sesiones periódicas de rehabilitación y de revisión en un centro sanitario.
- La instrumentación de una sonda nasogástrica y su mantenimiento no conllevan dificultades especiales.

De todo ello se puede concluir que la actitud ética más razonable, a la luz de los conocimientos en el momento actual, consiste en la instauración de una sonda nasogástrica para la nutrición estos enfermos, y si se espera una supervivencia razonable podría también indicarse la alimentación por gastrostomía.

En los pacientes en EVP, la alimentación por sonda nasogástrica o gastrostomía se considera cuidado ordinario y por vía endovenosa, extraordinario. La instauración de nutrición por vía parenteral estaría desaconsejada, salvo indicaciones justificadas y muy precisas durante un determinado periodo de tiempo. Las complicaciones, efectos secundarios, calidad de cuidados hospitalarios, atención especializada, y el consiguiente coste económico que pueden derivarse de una alimentación parenteral de por vida en este tipo de pacientes desaconsejan una instauración indefinida.

“La valoración de las probabilidades, fundada en las escasas esperanzas de recuperación cuando el estado vegetativo se prolonga más de un año, no puede justificar éticamente el abandono o la interrupción de los cuidados mínimos. En efecto, el único resultado posible en su suspensión es la muerte por hambre y sed. En este sentido, si se efectúa consciente y deliberadamente, termina siendo una verdadera eutanasia por omisión”<sup>8</sup>

Es el caso Terry Schiavo que murió de hambre y sed en el país más rico del mundo, después de que se le retiraran la nutrición e hidratación.

La Bioética, al tratarse de una ética de la vida, es una ciencia de carácter eminente práctico: cada caso es único y distinto. La habilidad en la resolución

---

<sup>8</sup> Juan Pablo II. En 1995 el Pontificio Consejo para la Pastoral de los asistentes sanitarios, publicó la carta n° 120.

de problemas éticos mejorará con la realización de juicios éticos, con la reflexión ética sobre nuestro desempeño profesional en el campo de la salud y con el estudio de unos principios que se fundamenten solidamente sobre la peculiar dignidad del ser humano. Nuestra formación ética se verá reforzada en la misma medida en que reflexionemos cotidianamente sobre el carácter ético de nuestras actuaciones.

En este sentido es interesante recoger las respuestas de la Conferencia Episcopal Estadounidense a las cuestiones que se le hicieron sobre la alimentación e hidratación artificiales.

*“¿Es moralmente obligatorio suministrar alimento y agua (por vías naturales o artificiales) al paciente en “estado vegetativo”, a menos que estos alimentos no puedan ser asimilados por el cuerpo del paciente o no se le puedan suministrar sin causar una notable molestia física?”*

Respuesta: Sí. Un medio ordinario y proporcionado para la conservación de la vida, por lo tanto es obligatorio.

*¿Si la nutrición y la hidratación se suministraran por vías artificiales a un paciente en “estado vegetativo permanente”, pueden ser interrumpidos cuando los médicos componentes juzgan con certeza moral que el paciente jamás recuperara la consciencia?”*

Respuesta: No. Es una persona, con su dignidad humana que incluyen los cuidados ordinarios de suministración de agua y alimentos, incluso por vías artificiales.”<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> El Sumo Pontífice Benedicto XVI, en la audiencia concedida al infrascrito Cardenal Perfecto, ha aprobado las presentes Respuestas, decididas en la Sesión Ordinaria de la Congregación, y ha ordenado que sean publicadas.

## **II.- ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.**

### **2.1. Objetivos**

El principal objetivo del presente estudio es valorar el estado nutricional en pacientes hospitalizados, a fin de detectar el riesgo de desnutrición a través de métodos bioquímicas y antropométricos.

### **2.2. Población, material y métodos.**

El presente estudio va dirigido a la población ingresada en centros hospitalarios.

Se ha recogido una muestra de un total de 40 pacientes del hospital San Jorge (Huesca) que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica programada o de urgencia o padecen un proceso patológico.

De los 40 pacientes 20 eran menores de 40 años (10 hombres y 10 mujeres) y otros 20 que tenían la edad superior a 60 años (10 hombres y 10 mujeres).

Se ha realizado un estudio de descriptivo transversal retrospectivo. La recogida de datos se ha realizado de la siguiente manera:

En el momento de su ingreso se recogieron datos relativos a la historia clínica: edad, sexo, diagnóstico de enfermedad, analítica sanguínea, datos bioquímicos. (Hemograma, hematocrito y albúmina), peso (Kg.) y talla (cm.). Posteriormente una vez ubicados en su habitación se les realizó la medida del perímetro de la cintura (cm.) en pijama y encamados con una cinta métrica antropométrica, inelástica y flexible, con un espacio sin graduar antes del cero y con una escala de fácil lectura. Para ello, se paso la cinta alrededor de la zona, el mínimo perímetro del abdomen, sin comprimir los tejidos blandos en el punto medio entre las crestas iliacas y el borde costal inferior y la lectura se realizó en el lugar en que la cinta se yuxtapone sobre si misma.

La altura y peso se midieron con ropa de casa sin zapatos y ropa ligera en la posición de atención antropométrica o anatómica, también llamada posición estándar erecta, de pie con la cabeza en los ojos dirigidos hacía el infinito, las extremidades superiores relajadas a lo largo del cuerpo con los

dedos extendidos, apoyando el peso del cuerpo por igual en ambas piernas, los pies con los talones juntos formando un ángulo de 45°.

En la talla con los talones, glúteos, espalda y región occipital en contacto con el plano vertical del tallímetro.

El peso se midió con el paciente en el centro de la báscula en posición estándar erecta y de espaldas al registro de la medida, sin que el cuerpo estuviera en contacto con nada de alrededor. , una vez tomada esta postura se tomaron las medidas de talla y peso.

Índice de quetelet o índice de masa corporal.

Una vez recogidos los datos se calculo el índice de quetelet, o de masa corporal (IMC), es una relación peso/talla que permite diagnosticar de forma rápida y sencilla situaciones de malnutrición, y en especial de sobrepeso u obesidad, según la fórmula:

$$\text{IMC} = \text{peso (Kg.)} / |\text{altura (m)}|^2$$

Este cociente tiene una baja relación con la altura, siendo independiente con la edad, y se encuentra relacionado con el contenido graso corporal (Bray GA. y col. 1998; Mahan L.K. y col. 1995). Según la última clasificación de normopeso, sobrepeso y obesidad (Gibson R.S. 1990), valores de IMC comprendidos entre 18.5 y 24.9 corresponden a un peso normal, siendo los inferiores indicativos de bajo peso, y los superiores de sobrepeso o, si exceden 30, obesidad.

### **Análisis estadístico**

Se ha llevado un estudio en el que para las variables cuantitativas se han calculado la media (M), desviación estándar (DE), mínimo y máximo

Para el análisis inferencial, con el fin de comparar los datos antropométricos y bioquímicos entre los pacientes menores de 40 años con los mayores de 60 tanto en hombres como en mujeres, se ha procedido a un test de comparación de medias t-student para muestras independientes después de haber comprobado con el test de Shapiro-Wilk que se cumplía para todos los casos la condición de Normalidad.

El nivel de significación estadística se ha establecido en  $p < 0.05$ , los cálculos se han realizado mediante el software SPSS

La significación estadística se estableció en:

- P < 0,05 Estadísticamente significativo
- P > 0,05 No estadísticamente significativo
- 0,05 < P < 0,1 Tendencia a la significación
- P < 0,01 Estadísticamente muy significativo

## 2.3.- Resultados

### 12.- Resultados obtenidos

A continuación se presentan los resultados de la valoración antropométrica y bioquímica de los pacientes estudiados.

