

**TALLER FINAL INTEGRADOR**

**“Apoyo Nutricional en pacientes oncológicos  
terminales”**

**Alumna: Villar Flavia**

**Docente: Lic. O´Relly Esperanza**

**Año 2011**

# Cuerpo I

# Índice

## Cuerpo I

	<i>Pág.</i>
I- Introducción. -----	6
II- Marco Teórico -----	11
1- Enfermedades crónicas. Definición -----	11
1- Cáncer. Definición -----	12
1- 1. Factores de riesgo -----	13
2- Síntomas de la enfermedad -----	13
2- 1. Síntomas en etapas avanzadas -----	13
3- Tratamiento del cáncer en etapa terminal -----	14
3- 1. Tratamiento farmacológico del dolor por cáncer -----	15
3- 2. Tratamiento en la anorexia – caquexia -----	15
3- 3. Tratamiento de náusea crónica y vómito -----	16
4- Cuidados Paliativos. Definición -----	17
5- Soporte Nutricional. Definición -----	18
6- Nutrición Enteral -----	19
6 - 1. Indicaciones -----	19
6- 2. Vías de administración -----	20
7- Nutrición Parenteral -----	20
7- 1. Indicaciones -----	21
7- 2. Vías de administración -----	21
7- 3. Sistemas de administración -----	22
8- Soporte Nutricional en pacientes con tratamiento paliativo -----	22

9- Características de pacientes oncológicos con prioridad para recibir soporte nutricional. -----	24
10- Cuestiones éticas en pacientes terminales -----	24
III- Metodología. -----	29
IV- Análisis de Datos -----	32
1- Análisis de los resultados obtenidos a través de las encuestas realizadas -----	32
V- Conclusión -----	38
VI- Bibliografía -----	41
<b>Cuerpo II</b>	
I- Anexo -----	3

# Introducción

## Introducción.

Cuando se habla de cáncer se hace referencia a la enfermedad producida por diferentes tipos de células no saludables y anormales que crecen sin control en los tejidos del cuerpo. Cuando la proliferación es anormal causa tumores malignos que dañan la función normal de los órganos a los que afecta.

Éstas células se pueden diseminar (metástasis) en los órganos cercanos o a otras zonas del cuerpo, dependiendo del tipo de cáncer y de la gravedad de la enfermedad.

El cáncer no sólo produce daños en los órganos afectados sino también otros síntomas como dolor, debilidad, pérdida de peso, depresión.<sup>1</sup>

En pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad la anorexia es uno de los síntomas más frecuentes que contribuyen a la caquexia, la que produce déficit nutricionales considerables junto con anomalías metabólicas, características en pacientes con neoplasia diseminada.<sup>2</sup> En estos casos, los mismos, reciben tratamiento paliativo.

Cuidados paliativos es un concepto que surge en Europa en el año 1960, a partir de algunos profesionales de la salud, insatisfechos con la atención de las personas cercanas a la muerte.

Los Cuidados Paliativos se presentan como un alivio y un acompañamiento desde una perspectiva ética.<sup>3</sup> Ponen el énfasis en la calidad de vida, es decir, en la paz, la comodidad y la dignidad.

Los Cuidados Paliativos están dirigidos a aquellos pacientes que ya no se beneficiarán de los tratamientos curativos, es decir, de la serie de medidas e intervenciones, como el apoyo psicosocial, la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, que se llevan a efecto con el fin de curar la enfermedad o prolongar considerablemente la vida y mejorar la calidad de esta<sup>4</sup>; son pacientes con un pronóstico de seis meses de vida o menos.

---

<sup>1</sup> Janet M. Torpy . Hoja para el paciente de JAMA. JAMA, 2010; 303: 11

<sup>2</sup> Bertolino y col. Cuidados Paliativos: Guías para el manejo Clínico (2da Edición) ED: Dr. Eduardo Brunea, Dra. Liliana De Lima. Organización Panamericana de la Salud. 9; 49

<sup>3</sup> Rafael Wainer. "Acompañando a la gente en el último momento de su vida": Reflexiones en torno a las construcciones paliativista de la dignidad e el final de la vida. Runa, 2008. 28: 19

<sup>4</sup> WHO Media centre. Organización Mundial de la Salud (OMS)

Los tratamientos paliativos incluyen cirugía, medicamentos, tratamiento del dolor, apoyo nutricional, apoyo psicológico y familiar.<sup>1</sup>

Apoyo o soporte nutricional hace referencia a un tipo especial de alimentación que se brinda a pacientes que, por distintas causas, la alimentación por vía oral no es suficiente para cubrir sus requerimientos diarios.

En casos en los que el aparato digestivo aún funciona los nutrientes llegan a un determinado sector del mismo (estómago, duodeno o yeyuno) a través de una sonda, este tipo de alimentación se define como Nutrición Enteral (NE) .

En pacientes en los que la alimentación oral y/o Enteral son imposible o insuficiente, existe otra vía denominada Nutrición Parenteral (NP) en la que la administración de nutrientes se realiza por vía endovenosa.

Cada una de estas vías son indicadas en situaciones específicas, previa evaluación rigurosa de cada paciente.

Dentro de los Cuidados Paliativos sólo en casos particulares resulta importante brindar Apoyo Nutricional. Se trata de pacientes con cáncer digestivos, cuya pérdida de peso se debe a obstrucciones digestivas y a la dificultad de alimentarse por vía oral y en los que la elección es NE por ser fácil de preparar y económica.

En cuanto NP no se considera aceptable dentro del ámbito de los cuidados paliativos, sólo excepciones.<sup>2</sup>

Se asume que por lo menos el 22% de las muertes de los pacientes neoplásicos la causa responsable final es la desnutrición. Estudios realizados<sup>5,6,7</sup> en este tipo de pacientes, a los que se suministró NE concluyeron que los pacientes del grupo tratado con esta vía de alimentación mejoraron el apetito así como la ingesta de nutrientes lo que se acompaña de un aumento significativo en el peso corporal. La respuesta subjetiva y objetiva con radioterapia fue mejor y las cifras de mortalidad tendieron a disminuir.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> Haffejee AA, Angom IB: Nutritional status and the non-specific cellular and humoral immune response in esophageal carcinoma. *Ann Surg* 1979; 189: 475-479.

<sup>6</sup> Tandon SP, Gupta SC, Sinha SN, Naithani IP: Nutritional Support as an adjunct therapy of advanced cancer patients. *Indian J Med Res* 1984; 80: 180-188.

<sup>7</sup> Van Bokhorst-De Van der Soehren MA, Langendoen SI, Vondeling H, Kuik DJ, Quak JJ, VanLeeuwen PAM: Perioperative enteral nutrition and quality of life of severely malnourished head and neck cancer patients: a randomized clinical trial. *Clin Nutr* 2000; 19: 437-444.

<sup>8</sup> M. Planas y col. Contribución del soporte nutricional a combatir la caquexia cancerosa. *Nutr. Hosp.* 2006, 3, 28-32

El paciente tiene derecho a decidir sobre cómo transitar todas las etapas de la enfermedad y los cuidados que desea recibir hasta el momento final de su vida. Para esto es importante que, al momento del diagnóstico, el médico le informe debidamente sobre su situación y las posibilidades de tratamiento, incluyendo el Apoyo Nutricional como opción en caso de una pérdida de peso importante que resulte difícil de mejorar a través de la alimentación por vía oral.

Lo que se trata de conocer aquí es: si en la práctica habitual, los médicos indican soporte nutricional en pacientes con cáncer terminal

El objetivo general de este trabajo es: Analizar las indicaciones de Soporte Nutricional en pacientes oncológicos terminales, realizadas por médicos que ejercen su profesión en hospitales públicos.

Objetivos específicos.

- Indagar acerca de los parámetros clínicos que utilizan los médicos clínicos para determinar que un paciente es terminal.
- Conocer los cuidados nutricionales que se brindan a pacientes terminales.
- Identificar a quien o quienes participan en la decisión de los cuidados que reciben los pacientes en etapa terminal
- Estimar el grado de información manejada por los médicos sobre Apoyo Nutricional y Cuidados Paliativos.

Es posible encontrar a profesionales de la salud que consideran que alimentar a pacientes oncológicos terminales con Nutrición Enteral o Parenteral es “un gasto” totalmente innecesario, la explicación es tan simple como: “pronto este paciente se va a morir”. Cuando se dice pronto es un lapso de tiempo que puede variar entre horas, días o uno a tres meses, este último es el mayor tiempo de sobrevivencia que se da a un paciente terminal.

Es como si olvidaran que frente a ellos tienen a un Ser Humano, con todos los derechos que le corresponden desde el primero hasta el último día de su vida. Además, no está solo, son Personas que se encuentran rodeadas de quienes los quieren y sufren, también, por ellos.



