

ALIMENTACIÓN EN PACIENTES TERMINALES INTERNADOS Y SU RELACIÓN CON LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS

Dr. Boris Arancibia Andrade

Médico Internista, Especialista en Medicina Legal y Forense. Hospital Santa Bárbara Sucre- Bolivia

Dr. Elias Espada Flores

Médico Internista de la Unidad de Terapia Intensiva. Hospital Santa Bárbara Sucre- Bolivia

Lic: Roxana Delgado

Licenciada en Nutrición, Jefa del Servicio de Nutrición. Hospital Santa Bárbara Sucre- Bolivia

Dra.: Rosa Katerine Yañez Sasamoto

Residente Gastroenterología Clínica. I.G.B.J Sucre- Bolivia

Palabras clave: Principios bioéticos; Paciente terminal; Alimentación forzada; Selección alimentaria
Keywords: Bioethics principles; Terminal patient; Forced feeding; Food choice.

RESUMEN

Este trabajo intenta reflexionar sobre la decisión del paciente terminal en relación a su derecho de decidir el tipo de alimentación que desea (además de la posible solicitud de no ser alimentado), y los interrogantes que estas decisiones pueden plantear dentro del equipo profesional a cargo de su cuidado en el marco de una institución de salud. Así mismo se enumeran y se relacionan algunos principios bioéticos para esta problemática que pueden arrojar luz en la terapéutica a seguir en este tipo de casos.

SUMMARY

The aim of this work is to ponder over the right of the terminal patient to decide on his/her type of feeding —and on the possible request by such patient not to be fed at all—, and the questions these decisions can bring about within the professional team in charge of the patient's care within the framework of a health institution. Additionally, some bioethics principles are set forth regarding this issue, which can bring light as to the appropriate therapy to follow in these cases.

INTRODUCCION

El presente trabajo se basa en la publicación realizada por la Lic. Susana A. Buamden, licenciada Nutricionista, Docente de la Universidad de Buenos Aires como un aporte valioso a nuestro Hospital Santa Bárbara con el propósito de analizar hasta qué punto y de qué manera la indicación dietoterápica acompaña al paciente en su estadio final, y como dicha indicación se relaciona con las demás decisiones terapéuticas que se toman respecto al paciente. Para ello se abordará el tema de la alimentación en un contexto que excede al meramente biológico relacionándolo con principios bioéticos.

En los pacientes terminales se deben tomar muchas decisiones relacionadas con el tipo de tratamiento a seguir y se plantean interrogantes alrededor de una cuestión central: hasta qué punto es ético someter al paciente a tratamientos dolorosos que no mejorarán su situación de vida. También se podría graficar como

una dicotomía entre “tratamientos paliativos” versus “medicina basada en la insistencia en curar el órgano enfermo”. En nuestro país la legislación positiva y los principios éticos no convalidan la asistencia o ayuda al suicidio (1,2) aunque muchas veces se decide no continuar el tratamiento de un paciente terminal aún sin un marco legal que avale esta práctica. En este sentido, la alimentación no es ajena a la práctica médica, por lo tanto, siguiendo con el criterio aceptado usualmente, un paciente terminal tendrá en la mayoría de los casos una dieta más o menos restrictiva que acompañe su tratamiento. Esta dieta podrá ser oral o forzada (alimentación enteral o parenteral).

La Selección Alimentaria en el paciente hospitalizado.

“En el acto de la alimentación el hombre biológico y el hombre social ó cultural están estrechamente ligados y recíprocamente implicados” (2,3,4). Si aceptamos esto como cierto, debemos considerar entonces que los mecanismos

por los cuales elegimos un determinado alimento en detrimento de otro son muy complejos. La elección responde a necesidades biológicas, afectivas, sociales, estacionales, etc. y se pone en juego toda una trama socio-cultural-afectiva que habla de nuestra totalidad como individuos. Es de esperar que estos mecanismos se manifiesten también en el enfermo. Cuando un paciente está internado, deja de decidir sobre muchos actos de su vida cotidiana, entre ellos su alimentación.