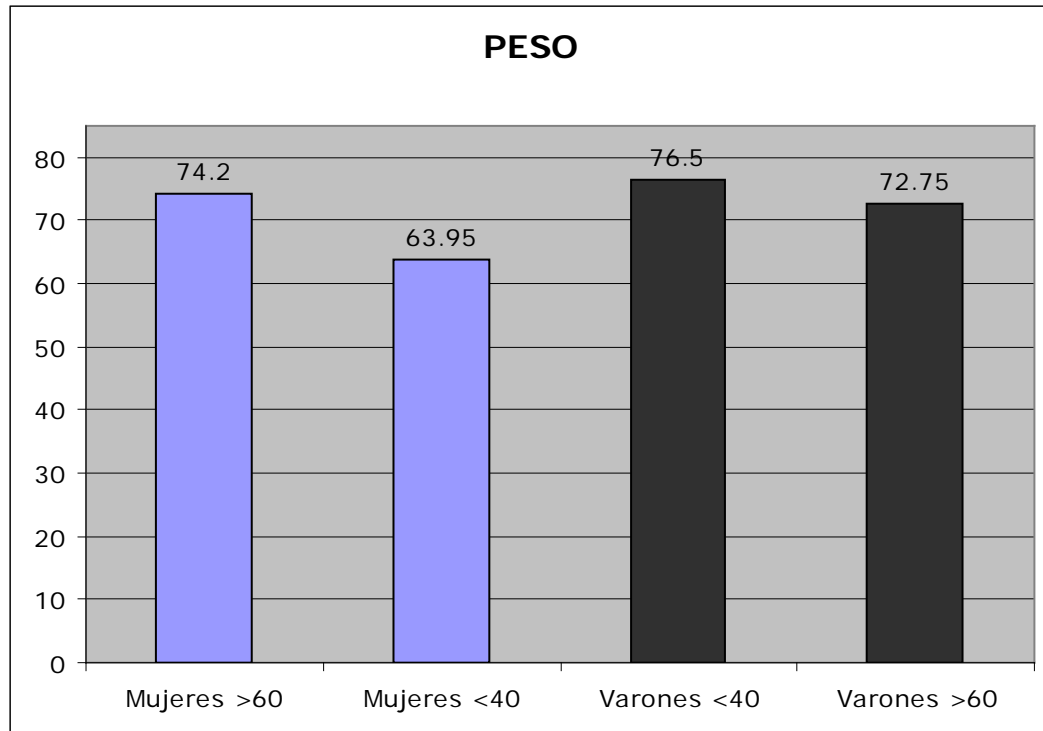
EDAD	Media ±DE	Mín- Max
Hombres con Edad <40 años	28,7 – 5,36	17 – 40
Hombres con Edad >60 años	74,8 – 8,65	67 – 86
Mujeres con Edad <40 años	32,8 – 5,73	15 – 40
Mujeres con Edad >60 años	75 – 8.66	62 – 88

La menor de 15 años fue intervenida de apendicitis.

Datos antropométricos	peso		Talla		cintura	
	Media ±DE	Mín- Max	Media ±DE	mín.- Máx.	Media ±DE	Mín.- Máx.
Hombres con Edad <40 años	76,5 – 8,75	61 -86	174,1– 13,19	168 – 180	87,5 – 9,35	74 – 99
Hombres con Edad >60 años	72,75 - 8,53	40 – 105	168,8– 12,99	160 – 180	99,6 – 9,98	75 – 129
Mujeres con Edad <40 años	63.95 – 8.00	50 – 80	162,3– 12,74	145 – 174	80,5 – 8,97	72 – 95
Mujeres con Edad >60 años	74,2 – 8,61	49 – 100	159 – 12,67	154 – 165	96,70 – 9,83	76 - 110

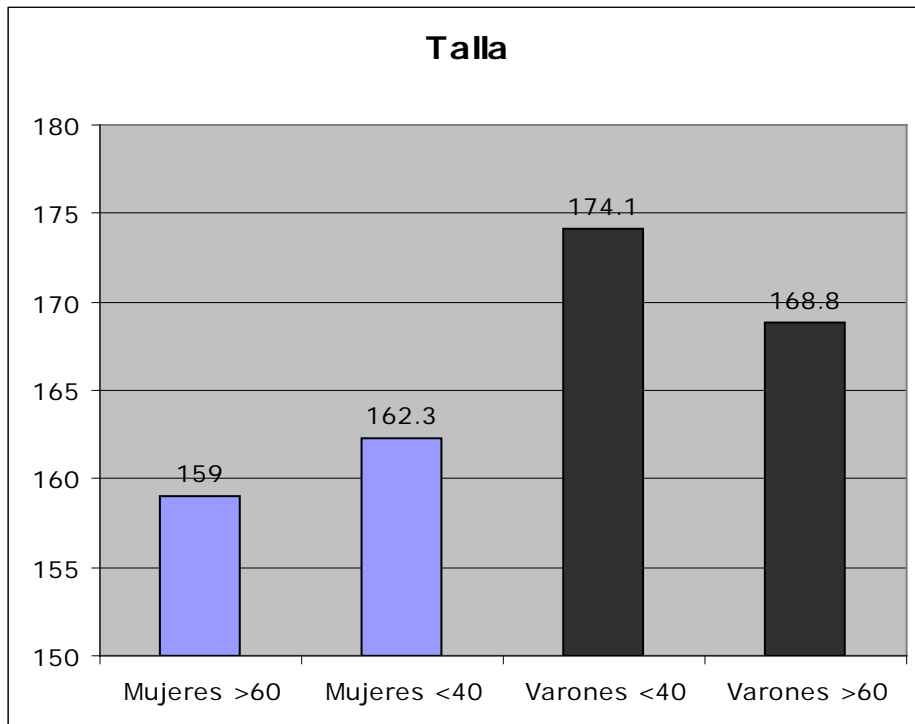
**El paciente de 82 años con peso de 40 Kg. tenía amputadas las extremidades inferiores**

**Han presentado normopeso las mujeres menores de 40 años . Por otro lado, las mujeres mayores de 60 años han presentado una situación de sobrepeso.**

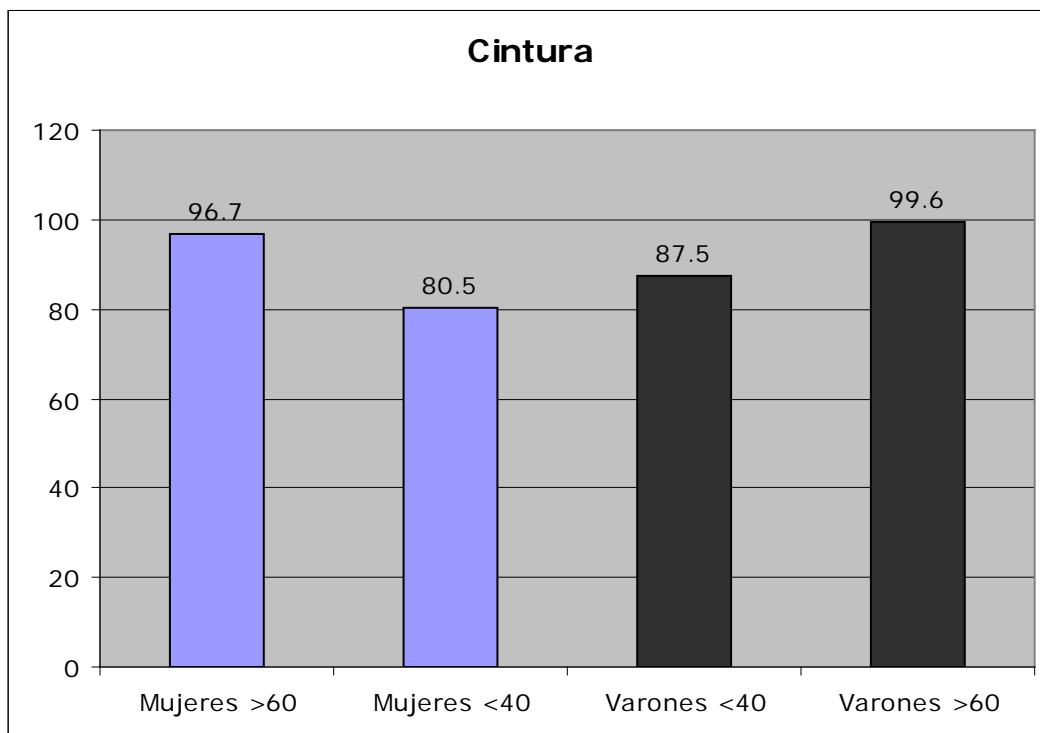


**El peso en la población de mayores de 60 años fue de 74,2 Kg. en las mujeres y 72,7 Kg... Los varones y mujeres menores de 40 años han presentado respectivamente un peso corporal de 76,5 y 63,9 Kg...**