Un tema importante dentro de cualquier cultura es la alimentación y el valor que se da a los alimentos dentro de una familia, una sociedad. Al momento de decidir que un paciente ya no “merece” ser alimentado, es importante que dentro de la evaluación clínica, se tenga en cuenta su entorno, el estado emocional, sus deseos y todos los factores que lo hacen ser Humano y no sólo un organismo enfermo.

No se trata únicamente de lo económico, este debería ser el último punto a considerar en la evaluación del paciente terminal.

Si el Soporte Nutricional no resulta un procedimiento invasivo y que deteriore la Calidad de Vida del paciente, pensarlo como un “Gasto” debe ser descartado del vocabulario de cualquier profesional de la salud.

Por tanto la finalidad de este trabajo es hacer un cambio respecto de esta forma de pensar, sobre todo en los profesionales que desempeñan su actividad en el ámbito de la salud. Es decir que lo último a evaluar, en un paciente terminal, sea el costo de la alimentación.

Aquellos que crean que el paciente terminal es un “gasto” reflexionen sobre lo despectivo de esta palabra, los pacientes no son “cosas”.

## **Marco Teórico**

## MARCO TEÓRICO

### Introducción

Dentro del marco teórico se hará un recorrido por los conceptos más importantes para el abordaje de esa investigación.

Se inicia con la definición de enfermedades crónicas, para entender porque el cáncer es una enfermedad incluida en esta categoría. El concepto que se desarrolla luego es el de cáncer, los síntomas y los tratamientos posibles en etapas más avanzadas de la enfermedad ó etapa terminal. Se explican, también, las características de esta etapa.

Para los pacientes que ya no tienen posibilidades de tratamientos curativos se les dan otros tipos de cuidados, denominados Cuidados Paliativos cuya definición es parte de este recorrido.

El Soporte Nutricional es el concepto fundamental de este trabajo, se explica el procedimiento, sus variantes e indicaciones generales, y específicas en los casos de pacientes oncológicos terminales.

Por último se mencionan algunas cuestiones éticas en torno a los pacientes en etapa terminal.

### 1- Enfermedades Crónicas. Definición

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y, en general progresión lenta. Las enfermedades crónicas, como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, son, con mucho, la principal causa de mortalidad en el mundo, que representan el 60% de las muertes. De los 35 millones de personas que murieron a causa de las enfermedades crónicas en el año 2005, la mitad eran menores de 70 y la mitad eran mujeres.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> WHO Media centre. Organización Mundial de la Salud (OMS)

Uno de los mayores temores es la incertidumbre asociada con una enfermedad crónica. La enfermedad puede ser esporádica y durar solo un tiempo breve o puede ser permanente y empeorar gradualmente con el paso del tiempo.

Las enfermedades crónicas pueden forzar muchos cambios de estilo de vida potencialmente estresantes como por ejemplo, dejar de hacer actividades que disfruta, adaptarse a nuevas limitaciones físicas y necesidades especiales y pagar medicaciones y servicios de tratamiento costosos.

Con el paso del tiempo, estas tensiones y sentimientos negativos pueden robarle la energía emocional necesaria para avanzar en la vida. La falta de progreso en su recuperación o el empeoramiento de los síntomas pueden desencadenar pensamientos negativos que aumentan los sentimientos de ansiedad y tristeza, que con frecuencia llevan a la depresión.

Debido a que la depresión conduce a menudo a malos hábitos alimenticios, falta de ejercicio e higiene inconsistente, puede inclusive complicar su recuperación de una enfermedad crónica y empeorar su estado físico en general.<sup>10</sup>

## **2- Cáncer. Definición**

Cáncer es un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Otros términos utilizados son neoplasias y tumores malignos. Una de las características que define el cáncer es la generación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites normales y pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos en un proceso que da lugar a la formación de las llamadas metástasis.

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Se le atribuyen 7,9 millones de defunciones (o aproximadamente el 13% de las defunciones mundiales) ocurridas en 2007.<sup>11</sup>

El cáncer comienza en una célula. La transformación de una célula normal en una tumoral es un proceso que abarca varias fases y suele consistir en una progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Esas modificaciones son resultado de la interacción entre

---

<sup>10</sup> Centro de apoyo de enfermedades crónicas. Asociación Americana de Psicología

<sup>11</sup> WHO Media centre. Organización Mundial de la Salud (OMS) *Nota descriptiva num. 297*

los factores genéticos de una persona y tres categorías de agentes exteriores, a saber: carcinógenos físicos, como la luz ultravioleta y la radiación ionizante; carcinógenos químicos, como el asbesto y el humo del tabaco, y carcinógenos biológicos, como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos.

El envejecimiento es otro factor fundamental en el desarrollo de cáncer.

### **2-1. Factores de riesgo del cáncer**

El tabaquismo, el alcoholismo, el consumo insuficiente de frutas y hortalizas, las infecciones por virus de la hepatitis B, de la hepatitis C y por virus del papiloma humano (VPH) son los principales factores de riesgo de cáncer en los países de ingresos bajos y medianos. El cáncer cervicouterino, causado por el VPH, es una de las principales causas de defunción por cáncer de las mujeres en países de bajos ingresos.<sup>12</sup>

## **3- Síntomas de la enfermedad**

Además de provocar cambios y daños en la zona donde comenzó, el cáncer suele desencadenar otros síntomas, como fatiga, pérdida de peso, anemia (bajo recuento de glóbulos blancos), dolor, debilidad, depresión y falta de aliento, y puede estar asociado con la infección.<sup>13</sup>

### **2- 1. Síntomas en etapas avanzadas**

En las 3/4 parte de los pacientes con cáncer avanzado presentan dolor y este puede estar provocado por el cáncer, por los tratamientos de cáncer y por causas ajenas al cáncer y su tratamiento.

El dolor por efecto multidimensional es lo que se conoce como dolor total, porque se toman en cuenta los factores: físicos, psicológicos, social y espiritual.

---

<sup>12</sup> ibidem

<sup>13</sup> Janet M. Torpy . Hoja para el paciente de JAMA. JAMA, 2010; 303,; 11

Otros síntomas que presentan estos pacientes son náuseas y vómitos. La náusea es una experiencia subjetiva caracterizada por la sensación desagradable de querer vomitar. Se denomina vómito a la expulsión del contenido gástrico a través de la boca, mediante un acto reflejo coordinado centralmente.

La náusea ocupa el séptimo lugar en cuanto a los síntomas más frecuentes que afectan al 40% de los pacientes durante la primera consulta, en algunos pacientes con cáncer se convierte en un síntoma muy molesto que impide la ingestión y una adecuada alimentación e hidratación.<sup>14</sup> Una de las consecuencias de esta situación es la malnutrición.

En el paciente oncológico la malnutrición es frecuente. La prevalencia de malnutrición no se ha reducido en los últimos años, sino que muestra tendencia ascendente, situándose en porcentajes variables que difieren de unos estudios a otros, pero que nunca se encuentran por debajo del 20% de los pacientes atendidos.

No hay un sólo parámetro que defina la desnutrición, por lo que es obligatorio valorar una serie de ellos simultáneamente e interpretar sus resultados. Los que más peso específico tienen sobre la definición de desnutrición son los que tienen relación con la masa muscular, las proteínas séricas y el estado inmunitario.

En el paciente oncológico pueden darse cualquiera de los tipos de desnutrición:

El tipo Kwashiorkor indica una predominancia del déficit proteico, con mantenimiento de un aporte energético a base de carbohidratos y grasas y un consumo casi nulo de proteínas

En el tipo marásmico hay una marcada pérdida de peso, tanto de masa grasa como de panículo adiposo.