La decisión acerca del alimento a ingerir la toma el nutricionista. Dicho alimento es preparado en una cocina que el paciente desconoce y es servido por un extraño. Existe una determinada cantidad de tiempo para ingerir el alimento que está en relación a la ronda del camarero de turno para repartir las viandas y retirar la bandeja. Todo esto hace que el momento de la comida en un hospital pueda vivirse como un momento tenso. Como norma de seguridad microbiológica, usualmente no se les permite a los familiares ingresar al hospital con comida preparada fuera del hospital. Resulta muy llamativo como, pese a los controles, se viola esta norma, respondiendo quizás a una necesidad social que sobrepasa cualquier prohibición.

Los pacientes terminales se encuentran por su condición en una situación de angustia que es vivida también por su entorno directo, aquellos con quienes compartía distintos momentos de su alimentación, cuando estaba sano. Por lo tanto cabe la pregunta de si es conveniente privar al paciente terminal de ese clima de encuentro y diálogo que se aconseja desde las Guías Alimentarias: "aproveche el momento de la comida para el encuentro y el diálogo con otros". En las mismas se postula que "comer en un clima tenso hace más difícil digerir los alimentos".

Es habitual que los pacientes empeoren su ingesta en la internación, contribuyendo así a la desnutrición hospitalaria. Al interrogar a los pacientes acerca de su baja ingesta, suelen referir que "la comida no tiene gusto a nada", "la sopa

es agua sucia, no como la de casa", "la hamburguesa no es como la que hacía mi señora ó mi mamá". Este tipo de argumentos se pueden oír aún en lugares donde la cocina es de alta calidad. Pareciera ser que en momentos de angustia la comida pasa a ser el detonante de otras situaciones y el rol afectivo de la alimentación prevalece sobre el rol biológico. (3,4,5)

El rol de la Nutrición Clínica "La Nutrición Clínica es un área temática pluridisciplinaria que intenta proveer del cuidado nutricional óptimo a todos los pacientes, de acuerdo a su patología y evolución. Este cuidado abarca desde la dieta oral o unas recomendaciones dietéticas hasta el soporte nutricional órgano y enfermedad específico administrado por vía enteral y/o parenteral" (6,7,8).

La desnutrición hospitalaria, ha demostrado ser la causante de prolongar los días de internación, empeorar el pronóstico y disminuir la sobrevida, por lo que se recurre a la vía enteral por sonda ó parenteral cuando no es suficiente el aporte por boca.

Con la alimentación artificial la nutrición del paciente se limita a un hecho biológico, lo cual es absolutamente necesario en muchos casos; sin embargo, la voluntad del paciente se expresa en aquellos que, aún muy debilitados, hacen incontables esfuerzos para quitarse la sonda de alimentación. (8)

En los casos en que se puede optar por la vía oral, se modifica la dieta según la indicación dietoterápica. La dieta comienza a restringirse en mayor ó menor grado.

Como se expresó anteriormente, la restricción de la dieta en el paciente terminal internado puede influir negativamente en su sobrevida al excluirlo de las decisiones con respecto a su alimentación. Un paciente que no está internado, en cambio, aunque tenga que realizar una dieta estricta, sigue teniendo mucho que decidir acerca de su alimentación: donde comprar los alimentos, como prepararlos, quien cocina, donde comer, con quien hacerlo, etc. El paciente

hospitalizado, en el mejor de los casos, es solo consultado acerca de sus gustos alimentarios. De todos modos, el mejor plan de alimentación deja de tener sentido si el paciente lo rechaza. ¿Cuál es el rol de la Nutrición Clínica entonces? ¿Cómo aplicar los conocimientos en pos del mejoramiento del paciente? ¿Qué entiende el paciente por mejoría? ¿Es conveniente adecuarse a los deseos alimentarios del paciente terminal aun cuando vaya contra la indicación dietoterápica? ¿En qué casos?

El paciente terminal hospitalizado y la decisión acerca de su alimentación

"A diferencia de otras épocas en que se moría en el ámbito familiar, actualmente el paciente es deportado al espacio hospitalario a fin de controlar y combatir la enfermedad y la muerte: es el nuevo modelo de muerte hospitalaria que favorece el morir impersonal y la ruptura de las habituales relaciones interpersonales" (9,10,11).

El paciente terminal así hospitalizado, queda a cargo del equipo de salud, que procurará su cuidado.

La ley de ejercicio de la Medicina establece: "respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse ó internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesiones graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio ó delito". O sea que si el paciente se negase a recibir tratamiento, el equipo de salud debería acatar esta decisión. (5,11,12,13).