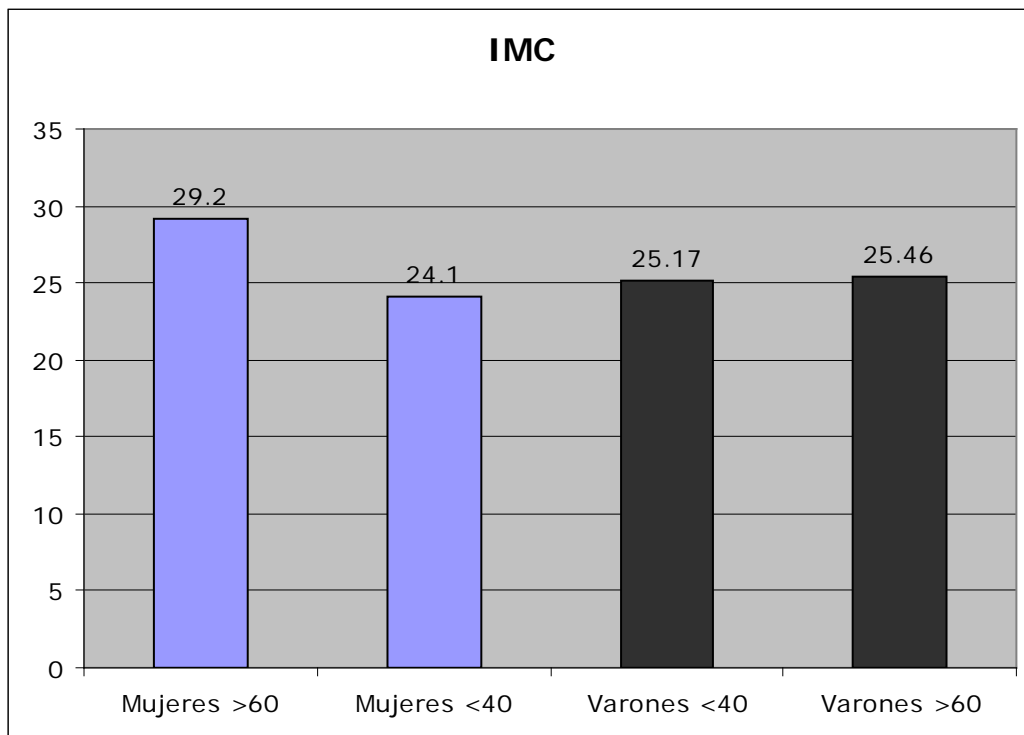


**Los varones menores de 40 años presentan más talla que los mayores de 60 años . Y los varones respecto a las mujeres.**



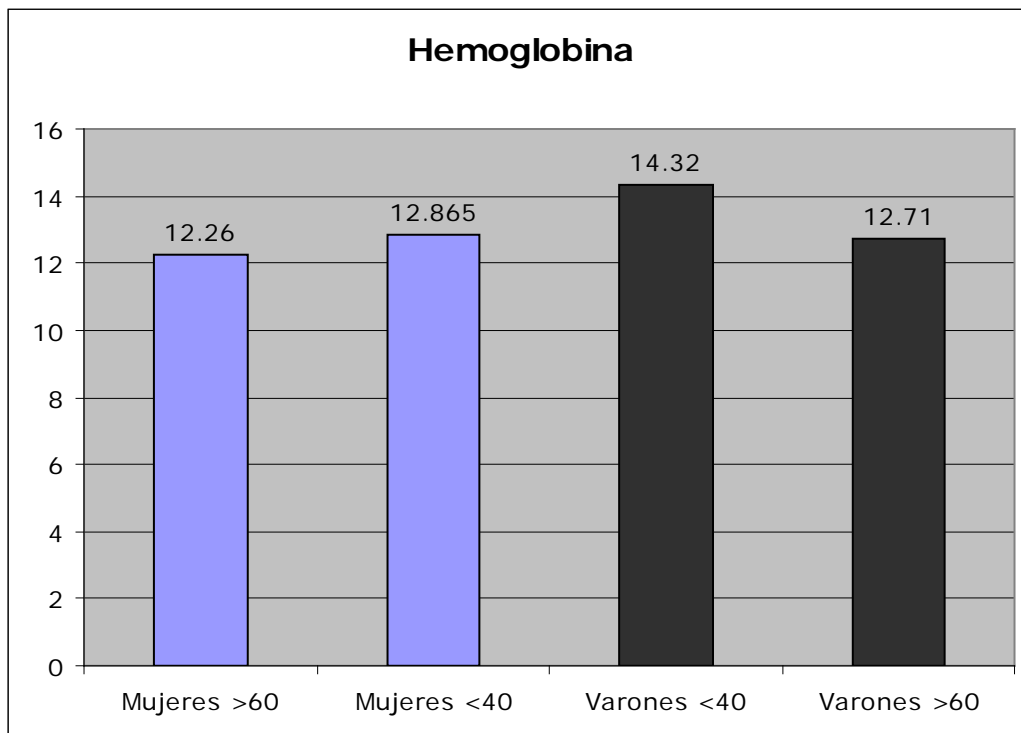
El perímetro de la cintura fue significativamente superior en los Pacientes con más de 60 años. Asimismo, en los mayores de 60 años, el perímetro fue de 96.7 cm. en las mujeres y 99.6 cm. en los varones y en los menores de 40 años, el perímetro fue de 80.5 cm. en las mujeres y de 87.5 cm. en los varones.

<b>IMC</b>	<b>Media ±DE</b>	<b>Mín.-Máx.</b>
<b>Hombres con Edad &lt;40 años</b>	25.17 – 2,.0	21.107 – 27.451
<b>Hombres con Edad &gt;60 años</b>	25.46 – 5,.9	15.242 – 36.332
<b>Mujeres con Edad &lt;40 años</b>	24.14- 3,08	20.195 – 29.001
<b>Mujeres con Edad &gt;60 años</b>	29.21- 5,.8	20.661 – 39.063
<b>Total</b>		

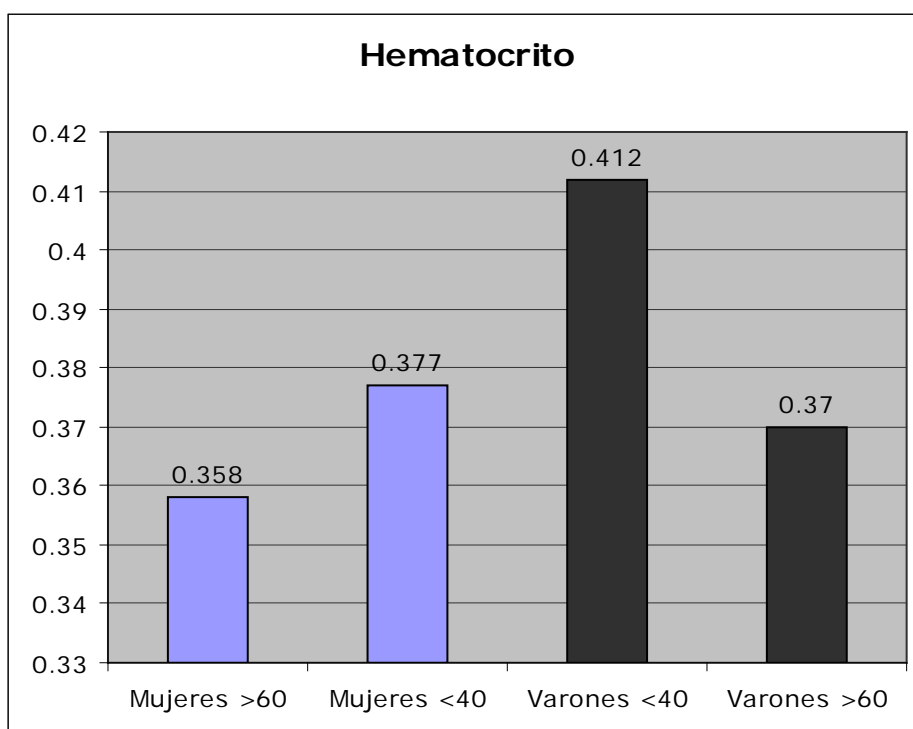


**El índice de masa corporal no se modifica en los varones. En las mujeres hay diferencia significativa. Las mayores de 60 años con tendencia a la obesidad.**

Datos bioquímicos	Hemoglobina		Hematocrito		Albúmina	
	Media ±DE	Mín.-Máx.	Media ±DE	Mín.-Máx.	Media ±DE	Mín.-Máx.
Hombres con Edad <40 años	14,32 – 3,78	10,3 – 15,9	0,412 – 0,64	0,32 – 0,46	3,85 – 1,96	1,90 – 4,70
Hombres con Edad >60 años	12,71 – 3,57	9,90 – 14,4	0,37 – 0,61	0,33 – 0,45	3,35 – 1,83	2,80 – 4,3
Mujeres con Edad <40 años	12,86 – 3,59	10,4 – 14,4	0,37 – 0,61	0,30 – 0,41	3,56 – 1,89	2,8 – 4,1
Mujeres con Edad >60 años	12,26 – 3,50	8,4 – 14,8	0,36 – 0,60	0,27 – 0,38	3,21 – 1,79	2,7 – 3,9