En la caquexia llaman la atención la pérdida de masa magra y la anorexia marcadas del paciente.<sup>15</sup>

La anorexia-caquexia afecta a un gran número de pacientes con cáncer, no sólo etapas avanzadas sino que puede presentarse a lo largo de todo el curso evolutivo de la enfermedad. Si bien la anorexia podría definirse como la pérdida del deseo de comer, la

caquexia comporta una pérdida importante y progresiva de masa muscular, y en menor medida, de masa grasa. La caquexia puede presentarse antes de que se manifieste la pérdida de peso. Es consecuencia de una disminución en la ingesta de alimentos asociada a

---

<sup>14</sup> Bertolino y col. Cuidados Paliativos: Guías para el manejo Clínico (2da Edición) ED: Dr. Eduardo Brunea, Dra. Liliana De Lima. Organización Panamericana de la Salud. 5, 29; 6,34; 8, 41; 9,50-51

<sup>15</sup> E. Oria y col- Problemas agudos de la nutrición en el paciente oncológico. Anales Sis San Navarra . 2004, 27,.3

un incremento, en general, del gasto energético y a una serie de alteraciones metabólicas mediadas por el propio tumor.<sup>16</sup>

#### **4- Tratamiento del cáncer en etapa terminal**

El tratamiento depende del tipo de cáncer, el alcance de la diseminación del cáncer y el estado de salud de la persona. En los casos en los que la enfermedad está en una etapa avanzada, los pacientes reciben cuidados paliativos (para aliviar los síntomas) cuando el cáncer es incurable. Los tratamientos paliativos incluyen la cirugía (como una colostomía para reducir la obstrucción del colon o una traqueotomía para ayudar a la persona a respirar con mayor facilidad), medicamentos, tratamiento del dolor, apoyo nutricional (p. Ej. líquidos enriquecidos o sondas de alimentación), atención en centros para enfermos terminales y apoyo espiritual y familiar.<sup>17</sup>

##### **4- 1. *Tratamiento farmacológico del dolor por cáncer:***

- Fármaco de acuerdo al tipo de dolor: opioides débiles vs. fuertes
- Dosis de rescate: 10% de la dosis en 24 horas
- Anticipación de efectos secundarios: sedación inicial, estreñimiento crónico
- Aprovechamiento de sinergismo: aines + opioides + bloqueadores NMDA
- Individualización
- Enfermedades generales: insuficiencia hepática y renal
- Evaluación frecuente: 2 veces al día en pacientes hospitalizados
- Creer en la evaluación del paciente <sup>18</sup>

##### **4- 2. *Tratamiento en la anorexia -caquexia:***

El síndrome de caquexia-anorexia, acompañado siempre de astenia, se observa en un gran número de pacientes: entre el 80 y 90 % de los pacientes con cáncer, en etapa avanzada. En todos ellos, el síndrome de anorexia-caquexia-astenia contribuye de manera

---

<sup>16</sup> Planas y col. Contribución del soporte nutricional a combatir la caquexia cancerosa. Nutr. Hosp. 2006, 3, 27-36

<sup>17</sup> Janet M. Torpy., op. Cit., p. 11

<sup>18</sup> Bertolino y col., op. Cit., p. 29

significativa a una peor calidad de vida, mayor morbilidad y mortalidad. Este síndrome se caracteriza por pérdida de peso, lipólisis, atrofia muscular, anorexia, náusea crónica y astenia, con el resultado consiguiente de cambios importantes en la imagen corporal, y generalmente va acompañado de angustia y depresión de grado variable, tanto en el paciente como en su familia. En el desarrollo del cuadro no participa solo la disminución de una ingesta alimentaria inferior a las necesidades metabólicas mínimas, sino que principalmente factores proteicos liberados por el sistema inmunológico, tumor o los tejidos afectados por procesos inflamatorios o hipóxicos.

La preocupación por la anorexia como síntoma es muy importante, pues su eventual alivio mejora la calidad de vida del paciente. Medidas sencillas, como la selección de alimentos preferidos y la presentación de los alimentos en pequeños volúmenes 3 a 4 veces al día, pueden mejorar considerablemente la ingesta alimentaria.

En particular, la caquexia con cáncer se asocia con mucha frecuencia a anorexia pertinaz, a náusea crónica, a astenia, a angustia o depresión, lo que favorece el desarrollo del cuadro clínico. Sin duda, la pérdida de peso es el principal elemento clínico en los pacientes con caquexia neoplásica o de otra etiología.

Una pérdida del 10% o más de peso, es un importante indicador de una malnutrición moderada a avanzada. Es el elemento clínico más importante para cuantificar la caquexia.

A los enfermos anoréxicos o con náuseas, no se les debe forzar la ingesta y de preferencia se aconseja usar alimentos fríos y líquidos en pequeñas cantidades a lo largo del día, manteniendo algunos horarios en función de la comida en familiar, como almuerzo y cena. Asimismo, es importante conocer a través de la familia y del propio paciente las preferencias que él ha tenido en el pasado, con el objeto de mejorar el aporte de líquidos y nutrientes.<sup>19</sup>

#### **4- 3. Tratamiento de náusea crónica y vómito**

La náusea es una experiencia subjetiva caracterizada por la sensación desagradable de querer vomitar. Se denomina vómito a la expulsión del contenido gástrico a través de la boca, mediante un acto reflejo coordinado centralmente, lo que lo diferencia de la regurgitación, fenómeno que consiste en la devolución de los alimentos a la boca

---

<sup>19</sup> Bertolino y col., op. Cit., p. 34



sin participación de la actividad motora y autonómica que caracteriza al vómito. La náusea y el vómito pueden aparecer en forma independiente, pero comparten gran parte de su fisiopatología.

Dentro de las medidas no farmacológicas se debe intentar tranquilizar al paciente para que disminuya su ansiedad y el miedo, garantizando la accesibilidad al equipo tratante y formando una red de apoyo con sus familiares, amigos cercanos y voluntarios. De ser posible, su sitio de descanso debe estar aislado de la cocina para evitar el olor de la preparación de los alimentos. Es importante recomendar a los familiares que no lo “obliguen” a comer, sino que le “ofrezcan” pequeñas cantidades de los alimentos que el paciente “desea”. Tampoco se deben mantener restos de alimentos alrededor del paciente cuando no los está consumiendo.<sup>20</sup>

## **5- Cuidados Paliativos. Definición**

Como su nombre lo indica, van dirigidos a paliar, no a curar, los síntomas del cáncer. Pueden ayudar a los enfermos a vivir más confortablemente; se trata de una necesidad humanitaria urgente para las personas de todo el mundo aquejadas de cáncer u otras enfermedades crónicas letales. Se necesita sobre todo en los lugares donde hay una gran proporción de enfermos en etapa avanzada que tienen pocas probabilidades de curarse. Por medio de los cuidados paliativos se puede proporcionar alivio a los problemas físicos, psicosociales y espirituales de más del 90% de los enfermos de cáncer avanzado.<sup>21</sup>

Tradicionalmente la medicina está basada en la curación de las enfermedades y en la prolongación de la vida. Sin embargo, los médicos no están siempre obligados a hacer todo lo posible para prolongar la vida del paciente. No se debe ver la muerte como el gran fracaso de la Medicina. En los momentos en los que no se puede prolongar la vida y la muerte sea inevitable, el tratamiento está enfocado en aliviar el dolor y paliar el sufrimiento. Nacen así, los cuidados paliativos como las medidas que ayudan a liberar el sufrimiento y mejorar tanto la calidad de vida de los pacientes con enfermedad avanzada como la angustia de sus familiares.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> Bertolino y col., op. Cit., p. 41

<sup>21</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), op. Cit., 11

<sup>22</sup> Valero Zanuy y col. ¿Se considera la hidratación y la nutrición artificial como un cuidado paliativo? Nutr Hosp. 2006;21, 680-685

Los cuidados paliativos son un concepto de la atención al paciente que incluye a profesionales de la salud y a voluntarios que proporcionan apoyo médico, psicológico y espiritual a enfermos terminales y a sus seres queridos. Los cuidados paliativos ponen el énfasis en la calidad de vida, es decir, en la paz, la comodidad y la dignidad. Una de las metas principales de los cuidados paliativos es el control del dolor y de otros síntomas para que el paciente pueda permanecer lo más alerta y cómodo posible.<sup>23</sup>

A pesar de la opinión unánime en la necesidad de establecer medidas de cuidado básico en las fases finales de la vida, el término cuidado paliativo es subjetivo. Una medida que un individuo puede considerar como básica, a otro puede parecerle extraordinaria. Las preferencias del paciente pueden ser establecidas en el documento de directrices anticipadas. Sin embargo, la mayoría de los estudios muestran que pocos pacientes tienen este documento.

En general la aceptación de una medida como cuidado básico, depende de la carga o sufrimiento que conlleve, del pronóstico y de la probabilidad de mejorar.<sup>24</sup>

Los servicios de cuidados paliativos están disponibles para personas que ya no pueden beneficiarse de los tratamientos curativos; el paciente típico de cuidados paliativos tiene un pronóstico de vida de 6 meses o menos. Los programas de cuidados paliativos proporcionan servicios en varias situaciones: en el hogar, en centros de cuidados paliativos, en hospitales o en establecimientos capacitados para asistir enfermos. Las familias de los pacientes son también un enfoque importante de los cuidados paliativos, y los servicios están diseñados para proporcionarles la asistencia y el apoyo que necesitan.<sup>25</sup>

## **6- Soporte Nutricional. Definición**

El apoyo nutricional provee sustento alimenticio a los pacientes que no pueden comer normalmente.

El ingerir alimentos por la boca es el método preferido y debe utilizarse siempre que sea posible, pero algunos pacientes tal vez no puedan consumir alimentos suficientes por la boca debido a complicaciones del cáncer o su tratamiento.

---

<sup>23</sup> Hoja informativa 8.1s del Instituto Nacional del Cáncer. Organizaciones nacionales que brindan servicios a las personas con cáncer y a sus familias.