Si entendemos la nutrición como parte del tratamiento, podríamos decir que si el paciente se negase a comer no tendríamos que forzarlo. Por otra parte, la alimentación es una necesidad básica y privar a un paciente de ella equivaldría a quitarle el respirador artificial a quien lo necesite. En relación esto, el Código de ética para el equipo de salud establece:

"En ningún caso el médico está autorizado a abreviar ó suprimir la vida de un paciente mediante acciones u omisiones orientadas directamente a ese fin. La eutanasia por omisión configura

una falta gravísima a la ética médica y a las normas legales. Debe permitirse la muerte del enfermo pero nunca provocársela" (14).

No es posible entonces apoyar desde una institución la no alimentación del enfermo a pesar de que éste exprese su voluntad de no comer. Esto es el detonante de muchos interrogantes ya que el único modo de mantener nutricionalmente equilibrado al paciente es por la vía de la alimentación artificial (enteral/parenteral). Por lo tanto: ¿Tiene sentido? ¿Hasta cuándo es conveniente hacerlo? ¿Puede revertirse la decisión del paciente? ¿Es ético hacerlo?

Principios bioéticos en la alimentación del paciente terminal. Si entendemos la indicación dietoterápica como un acto médico y este como "un acto complejo, que en tanto implica conocimiento, no sólo científico sino saber acerca del fin que se quiere lograr y las consecuencias que puede conllevar una determinada acción diagnóstica o terapéutica, es un acto moral. Es un acto libre, un acto que cuenta con la total autonomía del médico en la toma de sus decisiones aunque su realización prevea la autonomía y la libertad del paciente, que es el directo afectado por estas decisiones" (16,17,18). Entonces los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía son aplicables a la alimentación del paciente terminal. Según el deontologismo los principios se deben cumplir siempre inexorablemente, pero según el utilitarismo se entiende que se puede conceder prioridad de uno sobre otro. (19) Desde esta última posición filosófica, el Dr. Diego Gracia establece una jerarquía de los principios; "la no maleficencia es el principio básico de toda la bioética, y la base de toda jerarquización, de modo que el principio primario es el de no maleficencia y justicia, y el secundario derivado, el de autonomía beneficencia".

Aplicado esto a la alimentación del paciente:

a) Autonomía (A): el paciente tiene derecho a elegir que comer, siempre y

cuando pueda usar su razón, este libre de amenazas y tenga la información suficiente.

b) No maleficencia (NM): la indicación dietética no debe dañar al paciente. Si no se respetan las pautas dietéticas recomendadas por respetar la voluntad del paciente, entrarían en conflicto los principios de A y NM.

c) Beneficencia (B): El médico o nutricionista deben actuar en beneficio del paciente. Si éste no puede alimentarse adecuadamente por vía oral deben decidir otro tipo de alimentación. El nutricionista debe asegurarse que el paciente cubra la necesidad básica de alimentarse.

d) Justicia (J): "Darle a cada uno lo que le corresponde", se relaciona con los costos. En el caso de la alimentación parenteral los costos son muy elevados y para la alimentación enteral los costos dependerán del tipo de fórmula que se utilice. Se plantea el problema de quién va a afrontar esos costos, y si se justifica gastar grandes sumas en la alimentación de un paciente que se va a morir. En contraposición está el derecho a alimentarse del paciente y el principio de beneficencia; el médico debe asegurar que el paciente reciba su alimentación. (20,21,22)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Si comer responde a una necesidad biológica pero también a otras necesidades (sociales, afectivas, etc.), entonces no se puede considerar a la nutrición clínica alejada del contexto social. La dietoterapia intenta curar con los alimentos, con su selección y forma de preparación. En un paciente terminal no hay cura posible, entonces vale preguntarse cuál es el rol de la dietoterapia en esos casos. Además si entendemos la nutrición clínica como parte del tratamiento médico, entenderemos que las decisiones respecto a la alimentación deben ser coherentes con las restantes.

La alimentación se relaciona directamente con los procesos vitales. Una muestra de esto es que habitualmente se oye en las salas de internación frases del

tipo: "ayer estaba muy mal pero hoy comió", etc. También es notorio el cambio que produce en el ánimo de los allegados al paciente que "coma bien" o que, en cambio, "dejó toda la bandeja tal como se la trajeron".

Surge con más fuerza la pregunta ¿Hasta qué punto restringir la dieta en un paciente terminal?. Cuando la alimentación artificial se hace necesaria surgen otros interrogantes. ¿Quién la va a pagar? ¿Vale la pena? ¿Hasta cuándo?