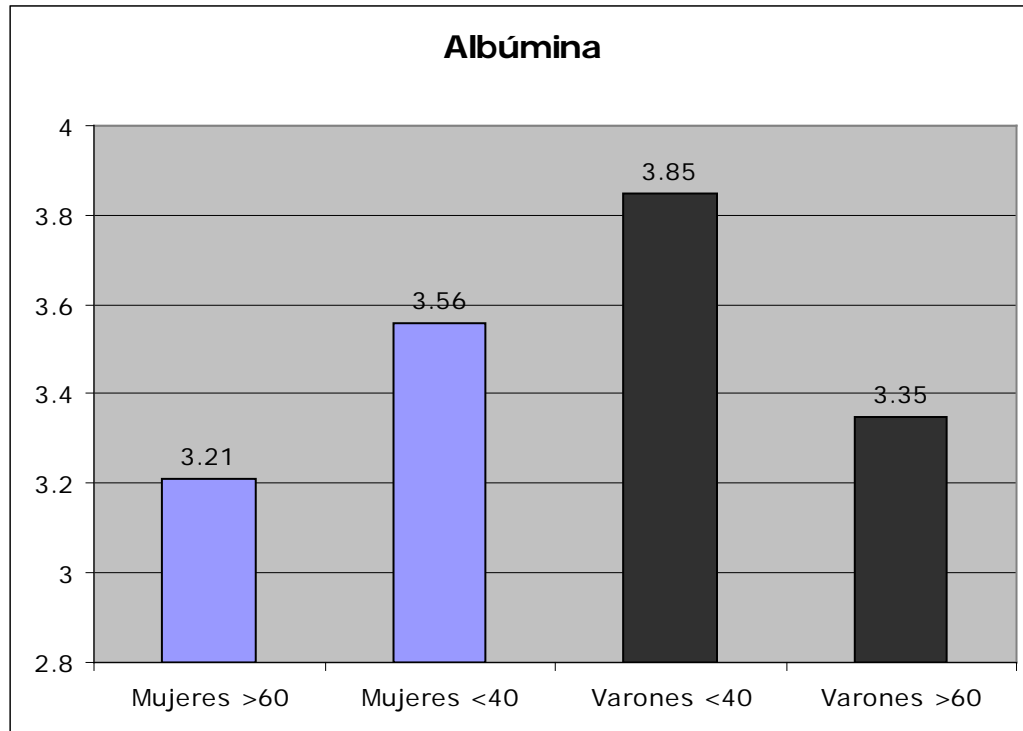


En los pacientes mayores de 60 años, la hemoglobina fue de 12.26 MG/Dl. en las mujeres y 12.71 MG/Dl. en los varones y en los menores de 40 años, la hemoglobina fue de 12.86 MG/Dl. en las mujeres y de 14.32 MG/Dl. en los varones.



Los varones menores de 40 años estudiados presentaron la concentración de hematocrito más alta.

Grafica de albúmina



En los pacientes estudiados, las concentraciones fueron de 3.21 MG/Dl. y de 3.56 MG/Dl. para las mujeres mayores de 60 y menores de 40 años respectivamente...

Por otro lado, los varones mayores de 60 presentaron unos valores de albúmina de 3.35 MG/Dl. y los menores de 40 de 3.85 MG/dl

Con relación al diagnostico que indujo el ingreso hospitalario, la mayoría de los pacientes (60%), tanto mujeres como varones mayores de 60 años, ingresó por cirugía vascular.

Porcentaje de ingreso hospitalario según patologías en mujeres (a) y varones (b) mayores de 60 años.

A.

% especialidad	
C. Vascular	60%
Otorinolaringología	20%
M. Interna	10%
Ginecología	10%

B.

% especialidad	
C. Vascular	60%
Otorinolaringología	20%
M. Interna	10%
Oncología	10%

Porcentaje de ingreso hospitalario según patologías en mujeres (a) y varones (b) menores de 40 años.

A.

% especialidad	
C. Vascular	20%
Otorinolaringología	60%
Cirugía Digestiva	10%
Ginecología	10%

B.

% especialidad	
C. Vascular	20%
Otorinolaringología	60%
Cirugía Digestiva	10%
Oncología	10%

Por otro lado, los pacientes menores de 40 años, ingresaron en su mayoría por otorinolaringología.

A continuación se presentan los resultados comparativos entre el grupo de hombres menores de 40 años y mayores de 60 años, y entre el grupo de mujeres menores de 40 años y mayores de 60 años de las variables registradas.

Se muestran en la siguientes tablas los resultados de las pruebas t-student para grupos independientes, (se ha comprobado normalidad con el test de Shapiro-Wilk y se cumplía en todos los casos)

<b>Hombres &lt;40 años v.s. Hombres &gt;60 años</b>	<b>p-valor</b>
<b>Peso</b>	0.547
<b>Talla</b>	0.050
<b>IMC</b>	0.889
<b>Cintura</b>	0.035
<b>Hemoglobina</b>	0.075
<b>Hematocrito</b>	0.099
<b>Albúmina</b>	0.098

\*P-valor significativo (p<0.05)

El IMC, no estadísticamente significativo.

Comentar todos los resultados

<b>Mujeres &lt;40 años Vd. Mujeres &gt;60 años</b>	<b>p-valor</b>
<b>Peso</b>	0.110
<b>Talla</b>	0.318
<b>IMC</b>	0.025
<b>Cintura</b>	0.001
<b>Hemoglobina</b>	0.422
<b>Hematocrito</b>	0.346
<b>Albúmina</b>	0.073

\*P-valor significativo (p<0.05)

El IMC con diferencia significativa. P< 0,05



Comparación de las variables estudiadas entre mujeres menores de 40 años y mujeres mayores de 60 años:

<b>PESO</b>	<b>NO SIGNIFICATIVO</b>
<b>TALLA</b>	<b>NO SIGNIFICATIVO</b>
<b>HEMOGLOBINA</b>	<b>NO SIGNIFICATIVO</b>
<b>HEMATOCRITO</b>	<b>NO SIGNIFICATIVO</b>
<b>CINTURA</b>	<b>MUY SIGNIFICATIVO P &lt; 0,01</b>
<b>EDAD</b>	<b>MUY SIGNIFICATIVO P &lt; 0,01</b>
<b>ALBÚMINA</b>	<b>TENDENCIA A LA SIGNIFICACIÓN 0,05 &lt; P &lt; 0,1</b>
<b>IMC</b>	<b>DIFERENCIA SIGNIFICATIVA P&lt;0.05</b>

Las mujeres menores de 40 años tienen un perímetro de cintura significativamente inferior a las mujeres mayores de 60 años ( $p < 0.01$ ). Por otro lado, la albúmina presentó valores superiores en las mujeres menores de 40 años con tendencia a significación estadística ( $0.05 < p < 0.1$ ).

Comparación de las variables estudiadas entre hombres menores de 40 años y hombres mayores de 60 años:

<b>PESO</b>	<b>NO SIGNIFICATIVO</b>
<b>TALLA</b>	<b>SIGNIFICATIVO P &lt; 0,05</b>
<b>HEMOGLOBINA</b>	<b>TENDENCIA A LA SIGNIFICACIÓN 0,05 &lt; P &lt; 0,1</b>
<b>HEMATOCRITO</b>	<b>NO SIGNIFICATIVO</b>
<b>CINTURA</b>	<b>SIGNIFICATIVO P &lt; 0,05</b>
<b>EDAD</b>	<b>MUY SIGNIFICATIVO P &lt; 0,01</b>
<b>ALBÚMINA</b>	<b>NO SIGNIFICATIVO</b>
<b>IMC</b>	<b>DIFERENCIA NO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO</b>

Los hombres menores de 40 años tienen talla significativamente superior ( $p < 0.05$ ) en comparación con los hombres mayores de 60 años. Por otro lado, al igual que en las mujeres, también los varones mayores de 60 años presentan un perímetro de la cintura superior a los menores de 40 años ( $P < 0.05$ ).

La cintura de los hombres menores de 40 años es más pequeña que el perímetro de cintura en hombres mayores de 60 años es significativo.