<sup>24</sup> Valero Zanuy y col., Op. Cit., p. 82

<sup>25</sup> Instituto Nacional del Cáncer., op. Cit., 12

Un paciente puede recibir la Nutrición Enteral (mediante una sonda insertada en el estómago o el intestino) o de manera Parenteral (administrada al torrente sanguíneo directamente). Los nutrientes son administrados en preparaciones, líquidos que contienen agua, proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas o minerales. El contenido de la preparación depende de las necesidades del paciente y el método de alimentación.

Cada forma de terapia nutricional tiene sus propios beneficios y desventajas. Por ejemplo, la nutrición Enteral mantiene al estómago y los intestinos funcionando normalmente y tiene menos complicaciones que la nutrición Parenteral; el cuerpo utiliza mejor los nutrientes en la alimentación Enteral.

El apoyo nutricional puede ser útil para pacientes que presentan una o más de las siguientes características:

- Bajo peso corporal.
- Incapacidad para absorber nutrientes.
- Perforaciones o abscesos de drenaje en el esófago o en el estómago.
- Incapacidad para comer o beber por la boca durante más de 5 días.
- Riesgo nutricional moderado o alto.
- Capacidad, conjuntamente con la persona a cargo de su atención, de manejar las alimentaciones por tubo en el hogar.<sup>26</sup>

## **7- Nutrición Enteral**

Alimentación Enteral, es un tipo especial de alimentación en la cual los nutrientes llegan a un determinado sector del aparato digestivo (estómago, duodeno o yeyuno) a través de una sonda. Por tal motivo solo podrán usarse en este tipo de alimentación dietas de consistencia líquida.

Es por tanto una vía de excepción para la incorporación de nutrientes ya que las etapas de ingestión, masticación, insalivación y deglución como ocurren cuando el paciente se alimenta por boca no se cumplen.<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> Hoja informativa del Instituto Nacional del Cáncer. La nutrición en el tratamiento del cáncer (PDQ®)

<sup>27</sup> Schor I. Alimentación por vía de excepción. Alimentación Enteral y Parenteral en Nutrición. ED. Pupi RE, Brusco O, Salinas RD, López Libreros Editores, 1ra Edición. Buenos Aires, 1986; 669-684.

Para que este tipo de alimentación pueda llevarse a cabo es necesario que el intestino delgado mantenga su capacidad digestiva y fundamentalmente absorbitiva.<sup>28</sup>

### 7- 1. *Indicaciones*

En todos aquellos casos en que el paciente no pueda, no deba o no quiera ingerir alimentos por boca o bien no alcance a cubrir con su ingesta el valor calórico y plástico que necesite en esas circunstancias.<sup>29</sup>

*No pueden comer* los pacientes en estado de coma en casos en que haya alteraciones mecánica deglutoria o algún impedimento mecánico al pasaje de alimentos (estenosis u obstrucción de esófago, cardias o píloro).

*No deben comer* los pacientes con fístulas de alto débito o ubicadas en las primeras porciones del tubo digestivo; pancreatitis aguda; primeros estadíos de resecciones entéricas amplias o en las agudizaciones de las enfermedades inflamatorias crónicas (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn).

*Se niegan a comer* pacientes con problemas psiquiátricos (cuadros depresivos) o por motivos sociopolíticos (huelga de hambre).

No cubren sus necesidades energéticas pacientes hipercatabólicos (sépticos, grandes quemados, traumatizados), con anorexia (cáncer, sepsis, alteraciones sensitivas y sensoriales) o aquellos que sufren molestias al ingerir alimentos (dolor, diarrea, etc).<sup>30</sup>

### 7- 2. *Vías de administración*

La colocación de la sonda puede hacerse en forma incruenta a través de los orificios naturales (boca o nariz) o de lo contrario mediante procedimientos quirúrgicos realizados a nivel del estómago (gastrstomía) o del intestino delgado (yeyunostomía).<sup>31</sup>

Se están utilizando además de las gastro y yeyunostomías laparoscópicas.

---

<sup>28</sup> Shils ME. Enteral (Tube) and Parenteral Nutrition support. En Modern Nutrition in Health and Disease. ED. Shils ME y Young VR. 7ma Edición Lea & Febiger. Philadelphia (USA) 1988; 1023-1068.

<sup>29</sup> Schor I. y Shils ME., Op. Cit., 11,12

<sup>30</sup> Kelly GD; Fleming CR. Physiology of the gastrointestinal tract as applied to patients receiving tube enteral nutrition. In Clinical Nutrition. Enteral and tube feeding Ed. Rombeau JL, Rolandelli RH. 3a Ed. Saunders Co. Philadelphia (USA) 1997; 12-22

<sup>31</sup> ibidem

Si la sonda se coloca en el estómago, los alimentos pueden suministrarse a través de la sonda ininterrumpidamente o en tandas varias veces por día.<sup>32</sup> En este caso se usarán porciones de distinto volumen colocadas en frascos de plástico invertidos que gotearan por gravedad. También puede hacerse en forma de “bolo”, ayudándose con jeringas que impulsaran la mezcla alimentaria a lo largo de la sonda.<sup>33</sup> Si la sonda se coloca en el intestino delgado, los alimentos se suministran de forma continua,<sup>34</sup> esta también puede realizarse por gravedad pero es conveniente usar una bomba de infusión continua.<sup>35</sup> Se cuenta con diferentes preparaciones disponibles. Algunas ofrecen nutrición completa y otras suministran ciertos nutrientes. Se seleccionan las preparaciones que satisfacen las necesidades específicas de los pacientes.<sup>36</sup>

## **8- Nutrición Parenteral**

La nutrición Parenteral suministra nutrientes directamente en el torrente sanguíneo del paciente. Se utiliza cuando el paciente no puede ingerir alimentos por la boca o por alimentación Enteral.

La alimentación Parenteral evita el sistema digestivo normal. Los nutrientes son administrados al paciente directamente en la sangre, a través de un catéter (sonda delgada) insertado en una vena.<sup>37</sup>

### **8- 1. Indicaciones**

De rutina: Resección Intestinal Masiva, Pancreatitis Aguda Moderada a Severa, Enterocolitis Necrotizante, Desnutrición Severa, sin posibilidad de utilizar el tubo digestivo por más de 7 días.

Habitualmente útiles: Desnutrición Severa Preoperatoria, Cirugía Mayor, Trauma y Quemados, con Absorción Intestinal Inadecuada, Fístulas de Alto Débito, Enfermedad de

---

<sup>32</sup> Instituto Nacional del Cáncer., op. Cit., 15

<sup>33</sup> Schor I., op. Cit., p. 669-684

<sup>34</sup> Instituto Nacional del Cáncer., op. Cit., 15

<sup>35</sup> Soifer G y Schor I. Alimentación por vías de excepción: enteral y Parenteral. En Biblioteca de Medicina. ED. Esper RJ y Mazzei JA. Tomo VII Nutrición. Enfermedades Metabólicas. Diabetes. 1ª Edición. El Ateneo, Buenos Aires 1993; 94-103

<sup>36</sup> Instituto Nacional del Cáncer., op. Cit., 15

<sup>37</sup> Valero Zanuy y col., Op. Cit., p. 82

Crohn con reposo intestinal, Obstrucción del Intestino Delgado, Hiperemesis Gravídica, Quimioterapia Intensiva con diarrea marcada.<sup>38</sup>

### **8- 2. Vías de administración**

Existen dos técnicas para administrar el apoyo nutricional Parenteral:

A través de venas periféricas (nutrición Parenteral periférica-NPP).<sup>39</sup> La osmolaridad tolerable por las venas periféricas es de alrededor de 500 mOs.

Se puede utilizar dextrosa al 10%, aminoácidos al 5%. Los lípidos pueden utilizarse por vía periférica porque tienen una osmolaridad semejante a la del plasma. Se utiliza con una bolsa única o con el sistema en Y.<sup>40</sup>

A través de grandes venas centrales (nutrición Parenteral central-NPC).

La elección de alguna de las dos técnicas dependerá del período de tiempo durante el cual se administrará la NPT.

La NPP se utiliza durante períodos cortos de tiempo, mientras que la NPC puede administrarse en plazos más prolongados.

### **8- 3. Sistemas de administración**

Sistema continuo: es la administración de nutrientes durante las 24 horas a un flujo constante.

Sistema cíclico: Consiste en administrar nutrientes durante un período de 12 a 16 horas, generalmente durante la noche.<sup>41</sup>

## **9- Soporte nutricional en los pacientes con tratamiento paliativo**

---

<sup>38</sup> Rombeau J. Guidelines for the Use of parenteral and enteral Nutrition in Adult and Pediatric Patients. ASPEN Board of Directors, JPEN 1993; 17 (4):Supp.