Como respuesta a esto en la práctica muchas veces se da una alimentación mínima por vía artificial, que no cubre con los requerimientos del paciente pero calma las ansias de sus allegados y las culpas del equipo médico. ¿Es ético? Resulta extremadamente difícil decidir sobre la alimentación de un paciente terminal internado haciendo valer sus derechos, sus consideraciones acerca de su propia alimentación y conjugarlo con los conocimientos científicos sobre el tema. Los principios de autonomía y no maleficencia entran en juego. Cuando la alimentación es forzada se plantean otros problemas que dejan de lado el rol social de la alimentación pero plantean cuestiones éticas relacionadas con el principio de justicia y de beneficencia

BIBLIOGRAFIA

1. PATITO JA., GUZMÁN C. El Derecho al buen morir. Encrucijadas 2005; (34):69.
2. CONTRERAS J. Alimentación y cultura: necesidades, gustos y costumbres. Barcelona. Publicacions Universitat de Barcelona, 1995. p. 13.
3. SERVÁN R. Casos Clínicos en Nutrición Artificial. Buenos Aires. Abbot Laboratories Argentina, 1997. p.7.
4. ROVALETTI ML. La Ambigüedad de la Muerte: Reflexiones en torno a la Muerte Contemporánea. Rev Colomb Psiquiatr. 2002; 31 (2):137-54 .
5. Ley 17.132/1967 artículo 19, inciso 3. Régimen legal del ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares de las mismas (Boletín Oficial, 31 de Enero de 1967).
6. Asociación Médica Argentina. Código de Ética para el Equipo de Salud. Libro IV Capítulo 34. Art. 552. Buenos Aires. Asociación Médica Argentina, 2001.

7. ANDREU DE BENNATO M. Los principios bioéticos en la toma de decisiones médicas. (Citado: 10/09/2009) Disponible en [www. bioetica.org](http://www.bioetica.org)
8. J. VAN DER AREN A. La participación de la enfermera en la parte final de la vida. Consejo Internacional de Enfermería. *Enfermería Actualidad* 1997; IX:12.
9. ASTUDILLO W., MENDINUETA C., Astudillo E. Cómo ayudar al paciente en sus últimos días. *Medicina y Persona* 1992 ene-mar:33.
10. VEGA J., CENTENO C., MARTÍNEZ LEÓN M., MARTÍNEZ BAZA P. Bioética de la situación terminal de enfermedad. V Jornada de la S.E. de Medicina Legal y Forense; 1992 Oct 7-9; Córdoba, España.
11. Astudillo, ob.cit.: 33-36.
12. NIEVES MARTÍN E. La relación clínica con el paciente difícil. Documentos SEMFYC 7. Sobre Bioética y Medicina de Familia. Palma de Mallorca: SEMFYC; 1996:63-7.
13. Kass LR. Eutanasia y autonomía de la persona: vivir y morir con dignidad. *Human Life Review* 1989; XVI.
14. VEGA J. y otros, ob.cit.: 5.
15. Twycross. Manejo terapéutico del dolor en el cáncer. Trad. de Lab. Sarget; original en *Primary Care & Cancer* 1988; V.
16. Espejo Arias MD. Los cuidados paliativos. 1997: 132.
17. GUTIÉRREZ M., De la Fuente M. Problemas éticos de enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos. *Cuadernos de Bioética* 1994; 3:182-5.
18. Congreso Mundial de Medicina y Cuidados Intensivos. Declaración de Ética en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos. Madrid; 1996.
19. Martín JM, et al. Algunas reflexiones sobre ética en Cuidados Intensivos Pediátricos. *Cuadernos de Bioética* 1996; 26 (2):149-155.
20. Rossner F. Withdrawing fluids and nutrition: an alternate way. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 1988 Jun; 64 (5):363-75.
21. Martínez Baza P., Vega Gutiérrez J., Centeno C. Bioethics of nutrition and hydration in oncological patients in a terminal situation. IX Simposium de la Org. Europea para Prevención del Cáncer; 1991 Oct 17-19, Madrid, España.
22. Astudillo W., Mendinueta C., Tamés J. La alimentación en el enfermo terminal: consejos dietéticos. *Rev. Medicina, Universidad de Navarra* 1992; IV-VI:31-7.