La hemoglobina de los varones menores de 40 años es mayor en que en los hombres de 60 años, con una tendencia a la significación estadística.

## 2.4.- Discusión y Conclusiones

La valoración del estado nutricional tiene especial importancia en la población mayor, ya que a medida que aumenta la edad aumenta el deterioro físico y mental, pudiendo instalarse una situación de desnutrición. (Rodríguez Pita G y col., 1999).

Asimismo, con la edad la distribución de grasa corporal también cambia, es decir, el tejido adiposo tiende a acumularse en la región abdominal y se reduce la grasa subcutánea. Además, con los años también se produce una disminución de la densidad ósea, en mayor medida en las mujeres, aumentando el riesgo de fracturas. (Stini W, 1994).

En este trabajo se observó al igual que en otros (Alemán Mateo H y col., 1999) un perímetro de cintura superior en aquellas mujeres y varones mayores de 60 años y unos valores de sobrepeso en las mujeres mayores de 60 años. Asimismo, la composición corporal en el anciano tiene un papel importante, toda vez que existe una clara evidencia de la relación entre obesidad, elevados valores del perímetro de la cintura y enfermedad cardiovascular, que constituye una de las principales causas de mortalidad en los países industrializados (Grupo de trabajo de Salud Pública de la SEN, 2003).

Con relación al peso corporal, también se ha observado en algunos estudios que la menor esperanza de vida está relacionada no solo con valores altos de índice de masa corporal, sino también con valores por debajo del normopeso, hecho que no ha sido constatado en este estudio.

Por otro lado, entre los cambios fisiológicos que acompañan el aumento de la edad, se encuentran una menor síntesis de albúmina, factor indicador de malnutrición en las personas mayores con valores por debajo de 3 MG/dl. (Rodríguez Pita y col. 1999). Asimismo, en este trabajo aunque no se observaron dichos valores indicadores de malnutrición, si se observó una tendencia a unos valores de albúmina inferiores en aquellas mujeres mayores de 60 años.

Finalmente, la presencia de valores disminuidos de hemoglobina en las personas mayores constituye un indicador de riesgo de anemia en esta población (Gisela Pita y col, 1999). En este estudio no se registraron valores disminuidos. Sin embargo los varones de mayores de 60 años presentaron una tendencia a una concentración inferior a los varones menores de 40 años.

## CONCLUSIONES

En el trabajo de valoración del estado nutricional realizado se observó que:

Las mujeres mayores de 60 años presentan una situación importante de sobrepeso muy cerca del límite de la obesidad.

Las mujeres y varones con más de 60 años, presentan un perímetro de las cinturas significativamente superior a los menores de 40 años.

Existe una evidencia de la relación entre obesidad y elevados valores de perímetro de la cintura y enfermedad cardiovascular.

En las mujeres de 60 años la concentración de albúmina (factor indicador de malnutrición) es inferior a la de las menores de 40 aunque solo con tendencia a la significación estadística.

Los varones mayores de 60 años también presentan unos valores de hemoglobina plasmática inferior,(indicador de riesgo de anemia ) aunque también solo con tendencia a la significación estadística.

La edad ha sido un factor influyente en las determinaciones antropométricas y bioquímicas realizadas en este estudio.

En este estudio un paciente precisó soporte nutricional mediante la nutrición enteral con sonda nasogástrica tras ser sometido a una intervención quirúrgica de laringectomía total y tuvieron que permanecer todas las estructuras y las funciones de masticación y deglución en reposo durante diez días.

## I. ANEXOS

### **ANEXO 1: CASO CLINICO DE BIOETICA**

#### CASO CLÍNICO DE BIOETICA

Varón de 91 años con antecedentes de desorientación tempero-espacial intermitente, que reconocía a su familia, caminaba con la ayuda de un bastón y tenía una incontinencia urinaria secundaria a un problema urológico y probablemente también neurológico. Estas alteraciones habían sido atribuidas a una demencia senil leve-moderada.

Dos meses antes había sufrido una fractura de cadera, secundaria a caída accidental, de la cual había sido intervenido y que necesitó una hospitalización de 6 días, siguiendo posteriormente fisioterapia. La fisioterapeuta refiere estaba consciente, colaboraba y caminaba con ayuda de caminadores. Después de unas 2 semanas en un centro de rehabilitación, fue alta a su domicilio con buen estado general, caminaba con ayuda, era capaz de comer sin ayuda (había que darle los platos ya preparados para que él pudiera comer) y conocía a su familia.

Ingresó de nuevo en el hospital, procedente de su domicilio, por fiebre, disminución del estado de consciencia y disnea provocadas por una neumonía por aspiración. Hasta la semana previa al ingreso, el paciente había estado estable y durante esa semana presentó un estado confusional para lo cual se le administró clorpromacina. Coincidiendo con el síndrome confusional y la administración de clorpromacina el paciente presentó disfagia que fue la probable causa de la neumonía por aspiración y para lo cual recibió tratamiento con oxígeno, antibióticos y sueros.

Al sexto día de este ingreso, el paciente seguía sin poder comer, por la disminución del estado de consciencia y porque no tragaba los alimentos, por lo cual se propuso a la familia la colocación de una sonda nasogastrica para la nutrición (agua y alimentos) y para la administración de medicación. Esto permitiría la retirada de la sueroterapia y de la antibioterapia parenteral y el traslado a su domicilio. La familia se opuso a la colocación de la sonda.

El paciente vivía en su domicilio con su esposa y una hija enfermera. Era el padre de varios hijos. Durante todo el ingreso estuvo siempre acompañado de su hija mayor, no es la que vivía con él, y de algunos nietos. En una ocasión acudió al hospital otro de los hijos quienes también telefoneó para interesarse una única vez. La esposa no acudió al hospital ni una sola

vez. La hija que acompañaba al paciente no quería tomar ninguna decisión si no estaban de acuerdo todos los hermanos y la madre.

Durante el ingreso su médico de cabecera se interesó por el estado del paciente diariamente por teléfono y en 2 ocasiones vino a visitarle al hospital. Él consideraba que el paciente podía estar en su domicilio dado lo precario de la situación y que el paciente había manifestado siempre que quería morir en su casa, pero no todos los hijos estaban de acuerdo con esta propuesta e incluso la esposa, sin que se sepa por qué, había cambiado de opinión y quería que si el paciente moría, fuese en el hospital.

El noveno día de ingreso se volvió a hablar con la familia insistiendo en la necesidad de colocar una sonda nasogastrica y cuando la familia parecía decidida( siempre a través de la hija que lo acompañaba) un hijo acudió al hospital con una carta para el médico del paciente en la cual reflejaba la opinión de algunos de los hijos: decía que la medicina no debía alargar la vida de su padre, que tenía derecho a permanecer en el hospital hasta su muerte y que exoneraba de responsabilidad al equipo médico e insistiendo en que no se pusiese la sonda nasogastrica.

Al día siguiente, la hija que acompañaba al paciente pidió que se colocase la sonda nasogastrica a su padre.  
Pocos días después el paciente fallecía.

## DISCUSION DEL CASO

La discusión del caso se centro fundamentalmente en tres aspectos. A pesar que puede haber más de una solución el resumen fue el siguiente:

+ Discusión si estaba indicada o no la colocación de la sonda nasogastrica (SNG) ya que se puede interpretar como un tratamiento médico incluso de soporte vital (nutrición artificial) o como confort para el paciente evitar sensación de sed y hambre. Ante la duda se aconseja la colocación de la sonda y valorar posteriormente la recuperación o no del estado neurológico del paciente.

+ Este segundo punto se refería a quien tenía que decidir. Sabiendo que la familia no representaba los mejores intereses del paciente (quería morir en casa y la familia no), tal como se refleja por lo que decía su médico de cabecera. Es por ello que parece que quien mejor podría defender los intereses del paciente era el equipo médico que lo entendía junto con el médico de cabecera.

+ El tercer punto de discusión es si se tenía que respetar la decisión de dar de alta al paciente a su domicilio a pesar de la negativa familiar o permanecer ingresado en el Hospital. Se considera que no se puede dar de alta al paciente a su domicilio hasta asegurar que en su domicilio tenga unos cuidados suficientes por parte de los cuidadores, en este caso sus familiares. En este punto se comento la negativa actual de nuestra sociedad de aceptar la

muerte en el domicilio y acogerse a la medicalización de la muerte en centros hospitalarios o similares.