<sup>39</sup> Masoorli, Sue. "Control de las complicaciones." Dispositivos de acceso a una vía central. Nursing 1997, 15; 10:18-20

<sup>40</sup> Cohen A. Simplified Technique for Placement of Long Term Central Venous Silicone Catheters: Surg Gynecol.Obstet 1982; 154:721-724

<sup>41</sup> Instituto Nacional del Cáncer., op. Cit., 15

Por definición, el tratamiento oncológico paliativo es el suministrado para los pacientes que tienen una expectativa de vida inferior o igual a 3 meses, o para quienes padecen un tipo de cáncer que no responde al tratamiento oncológico. Pero, *si la expectativa de vida es de menos de 1 mes, los pacientes están considerados en una fase terminal.*

El objetivo principal del tratamiento paliativo es el mantenimiento o restablecimiento del “bienestar” de los pacientes, de su rendimiento en la vida diaria y su Calidad de Vida (CdV).

La intervención nutricional en los cuidados paliativos se enfoca primordialmente sobre el control de los síntomas (tales como: náuseas, saciedad temprana, vómitos), el mantenimiento de un adecuado estado de hidratación, preservando todo lo posible el peso corporal y la composición corporal (masa muscular y grasa vs. edema y ascitis). Pero también va a depender de los deseos del paciente y de su familia, teniendo en cuenta además, los riesgos y los beneficios relacionados con la Nutrición Enteral (NE) y la Nutrición Parenteral (NPT) si las llegase a recibir.

Recientes estudios han expuesto, que en cáncer existe una influencia negativa del estado nutricional sobre la CdV. La pérdida de peso y otros síntomas relacionados con la nutrición, han sido asociados con una baja CdV. Incluso, ha habido una clara correlación entre la reducción de la ingesta nutricional y la CdV, documentándose que esta ingesta influyó en un 20% la CdV y que una baja CdV está relacionada con la reducción de la respuesta al tratamiento oncológico.

Dependiendo de los resultados de la evaluación nutricional, un soporte óptimo requiere ser seleccionado con el objetivo de mejorar la CdV de los pacientes.

Las opciones disponibles son: recomendaciones dietéticas, suplementos nutricionales orales, NE o NPT.<sup>42</sup>

Una controversia la constituyen medidas como la nutrición e hidratación artificiales. ¿Estas medidas son tratamiento médico o cuidado básico?

En todas las culturas el hecho de compartir el alimento está revestido de un profundo valor social. Además, dar de comer al hambriento y dar de beber al sediento son obras de gran peso moral en nuestra sociedad.

Suprimir estas medidas puede provocar sentimientos de culpa, tanto en la familia como en el equipo sanitario.

---

<sup>42</sup> Marín y col. Relación entre la intervención nutricional y la calidad de vida en el paciente con cáncer. Nutr Hosp. 2007. 22; 3,6

Algunos autores piensan que la alimentación e hidratación artificiales no son equiparables a otros tratamientos médicos y, según este punto de vista, aunque se puedan suprimir o no instaurar determinados tratamientos, la hidratación y la alimentación artificiales siempre deben ser instauradas.

Se presupone que no se le puede negar a nadie la comida ni la bebida y de aquí se deduce, sin más, su carácter de cuidados elementales y, por ello, obligatorios en cualquier caso. Pero esta presunción dista mucho de ser correcta y prescindir de los líquidos y los alimentos no siempre contribuye a aumentar el sufrimiento, sino todo lo contrario.

Por eso, otros apelan al valor simbólico que tienen estas medidas y piensan que la alimentación e hidratación artificiales no tienen diferencias significativas con las otras técnicas de soporte vital. Consideran que estas son procedimientos médicos sujetos a los mismos criterios que el resto, de manera que a veces pueden resultar injustificadamente perjudiciales.

La pregunta que hay que responder antes de instaurar o suprimir una nutrición, ya sea Enteral o Parenteral, es si hay un equilibrio entre los beneficios que se espera obtener y los riesgos, molestias y efectos secundarios que se ocasionan al enfermo. Según Azucena Couceiro, de quien hemos tomado muchas de estas ideas, como norma general rara vez debe administrarse nutrición Parenteral al enfermo terminal. Núñez Olarte distingue tres fases en el tratamiento de la enfermedad:

1. La curativa, en la que hay que atender a la supervivencia y en la que la hidratación y nutrición serían obligatorias.
2. La paliativa en la que prima la calidad de vida restante del paciente, y en la cual la hidratación y nutrición son posibles, pero dependiendo de esta calidad de vida.
3. La agónica, en la que hay que tener en cuenta la calidad de muerte y donde la nutrición e hidratación estarían contraindicadas.

Tanto en virtud del principio de autonomía como por ley, debe ser el propio paciente quien tome la decisión. Finalmente, la retirada de la nutrición e hidratación artificiales ¿puede considerarse eutanasia pasiva?

¿Qué es la eutanasia pasiva? Porque, o bien no se instaura un tratamiento, o éste se retira porque se considera fútil, es decir, porque está proporcionando más cargas que beneficios al paciente. O bien, el tratamiento puede ser eficaz y el paciente lo rechaza en virtud de su autonomía y amparado por la ley. O, el tratamiento está indicado, el paciente lo consiente y si no lo instauramos será negligencia o incluso homicidio por omisión. Por tanto,



¿donde está la eutanasia pasiva? Por eso, para evitar los prejuicios del término eutanasia, algunos prefieren utilizar la expresión: “limitación del esfuerzo terapéutico”.<sup>43</sup>

## **10- Características de pacientes oncológicos con prioridad para recibir soporte nutricional.**

Hay un grupo significativo de pacientes, en particular en Latinoamérica, que presentan cánceres digestivos y cuya pérdida de peso fundamentalmente se debe a obstrucciones digestivas y dificultad de aporte alimentario. En estos casos es importante el apoyo nutricional que debe siempre orientarse –en el ámbito de la paliación– en forma de alimentación asistida intestinal, la que resulta económica y fácil de preparar. No se considera aceptable el uso de Nutrición Parenteral en el ámbito de los cuidados paliativos, a menos que esta se constituya en un elemento importante para el apoyo de otras medidas paliativas que requieren un estado nutritivo satisfactorio.<sup>44</sup>

## **11- Cuestiones éticas en pacientes terminales**

Entre la obstinación desmesurada para evitar una muerte inevitable y la inhibición a la hora de tratar el sufrimiento tratable, hay una buena práctica clínica que hay que saber adoptar, que sea competente y prudente, sin excesos ni inhibiciones.

No todo el mundo muere en unidades de cuidados paliativos; pero todo el mundo tendría que poder estar bien asistido: cada profesional, por tanto, sea cuál sea su dedicación clínica, tendría que incorporar esta inquietud y tener los conocimientos y habilidades que sus enfermos necesitan para asistirlos bien cuando se acerquen a la muerte.

Un reto actual, además del de la indicación del tratamiento adecuado en el momento oportuno, es el de conocer y respetar la voluntad y las prioridades de cada enfermo antes de ponerlas en práctica. Para esto es importante que el paciente este informado. Tener información es un derecho básico y general.

---

<sup>43</sup> A. del Cañizo Fernández-Roldán. “Nutrición en el paciente terminal. Punto de vista ético”. Nutr. Hosp. (2005) 20 (2) 88-92

<sup>44</sup> Bertolino y col., op. Cit., p. 41

Ahora bien, tener derecho a la información no es sinónimo de necesitarla, y es esta necesidad la que nos debe guiar. La conveniencia de comunicar la verdad tiene su límite en las preferencias personales del paciente, las cuales, por lo tanto, tendremos que explorar, ya que cambian mucho de una persona a otra, y en una misma persona, a lo largo del tiempo. Hay que dar a entender que se tiene la información a su disposición, para darla sin reticencia y sin compulsión.

Hasta ahora, y durante siglos, el objetivo prioritario de la medicina era conseguir la máxima eficacia contra la enfermedad y los síntomas correspondientes, lo que legitimaba imponer un tratamiento cuando se creía oportuno, y de forma muy paternalista. Pero la aceptación de la autonomía personal en la relación clínica ha cambiado esta inercia, al aplicar los derechos humanos a la situación de los humanos enfermos: los derechos a la libertad de cada uno, a la igualdad entre todos y a la solidaridad de los demás.

Ahora, con esto, el objetivo primordial de la medicina pasa a ser el de proporcionar la máxima ayuda posible a la persona enferma, una persona que ya no es sólo portadora de una enfermedad a combatir, sino que es también portadora de unos valores a respetar y de unas necesidades personales a atender; es ella, y no sólo su situación patológica objetiva, la que ahora legitima la ayuda que recibirá y la que puede poner límite a la que no querrá.

La voluntad del enfermo debe ser autónoma; es decir, libre, competente y bien informada. Si es autónoma, su negativa a la actuación se debe respetar. La propuesta que se hace es en interés suyo, aun que esta sea vital, no puede imponerse.

El profesional debe aprender a limitar sus propuestas y su actuación cuando ya no son convenientes.

No existe consenso sobre la calidad de vida que merece ser vivida y por eso la regla de oro de la moral debe basarse en la no-maleficencia y expresarse en su forma negativa: “no hagas a los demás lo que no quieres que te hagan”. Aplicando aquí la moral dialógica propia de la ética discursiva, que es una ética de impronta neokantiana propugnada por la Escuela de Frankfurt, podemos estar racionalmente convencidos de que cada persona es un interlocutor válido, que debe tenerse en cuenta a la hora de tomar decisiones que le afectan. Se trata de hacer al enfermo partícipe activo en la toma de decisiones clínicas y de que actúe en consecuencia tomando su propia decisión y considerando que ésta es autónoma cuando coincide con los valores propios de esa persona, se toma en base a una información adecuada y no viene impuesta por coacciones internas ni externas. Ayudar a morir es una de las funciones esenciales de la Medicina. Aliviar el síntoma controlando el

dolor y la disnea, prestar apoyo emocional y establecer una comunicación abierta son las actitudes que debe adoptar el médico con el paciente moribundo. No es la muerte el gran fracaso de la Medicina, sino que se produzca rodeada de angustia y sufrimiento.

La misma moral católica, a la que apelamos por el gran peso cultural que ha tenido en nuestra sociedad, admite, basándose en el principio del doble efecto, la legitimidad del recurso a calmantes, morfínicos u otros, aunque su administración pudiese ocasionar indirectamente un acortamiento de la vida. Es lo que se denomina el “voluntario indirecto”. Lo que se pretende es calmar el dolor y la angustia aunque la aplicación de la morfina pueda producir indirectamente una depresión del centro respiratorio. De la misma manera, la Medicina no está siempre obligada a hacer todo lo posible para prolongar la vida del paciente. Existen situaciones en las que es lícito abstenerse de aplicar terapias desproporcionadas y no habituales, que únicamente sirven para prolongar abusivamente el proceso irreversible del morir.

El principio de proporcionalidad dice que un tratamiento médico es éticamente obligatorio en la medida en que proporcione más beneficios que cargas al enfermo. Aquí cabe determinar cuando la nutrición puede ser una medida desproporcionada y, por tanto, susceptible de retirada o de no instauración. El médico suele aceptar mejor no iniciar un tratamiento que retirarlo una vez comenzado. Sin embargo una justificación que es correcta para no comenzar un tratamiento, es también suficiente para suspenderlo. De forma inversa, si un tratamiento está indicado tan incorrecto sería negarlo como interrumpirlo.

Cuando haya alguna duda sobre los beneficios a obtener con un determinado tratamiento deberemos aplicarlo, pero siendo capaces de retirarlo en caso de futilidad.

Un tratamiento es fútil cuando se muestra claramente inútil para obtener el resultado fisiológico que se pretende conseguir. Existe un criterio de futilidad objetivo, en relación con la no-maleficencia, que debe ser establecido por el equipo médico cuando este considera que el tratamiento no produce beneficio al paciente, en cuyo caso puede ser maleficiente instaurarlo o mantenerlo. Pero hay también un criterio de futilidad subjetivo en relación con la Autonomía que sería “lo que es inútil para mí”. Un enfermo terminal con un cáncer de garganta puede ir precisando sucesivos tratamientos: una traqueotomía cuando no puede respirar, una sonda cuando no puede tragar, luego una gastrostomía,

hasta que él mismo decide hasta donde quiere llegar y considerar el tratamiento como fútil para él.<sup>45</sup>

Los problemas mayores se presentan cuando el enfermo pierde su capacidad de entender, decidir o expresarse. Entonces las decisiones se deberán tomar «por sustitución» con sus representantes, a los cuales se debe pedir el consentimiento antes de actuaciones relevantes.

Pero la voluntad expresada por la persona antes de perder la capacidad de entender, decidir o expresarse debería considerarse vigente, en principio, una vez perdida. Se debe respetar el proyecto personal de cada uno, y el hecho de no tenerlo en cuenta es considerar a las personas como cosas, desvinculadas de su pasado; es desvalorizarlas.

Por eso, ante un enfermo sin competencia nos tenemos que adecuar al máximo a su voluntad conocida, tanto si la manifestó en un diálogo, por ejemplo sobre planificación futura, como en un documento de voluntades anticipadas (DVA).

En España, por ejemplo, se define el DVA o DIP (documento de instrucciones previas) como «el documento, dirigido al médico responsable, en el cual una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y de manera libre, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias no le permitan expresar su voluntad. En este documento la persona puede también nombrar a un representante».<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> A. del Cañizo Fernández-Roldán., op., Cit., p. 91

<sup>46</sup> Comité de Bioética de Cataluña. Recomendaciones a los profesionales sanitarios para la atención a los enfermos al final de la vida. Ed. Fundación Víctor Grifols i Lucas. 2010. 2,5; 4,17

# **Metodología**

## **Metodología**

Estudio descriptivo transversal, realizado en los meses de Noviembre y Diciembre del año 2010, mediante una encuesta, en un grupo de población de 19 Médicos Clínicos que desempeñan o desempeñaron su profesión en Hospitales ubicados en el Gran Buenos Aires: Hospital Presidente Perón del partido de Avellaneda, Hospital Eva Perón del partido de Lanús, Hospital Evita Pueblo del Partido de Berazategui.

La selección de la muestra se realizó teniendo en cuenta, en primer lugar, la posibilidad de acceso a los hospitales mencionados y, en segundo lugar, la predisposición de los profesionales a los que se entregó la encuesta.

La encuesta esta compuesta por cuatro preguntas de respuesta cerrada y tres preguntas de respuesta abierta, basadas en los conocimientos y experiencias de los participantes. La misma se realizó personalmente.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa de computación Exel, teniendo en cuenta variables cuali-cuantitativas, representadas en gráficos de tortas.

Las variables utilizadas son: parámetros clínicos, tiempo de duración de la etapa terminal, consulta nutricional, cuidados paliativos, soporte nutricional, costos del soporte nutricional y cobertura del soporte nutricional.

Los datos fueron recolectados mediante la encuesta, que se presenta en el cuadro 1. En ella se indaga sobre la forma en que se determina que un paciente oncológico se encuentra en el estadio terminal de la enfermedad y de que manera los médicos manejan la alimentación del mismo.

Se encuestó a un total de 19 médicos de distintas edades y sexo. Cada encuesta duró un tiempo aproximado de entre de 10 a 20 minutos, dependiendo de la disposición y el tiempo de cada entrevistado.

En algunos casos, los médicos ampliaron la información requerida en la encuesta, lo que fue de gran ayuda para el trabajo.

### ***Cuadro N° 1***

**Entrevista para médicos. Soporte nutricional en pacientes oncológicos terminales**

Datos del encuestador \_\_\_\_\_  
Inicio \_\_\_\_\_  
Formulario N° \_\_\_\_\_  
Institución \_\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_\_  
Hora fin \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

1- ¿Qué parámetros clínicos utiliza para determinar que un paciente es terminal?  
Mencionar. \_\_\_\_\_

2- ¿Tiene un tiempo aproximado esta etapa?

Si -----

No -----

Cuál? \_\_\_\_\_

3- Teniendo en cuenta los síntomas que produce la enfermedad, náuseas, vómitos, anorexia. ¿Qué medidas toma para cubrir las necesidades de calorías y nutrientes de estos pacientes?

Modificación en los alimentos por vía oral ( consistencia, fraccionamiento, suplementos) -----

Medicamentos para disminuir los síntomas -----

Apoyo Nutricional (Nutrición Enteral, Nutrición Parenteral) -----

4- ¿Con quién consulta sobre brindar apoyo nutricional, antes de tomar la decisión?

Paciente -----

Familia -----

Nutricionista -----

Todos -----

5- ¿Considera el soporte nutricional como un cuidado paliativo?

Si -----

No -----

¿ Por qué? \_\_\_\_\_

6- El soporte nutricional ¿Es un procedimiento costoso?

Si -----

No -----

7- ¿Quién cubre el costo del soporte nutricional?

Estado -----

Obra social -----

Familia -----

8- ¿Indicó alguna vez Soporte Nutricional o tubo algún paciente con Soporte Nutricional?

Si -----

No -----

¿Cómo lo manejó? \_\_\_\_\_

## **Análisis de datos**



## **Análisis de datos**

De las 19 entrevistas realizadas el total de las mismas fueron respondidas.

Los datos recolectados se analizaron mediante el programa informático Excel. Para visualizar los resultados se utilizaron, principalmente, gráficos de torta.

Sólo en el caso de la primer pregunta la elección fue un gráfico de barras por tener una respuesta con múltiples opciones (ver anexo Tabla 1).