## **Conceptos en fases avanzadas / terminales (anexo 2)**

### **ANEXO II. CONCEPTOS EN FASES AVANZADAS / TERMINALES**

#### **I. Enfermedad incurable avanzada**

Enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de autonomía y calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte a medio plazo.

#### **2. Enfermedad Terminal**

Enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, en paciente, familia y equipo terapéutico, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses (pronóstico inferior a 6 meses), en un contexto de fragilidad progresiva.

#### **3. Situación de agonía**

La que preceda a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas o días.

#### **4. Tratamiento fútil**

Una intervención es fútil cuando no se produce beneficio al paciente. También se incluyen supuestos en los que el beneficio puede ser muy pequeño y, por tanto, la intervención puede no estar indicada. La obstinación o encarnizamiento terapéutico tienen tendencia a practicar y priorizar intervenciones muy fútiles, en el sentido de proponer medidas de carácter curativo en fases en las que son inapropiadas.

#### **5. Eutanasia**

Entendemos que el concepto de eutanasia debe incluir exclusivamente la acción u omisión, directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa y reiterada de ésta.

Aunque etimológicamente signifique "buena muerte", actualmente es un término circunscrito a esta definición.

## 6. Eutanasia pasiva

Se ha definido como la cesación o no inicio de medidas terapéuticas fútiles o innecesarias en un enfermo que se encuentre en situación de enfermedad terminal.

Para evitar confusiones, este término no debería utilizarse, ya que estas actuaciones no constituyen ninguna forma de eutanasia y deben considerarse como parte de la buena práctica.

## 7. Eutanasia indirecta

Se refiere al mecanismo del doble efecto ya citado, mediante el cual podría a veces adelantarse la muerte como resultada del efecto secundario de un tratamiento analgésico, o sedante.

Aconsejamos retirar el término, ya que está mejor definido por el de doble efecto.

## 8. Voluntades anticipadas o Testamento vital

Consisten en la descripción explícita de los deseos que expresa una persona para su atención en situaciones en las que no pueda expresar su voluntad, tales como el coma persistente irreversible y trastornos cognitivos que anulen o disminuyan la capacidad de decisión.

En su mayor parte, proponen actitudes y acciones de buena práctica médica (no alargar la vida innecesariamente, no utilizar medidas desproporcionadas, etc...), así como la posibilidad de delegar en uno o varios interlocutores.

Las voluntades anticipadas son una expresión de autonomía y de la libertad de elección de los medios terapéuticos, y deben ser respetadas por los médicos y otros profesionales, así como las organizaciones. También es importante recalcar que las voluntades anticipadas no pueden incluir la demanda de eutanasia, ya que sería ilegal, y también contradictoria con los principios de la buena práctica médica.

## 9. Suicidio asistido

Consiste en la ayuda indirecta a la realización de un suicidio, a demanda de una persona con o sin enfermedad avanzada irreversible. En caso de que no pueda realizarlo por limitaciones de carácter físico, se trata de ayuda directa o cooperación necesaria.

## 10. Obstinación o Encarnizamiento terapéutico

Consiste en la adopción de medidas diagnósticas o terapéuticas, generalmente con objetivos curativos no indicados en fases avanzadas y terminales, de manera desproporcionada, o el uso de medios extraordinarios (nutrición parenteral, hidratación forzada) con el objeto de alargar innecesariamente la vida en la situación claramente definida de agonía.

Las causas de la obstinación pueden incluir las dificultades en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo, la falta de formación, la demanda de enfermo y familia, o la presión para el uso de tecnología diagnóstica o terapéutica.

Entre sus consecuencias, podemos destacar la frustración de equipos y enfermos, y la ineficiencia debida al uso inadecuado de recursos.

## 11. Abandono

Se trata de la falta de atención adecuada a las múltiples necesidades del entorno y su familia. Entre sus razones destacan la falsa idea de que "ya no hay nada que hacer" y una formación insuficiente en cuidados paliativos.

## 12. "Buena práctica" médica

En la atención al final de la vida, podemos considerar buena práctica médica la aplicación de los objetivos (dignidad y calidad de vida), principios (atención integral de enfermo y familia), y métodos (control de síntomas, soporte emocional y comunicación, cambio de organización) de los cuidados paliativos. También, la aplicación de medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación o encarnizamiento como el abandono, el alargamiento innecesario (o futilidad) y el acortamiento deliberado de la vida (cacotanasia o cóctel lítico).

## **Anexo 3: Documentos para resolver problemas éticos**

El respeto a la dignidad personal, que es el núcleo fundamental para la resolución adecuada de los problemas.



Para resolver la problemática de la diversidad de problemas éticos se utilizan:

Los documentos elaborados por la asociación Médica Mundial. (1947)  
Los códigos de ética y Deontología médicas (1990) y de enfermería (1973) como punto de referencia.

Conocer las disposiciones legales vigentes en el país. Así como el convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, (Convenio de Oviedo) (1997) el Estatuto del embrión humano, (1986) la carta de los derechos y deberes del enfermo. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente 41/2002 del 14 de noviembre.

Ley 14/2006 de 26 de mayo sobre técnicas de Reproducción Asistida.

Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigación en Biomedicina.

Entre los que hacen referencia a estos problemas que se nos plantean, y constituyen el marco de consulta en la nutrición:

Los Derechos Humanos (DDHH) Promulgados por la ONU en 1948

Art. 3 Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Art. 25-1 Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Código de Deontología Médica (CEDM).

Art. 8-1 El médico respetará las convenciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las suyas.

Art. 9-2 El médico respetará el derecho del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o tratamiento. Deberá informarle de forma comprensible de su negativa

Existe la obligación moral del paciente de poner todos los medios para curarse.

Art. 10-5 Existe el deber de poner los medios para salvar la vida o evitar daños.

Art. 21 Cualquier intervención médica caprichosa o carente de base científica es rechazada por la Ética Médica.

Art. 28-2 En caso de enfermedad incurable y Terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del hombre.

Art. 31 El médico en ningún caso dejará de prestar su atención al paciente que la necesitara por intento de suicidio, huelga de hambre o rechazo de tratamiento. Respetará la libertad de los pacientes y tratará de persuadirlos a que depongan su conducta, aplicando, en las situaciones límite, previo requerimiento de la autorización judicial, la imprescindible asistencia médica.

Código de Deontología de Enfermería (CDEE)

Art. 4 La enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la constitución española y la declaración universal de derechos humanos.

Por ello la enfermera /o está obligada a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.

Art. 6 En ejercicio de sus funciones, las enfermeras/os están obligadas/os a respetar la libertad del paciente a elegir y controlar la atención que se le presta.

Art. 14 Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, en su familia o su domicilio.

Art. 15 La enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cuál pueda ser el padecimiento, edad o circunstancias de dichas personas.

Art. 16 En su comportamiento profesional, la enfermera/o tendrá presente que la vida es un derecho fundamental del ser humano y por tanto deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción.

Art. 52 La enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad y la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aqueje. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes.

Art. 53 La enfermera/o tendrá como responsabilidad profesional primordial la salvaguarda de los derechos humanos orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados.

LEY GENERAL DE SANIDAD (Art. 10 y 11 de la ley 14/86, de 25 de abril) y LEY BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES en materia de información y documentación clínica (ley 41/02 de 14 de noviembre)

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las administraciones públicas sanitarias.

1 Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.

5 A que se le dé en términos comprensibles, en cantidad adecuada, información verbal sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento...En la medida que el paciente lo permita, podrán también ser informadas las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. El paciente tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada entre las opciones clínicas disponibles.

CONFERENCIA EPISCOPAL NORTEAMERICANA (1995)

Cuando un tratamiento conlleva riesgos o es gravoso en otros sentidos, una persona críticamente enferma puede tener un deseo legítimo y altruista de no imponer cargas excesivas sobre la familia o la comunidad....puede aceptar una muerte temprana como consecuencia de su rechazo a un tratamiento irracionalmente caro.

DECLARACIÓN DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL en 1990

En los casos de cuidados médicos a individuos en huelga de hambre, donde el deber de cuidar la vida física en casos extremos, en que peligra la propia supervivencia, es de rango superior al deber de respetar la libertad del huelguista.

LA DECLARACIÓN DE GINEBRA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (1948), adoptada por la OMS., formula los ideales Hipocráticos en términos actuales: Guardaré el máximo respeto a la vida humana desde su comienzo.

CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE. (2007)

El enfermo en estado vegetativo, la administración de agua y de alimento, aunque se lleve a cabo por vías artificiales, constituye siempre un medio natural de conservación de la vida, no un acto médico. Por tanto, su uso se debe considerar, en principio, ordinario y proporcionado, y como tal moralmente obligatorio, en la medida y mientras se demuestre alcanzar su finalidad propia, que en este caso consiste en proporcionar alimento al paciente y alivio a sus sufrimientos. Incluso cuando el "estado vegetativo" se prolongue.

#### **Anexo 4: NUTRICION HOSPITALARIA**

La alimentación hospitalaria está dirigida a una colectividad formada por personas sanas, por personas enfermas que no siempre presentan pautas alimentarias especiales, y personas con enfermedades que precisan dietas específicas. El servicio de alimentación del hospital debe tener una planificación adecuada de los alimentos y cubrir las necesidades de los pacientes.

La desnutrición hospitalaria es aquella que se produce en pacientes ingresados durante su hospitalización. Aunque la principal causa de desnutrición hospitalaria es la propia enfermedad, existen otros factores que pueden agravar la situación y que son prevenibles.

Entre estos efectos debemos considerar y solucionar:

- Estado anímico del paciente
- Menús desequilibrados, insuficientes, con mala presentación o temperatura
- Ayunos diagnósticos excesivos
- Ayunos terapéuticos excesivamente prolongados
- Horarios divergentes a los habituales
- Rechazo del menú por el paciente
- Falta de control de la ingesta
- Inexistencia de evaluación nutricional al ingreso y durante su estancia
- Dilución de responsabilidades a la hora de velar por el estado nutricional.

La alimentación ejerce un papel determinante en la evolución de las enfermedades, por lo que la confección de las dietas debe efectuarse desde una base científica y con un conocimiento de la persona o grupo al que van dirigidas.

La unidad de nutrición clínica y dietética es la responsable de la planificación y seguimiento de la alimentación de los pacientes ingresados, de la coordinación entre el servicio de alimentación y las Unidades de Hospitalización, así como de dar asesoramiento dietético y recomendaciones al alta del paciente

### **Código de dietas**

Se denomina código de dietas al conjunto de dietas programadas en un hospital. Con cada una de las dietas se persigue, bien un objetivo preventivo, diagnóstico, terapéutico o simplemente proporcionar durante el ingreso una alimentación completa y equilibrada.

Cada dieta del código debe constar:

- Denominación genérica de la dieta
- Contenido nutricional
- Restricciones alimentarias específicas
- Enfermedades a las que va dirigida
- Posibles deficiencias nutricionales

Un código de dietas debe ser un sistema de comunicación claro, tanto en la forma como en contenido del mensaje, entre los distintos grupos de trabajo implicados en la alimentación de los pacientes. Cada dieta del código ha de tener un objetivo claro, y si es posible es interesante informar al paciente sobre la composición de la dieta que está siguiendo en el hospital.

Aunque los códigos de dieta de los distintos hospitales pueden ser similares, cada hospital debe establecer el suyo propio en relación al tipo de enfermedades que se atienden prioritariamente en ese hospital, por su actividad clínica y quirúrgica específica.

## Tipos de dietas

<b>Dietas basales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adulto</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pediátricas</li> </ul>
	<p><b>De consistencia modificada:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas de dentición</li> <li>• Por túrmix</li> </ul>
<b>Dietas terapéuticas</b> (dirigidas a situaciones específicas)	<p><b>Dietas progresivas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta líquida</li> <li>• Dieta semiblanda</li> <li>• Dieta blanda</li> <li>• Dieta de transición</li> </ul>
	<p><b>Modificaciones energéticas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta hipercalórica</li> <li>• Dieta hipocalórica</li> </ul>
	<p><b>Modificaciones en los hidratos de carbono</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta para diabetes</li> <li>• Dieta sin lactosa</li> <li>• Dieta rica en fibra</li> <li>• Dieta pobre en fibra (astringente)</li> <li>• Dieta sin residuos</li> </ul>
	<p><b>Modificaciones en las proteínas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta con restricción proteica</li> <li>• Dieta sin gluten</li> <li>• Dieta hiperproteica</li> </ul>
	<p><b>Modificaciones en las grasas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta pobre en colesterol</li> <li>• Dieta basal sin grasas</li> <li>• Dieta de protección biliar</li> <li>• Dieta de MCT ( triglicéridos de cadena media)</li> </ul>
	<p><b>Modificaciones en los elementos minerales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta controlada en sodio</li> <li>• Dieta controlada en potasio</li> <li>• Dieta controlada en fósforo</li> <li>• Dieta controlada en calcio</li> </ul>
	<p><b>Dietas para pruebas complementarias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta para recogida de catecolamina o serotonina</li> <li>• Dieta para Van de Kamer</li> </ul>
	<p><b>Dietas especiales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta musulmana o específica para otras culturas</li> <li>• Dietas individualizadas</li> </ul>

## **Prevención y lucha contra las enfermedades .Sanidad alimentaria**

**-Ley 26/1984 de 19 de julio para la defensa de los consumidores y usuarios.**

**-Real decreto 1.712./1991 de 29 de noviembre por el que regula el registro general sanitario de alimentos.**

**-Real decreto 50/1993 de 15 de enero y el que regula el control oficial de los productos alimentarios.**

**-Real decreto 2.207/1995 de 28 de diciembre sobre normas de higiene de los productos alimentarios.**

### **ANEXO 5: PROPUESTAS DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS EN NUTRICION ENTERAL Y NUTRICION PARENTERAL**

La NUTRICION ENTERAL (NE) es el aporte de una fórmula nutricional de suplementos líquidos a una persona a estomago o intestino, a través de una sonda o mediante ingesta oral a intervalos regulares. Para ello el aparato digestivo tiene que ser anatómica y funcionalmente útil.

La nutrición enteral permite asegurar el funcionamiento de los órganos y sistemas e incide favorablemente en la salud y en su calidad de vida.

No existe ninguna alternativa.

La sonda se introduce en un orificio de la nariz hasta el estomago/intestino por un profesional entrenado.

El riesgo es pequeño, puede ocasionar pequeñas lesiones al colocarla y la incomodidad que produce el llevar la sonda. Se comprobará su correcta localización con una radiografía

En el caso de que la nutrición supere las seis semanas, y si no se hallan disponibles las vías anteriores o resulta dificultoso mantenerlas entonces se pasará a realizar otra técnica que consiste en la colocación de una sonda que comunica directamente el aparato digestivo con la piel del paciente (estoma), la colocación del tubo se puede hacer en una zona especializada en endoscopias bajo control radioscópico, o bien en quirófano con anestesia de cuyos riesgos le informará en su momento el servicio de anestesiología

Riesgos personalizados

Riesgos relacionados con sus circunstancias personales específicas

.....  
.....  
.....

Las complicaciones mecánicas que pueden aparecer, suelen estar ocasionadas con la colocación de la sonda y su mantenimiento: vómitos, lesiones nasales, en esófago, estomago, obstrucción de la sonda, en raras ocasiones otitis, gastrointestinales (diarrea y estreñimiento), infecciosas, neumonitis por aspiración, infección del orificio del estoma, granuloma, fuga periostomal, intolerancia al nutriente o por exceso o bien por defecto de nutriente.

Declaraciones y firmas

D/D<sup>a</sup>.....  
en pleno uso de mis facultades declaro que he sido informado  
suficientemente por el Dr..... del procedimiento de  
la técnica que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones  
más frecuentes, tanto de tipo general como derivados de mi situación  
concreta y he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas. Por ello, doy mi  
consentimiento para que se me realice dicha técnica.  
Mi aceptación es libre y voluntaria y puedo retirar este consentimiento  
cuando lo crea oportuno.

Firma del paciente

Dr. D/D<sup>a</sup>..... he informado al  
paciente ( o en su defecto a su tutor o familiar) del objeto y naturaleza de la  
técnica que se le va a realizar, en su situación clínica concreta,  
explicándole los riesgos y complicaciones posibles

Firma del medico

TUTOR LEGAL O FAMILIAR EN SUSTITUCION

D/D<sup>a</sup>.....y en calidad de.....,  
es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento,  
no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la



responsabilidad de la decisión. He sido suficientemente informado de la técnica o procedimiento que se le va a realizar y otorgo expresamente mi consentimiento para dicha técnica, que podré retirar en el momento que lo desee.

Firma del tutor o familiar.