Las mismas se agruparon, para mejor lectura, bajo el criterio de: parámetros clínicos de similares características.

A cada grupo se dio una nueva definición. Dentro de la nueva categorización se puede observar como resultado que los parámetros clínicos más utilizados por los médicos, para decidir que un paciente se encuentra en etapa terminal son: en primer lugar, los incluidos dentro de las categorías examen físico, seguido de valores bioquímicos, consecuencias cardíacas. Inmediatamente después Indicación de tratamiento paliativo, Performance-status. Por último, con menor cantidad de respuestas, Antecedentes Patológicos, variable en la que se incluyen antecedentes personales, Síndrome de anorexia-caquexia y Tratamiento actual.

Dentro de el examen físico el 44% utiliza parámetros antropométricos y el 25% la presencia de edema en el paciente para tal determinación.

De los valores bioquímicos, los más utilizados, por el 37% de los entrevistados son: valores de hematocrito, proteínas totales, albúmina, urea y colesterol; todos ellos dentro de la variable laboratorio. Junto a Enfermedad actual.

El 67% de los médicos entrevistados tienen en cuenta la presencia de disnea, incluida en la variable consecuencias cardíacas.

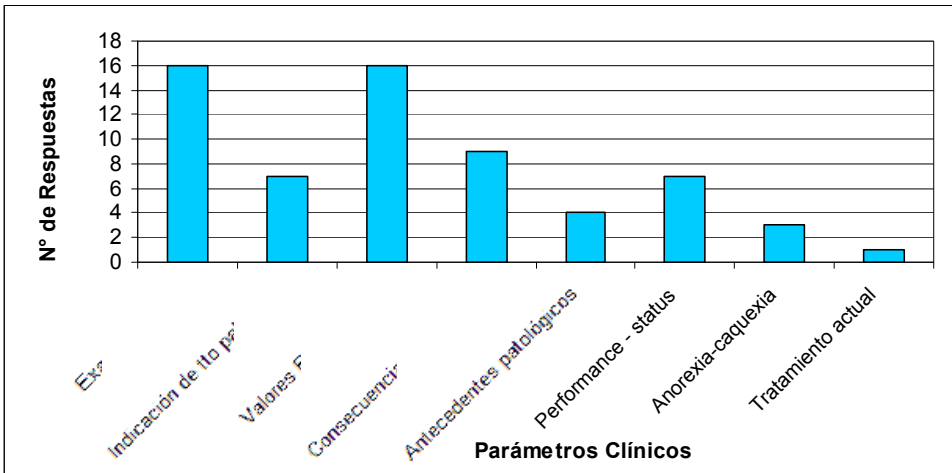
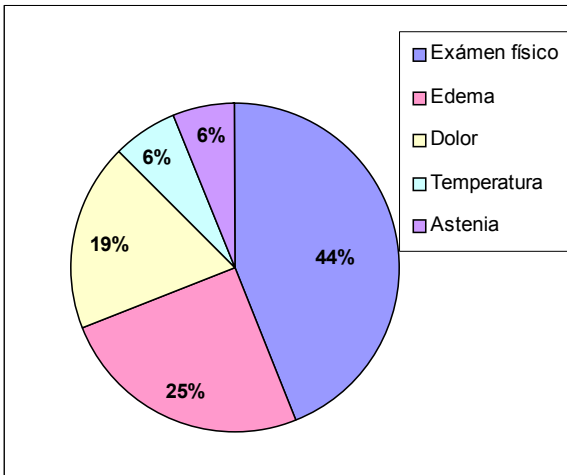
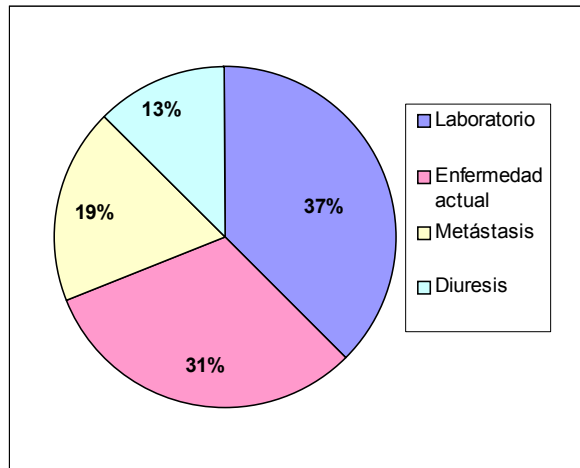


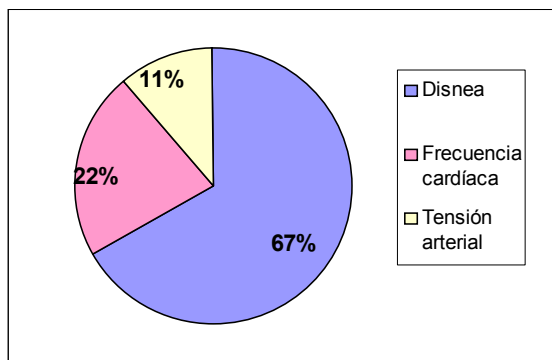
Fig.1- Parámetros clínicos más utilizados en la determinación de la etapa terminal en pacientes oncológicos.



Examen físico en pacientes oncológicos



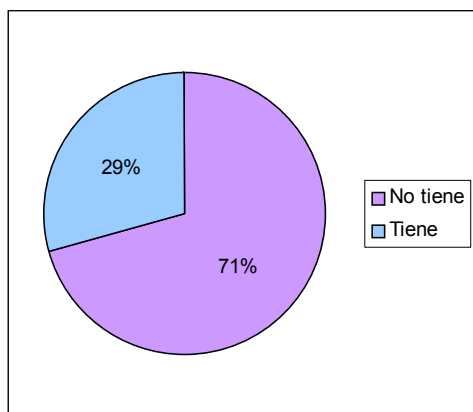
Valores bioquímicos obtenidos a través de diferentes estudios realizados en pacientes oncológicos



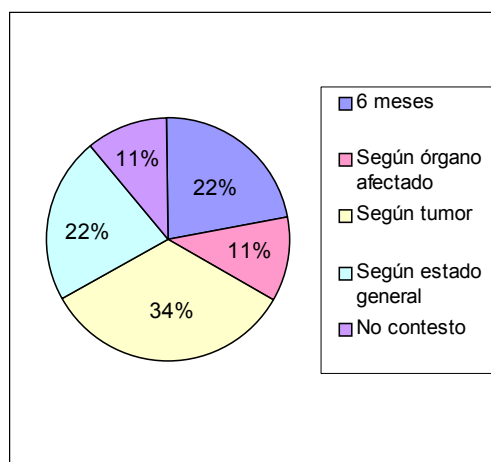
*Consecuencias cardíacas que presentan pacientes oncológicos*

Para el 71% de los entrevistados, la etapa terminal en un paciente oncológico, no tiene un tiempo determinado.

El 29% respondió que, esta etapa, sí tiene un tiempo determinado. De los mismos, para el 22% tiene una duración de seis meses, el 34% respondió que depende del estado general del paciente, el 22% explicó que depende de las características del tumor y un 11% que depende del órgano afectado.



*Fig. 2- Distribución de la población entrevistada que considera a la etapa terminal sin tiempo determinado.*



*Fig. 3- Población entrevistada que considera etapa terminal con tiempo determinado por diferentes motivos.*

Los resultados obtenidos respecto a considerar al Soporte Nutricional como Cuidado Paliativo, el 79% de los entrevistados respondió que lo considera como Cuidado Paliativo. El 5% respondió que no siempre es un Cuidado Paliativo.

Sobre este tema se realizó un estudio con el objetivo de conocer, dentro de otros cuidados, si el soporte nutricional es un Cuidado Paliativo, se resume a continuación:

“En un estudio en el que se analiza la opinión de 256 individuos mediante las respuestas a un cuestionario:

91 usuarios del Sistema Nacional de Salud, 80 enfermeras, 38 médicos y 47 farmacéuticos sobre qué medida de las siguientes debe ser considerada como cuidado paliativo: higiene, analgesia, cuidado de las escaras, cambios posturales, sedación, oxigenoterapia, sondaje urinario, hidratación intravenosa, Nutrición Enteral y Nutrición Parenteral. Los resultados obtenidos fueron que más del 50% de los encuestados valora todas las medidas interrogadas como paliativas, a excepción de la Nutrición Parenteral.”<sup>47</sup>

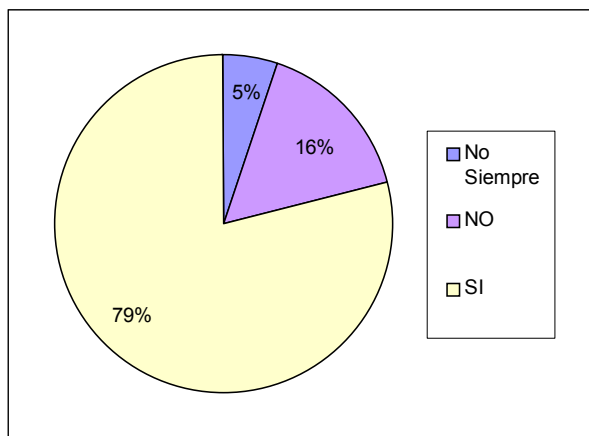


Fig.4- Distribución de la población entrevistada que Considera al Soporte Nutricional como Cuidado Paliativo.