Revocación:

Por la presente, anulo cualquier autorización plasmada en el presente impreso, que queda sin efecto a partir de este momento, me han sido explicadas, y entiendo y asumo, las repercusiones que sobre la evolución del proceso ello pudiera derivar

Firma del paciente o representante legal

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO EN NUTRICION PARENTERAL (NPT)

La nutrición parenteral consiste en la administración de todos los nutrientes necesarios por vía intravenosa a una persona cuando la vía digestiva no puede o no debe ser utilizada durante periodos superiores de cinco a siete días.

### Beneficios.

Permitir la supervivencia, facilitar la reparación tisular y el funcionamiento de órganos y sistemas que favorecen la salud del enfermo.

### Alternativas.

Siempre que sea posible por existir un tracto gastrointestinal funcionando debe utilizarse la nutrición enteral.

La nutrición parenteral debe ser estricta en sus indicaciones y valorar en todo momento los beneficios, riesgos, costes derivados y carga asistencial.

Vías de acceso. Dependen de la duración prevista, tipo de nutrición indicada y accesos venosos disponibles.

### 1. Nutrición parenteral periférica (NPP)

Los nutrientes se aportan por vía venosa periférica. Son aquellas que se utilizan en las extremidades, durante periodos de tiempo cortos, de tres a cinco días.

Esta técnica la realizara un profesional entrenado.

La complicación más frecuente es la flebitis, debido a la irritación que produce el material de catéter sobre la pared vascular.

En caso de que la nutrición esté prevista para mas largo plazo, entonces se pasará a la nutrición parenteral central.

### 2. Nutrición parenteral central ( NPT )

Los nutrientes se aportan por vía venosa central.

Las venas utilizadas para el abordaje se localizan en brazos, cuello, ingle y zona subclavicular.

Entre los riesgos puede producirse neumotorax inmediato, embolia gaseosa por entrada de aire.

Ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Las complicaciones pueden ser del catéter : trombosis venosa y flebitis, obstrucción del catéter, lesión arterial, mala posición del catéter.

Complicaciones de tipo infeccioso: la más importante sepsis del catéter habitualmente por contaminación.

Complicaciones metabólicas, tanto por exceso como por déficit del nutriente.

El médico especialista es el encargado de realizar esta técnica, con medidas de asepsia y anestesia local, controlando este proceso, las posibles molestias, ligero dolor durante la colocación, a veces son dificultosas o laboriosas, requieren en ocasiones cambio a otra zona

Después de la punción pueden quedar molestias en la zona de sensación de dolor, acorchamiento u hormigueo generalmente pasajeras.

Riesgo personalizado.

Riesgo relacionado con las circunstancias personales específicas.

.....  
.....  
.....

#### Declaraciones y firmas

D/D<sup>a</sup>..... en pleno uso de mis facultades.

Declaro que he sido informado suficientemente por el

Dr..... del procedimiento de la técnica que se me va a realizar, así como el de sus riesgos y complicaciones mas frecuentes, tanto de tipo general como derivados de mi situación concreta y he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas. Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicha técnica.

Mi aceptación es libre y voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Firma del paciente

Dr. D/D<sup>a</sup>..... he informado al paciente ( o en su defecto a su tutor o familiar) del objeto y naturaleza de la técnica que se le va a realizar, en su situación clínica concreta, explicándole los riesgos y complicaciones posibles

Firma del medico

#### TUTOR LEGAL O FAMILIAR EN SUSTITUCION

D/D<sup>a</sup>.....y en calidad de....., es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la

responsabilidad de la decisión. He sido suficientemente informado de la técnica o procedimiento que se le va a realizar y otorgo expresamente mi consentimiento para dicha técnica, que podré retirar en el momento que lo desee.

Firma del tutor o familiar.

Revocación:

Por la presente, anulo cualquier autorización plasmada en el presente impreso, que queda sin efecto a partir de este momento, me han sido explicadas, y entiendo y asumo, las repercusiones que sobre la evolución del proceso ello pudiera derivar

Firma del paciente o representante legal

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_

#### IV BIBLIOGRAFÍA

- Revista Palliative & Supportive Care is
- “Nutrition and hydration: moral and pastoral reflections” (la nutrición y la hidratación: reflexiones morales y pastorales), comité para las actividades pro-vida, conferencia Nacional de obispos católicos, 1992;
- Juan pablo II\_ “Life-sustaining treatment and the vegetative state” (los tratamientos para conservar la vida y el estado vegetativo), 20 de marzo de 2004.
- “ethical and religions directives for catholic health care services” (ERD-siglas en ingles) (directivas éticas y religiosas para los servicios católicos de la salud), 4ta ED., USCCB, 2001.
- El plan anticipado de cuidados, un modelo de atención al final de la vida. MP Loncan, A Poblet, M Rusiñol, R montllo, M Castro, A Mateos Fundación Sta. Susana. Caldes de montbui. Barcelona.
- Bases para afrontar los dilemas éticos al final de la vida Drs.

Wilson Astudillo A. y Carmen Mendinueta.

- Decisiones al final de la vida- una guía pastoral
- Richard Benson, CM, PhD, STD  
St. John's seminary (seminario de San Juan), Camarillo, CA.
- Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos  
Comité directivo de la sociedad Española de cuidados Paliativos en Barcelona.
- Reflexiones sobre los problemas científicos y éticos relativos al estado vegetativo persistente. Academia Pontificia para la vida.2004.
- Vaticano/USA-Respuestas sobre alimentación e hidratación artificiales.2007.
- Sobre la moralidad de retirada de tratamientos a los pacientes .A. Pardo Departamento de Humanidades Biomédicas .Universidad de Navarra.2002.
- Andorno R. Bioética y dignidad de la persona, 1998.
- Aristóteles: Ética a Nicómaco. ED. Alianza 2006.
- Beauchamp TL, Childress Jf. Principles of Biomedical Ethics Nueva York:Ed Oxford University 1989.
- Calipari M.de la Academia Pontificia por la vida del Vaticano .conclusión de lo éticamente adecuado en el uso de los medios de conservación de la vida.”Curarse y hacerse curar” Cáp. .V.
- Collazo Chao E.: Nutrición artificial y ética clínica. Curso Master 2006- 2008.
- Del Barco J.L., “Bioética de la persona”: Univ. De la Sabana, 1998.
- Elio Sgreccia: Manual de bioética. ED. Diana 1994.
- Espejo Arias M.D, Castilla García A.: Bioética en las ciencias de la salud ICEB 2001.
- García de Lorenzo A., “Medicina crítica práctica”, Novartis 2007.
- Iceta Gavicagoeascoa M. “Futilidad y toma de decisiones en medicina paliativa”, Caja Sur, 1997.Mezclas intravenosas y nutrición artificial. “aproximación bioética al soporte nutritivo “.Convaser Cee Valencia 1999 (4 edición )
- Marcuello Franco C.A. “Seminarios de ética en enfermería” Eunsa, 1987.
- Martínez J.A. “Fundamentos teórico-prácticos de nutrición y dietética”, ED. Mc Graw Hill, 2000.
- Martínez J.A. “Nutrición y estado nutritivo”. ED. Mc Graw Hill, 2002
- Martínez J.A., Madrigal H. y Astiasaran I, “Alimentación y salud publica” ED. Mc Graw Hill, 2002.

- Muñoz M., Arancetas S. y García-Jalon I. “Nutrición aplicada y dietoterapia” Eunsa, 1999.
- Pastor García L.M. y Leon Correa F.J. “Manual de ética y legislación en enfermería” ED. Mosby, 1997.
- Polaino Lorente A. “Manual de bioética general”. ED. Rialp, 1997.
- Roqué M.V. “Documentación Master 2006-2008 Univ. I. Cataluña (UIC)”
- “Medico y paciente”. El lado humano de la medicina. Duxelm 2006
- “revista cuadernos de bioetica” XIX equivocos entorno a los conceptos de vida y calidad de vida.
  
- Tomas G.M. y Postigo E. “Bioética personalista” ED. Tribuna Siglo XXI, 2007.
  
- Torralba I. y Rosello F. “Antropología del cuidar”. Instituto Borja de Bioética, 1998.
- Taboada P Medios ordinarios de conservación de la vida. La enseñanza de la tradición moral 2008.
- Katheen Mahan L. y Escote Stump S. “Nutrición y dietoterapia de Krause” ED. Mc Graw Hill, 2000.
- Villanueva Zaragoza J “Sociedad Actual” Col ide.art nº 8 Gobierno de Aragón (2002)

A mi esposo Miguel e hijos Miguel Ángel y María,  
que entienden mi dedicación a la formación.