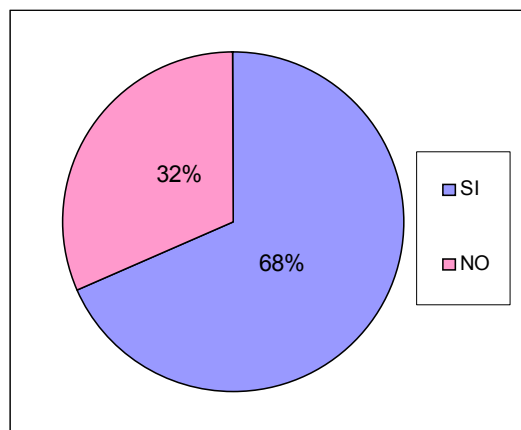


Fig.5- Distribución de población entrevistada que utilizó Soporte Nutricional.

Respecto a la elección de la forma de alimentación más adecuada para estos pacientes, el total de los entrevistados priorizó la alimentación por vía oral. El 38% de los médicos opta por Nutrición Enteral o Nutrición Parenteral.

El 3% no utiliza Nutrición Parenteral.

Antes de tomar la decisión de implementar el apoyo nutricional el total de los entrevistados consulta con el nutricionista.

<sup>47</sup> Valero Zanuy y col. ¿Se considera la hidratación y la nutrición artificial como un cuidado paliativo? Nutr Hosp. 2006;21, 680-685

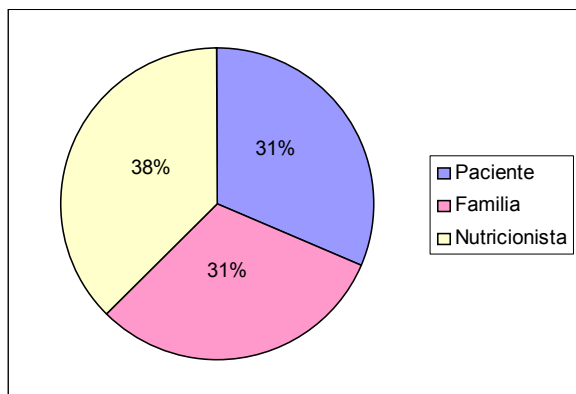


Fig. 6 Consulta para el empleo de Soporte Nutricional

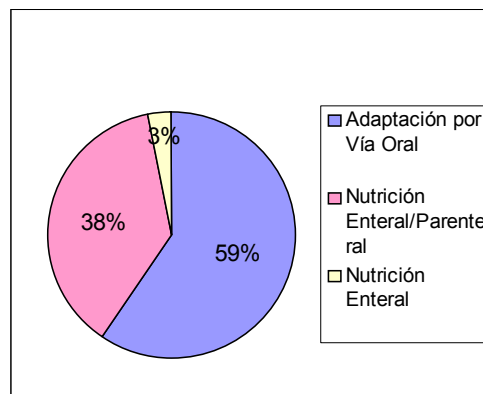


Fig. 7 Utilización de Soporte Nutricional

El 31%, en primer lugar, pide consentimiento del paciente y/o familiar. El 38% consulta primero con el nutricionista.

En cuanto al costo del soporte nutricional para el 84% de los entrevistados tiene un costo elevado. El 16% no lo considera costoso.

En cuanto a la cobertura económica del Soporte Nutricional el 44% de los médicos opina que está a cargo del Estado, el 31% a cargo de la familia y el 25% considera que la cobertura es por parte de la obra social.

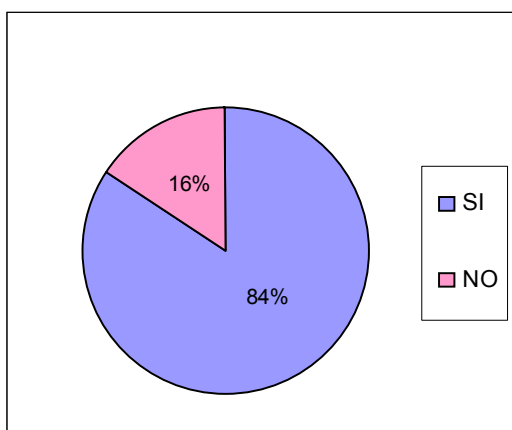


Fig.8- Porcentaje de población entrevistada que Considera al soporte Nutricional como un procedimiento costoso.

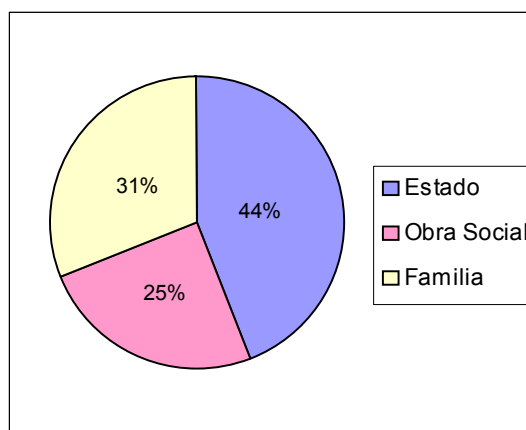


Fig.9- Cobertura económica del Soporte Nutricional según la opinión de los médicos Entrevistados.

De los 19 médicos entrevistados el 68%, alguna vez, empleó soporte nutricional en pacientes terminales.

## **Conclusión**

## Conclusión

Para finalizar, el tratamiento del cáncer depende del tipo, el alcance de la diseminación del cáncer y el estado de salud de la persona. En los casos en los que la enfermedad esta en una etapa avanzada, los pacientes reciben cuidados paliativos cuando el cáncer es incurable. Uno de estos cuidados es el apoyo nutricional (p. Ej. líquidos enriquecidos o sondas de alimentación).<sup>48</sup>

El apoyo nutricional provee sustento alimenticio a los pacientes que no pueden comer normalmente.

El ingerir alimentos por la boca es el método preferido y debe utilizarse siempre que sea posible, pero algunos pacientes tal vez no puedan consumir alimentos suficientes por la boca debido a complicaciones del cáncer o su tratamiento.<sup>49</sup>

La intervención nutricional en el ámbito de los Cuidados Paliativos se enfoca primordialmente sobre el control de los síntomas (tales como: náuseas, saciedad temprana, vómitos), el mantenimiento de un adecuado estado de hidratación, preservando todo lo posible el peso corporal y la composición corporal (masa muscular y grasa vs. edema y ascitis)<sup>50</sup>

En los momentos en los que no se puede prolongar la vida y la muerte sea inevitable, el tratamiento está enfocado en aliviar el dolor y paliar el sufrimiento y mejorar tanto la calidad de vida de los pacientes con enfermedad avanzada como la angustia de sus familiares.<sup>51</sup>

Al aplicar los derechos humanos a la situación de los humanos enfermos: los derechos a la libertad de cada uno, a la igualdad entre todos y a la solidaridad de los demás, ahora el objetivo primordial de la medicina pasa a ser el de proporcionar la máxima ayuda posible a la persona enferma, una persona que ya no es sólo portadora de una enfermedad a combatir, sino que es también portadora de unos valores a respetar y de unas necesidades personales a atender.<sup>52</sup>

---

<sup>48</sup> Janet M. Torpy, op. cit., p. 11

<sup>49</sup> Hoja informativa del Instituto Nacional del Cáncer. La nutrición en el tratamiento del cáncer (PDQ®)

<sup>50</sup> Marín y col. Relación entre la intervención nutricional y la calidad de vida en el paciente con cáncer. *Nutr Hosp.* 2007; 22; 3,6

<sup>51</sup> Valero Zanuy y col. ¿Se considera la hidratación y la nutrición artificial como un cuidado paliativo? *Nutr Hosp.* 2006;21: 680-685

<sup>52</sup> Comité de Bioética de Cataluña. Recomendaciones a los profesionales sanitarios para la atención a los enfermos al final de la vida. Ed. Fundación Víctor Grífols i Lucas. 2010. 2,5; 4,17

En la práctica, respecto a la elección del modo de alimentación más adecuada, se prioriza la vía oral, excepto que el tumor afecte esta vía provocando trastornos deglutorios. En estos casos ó cuando la modificación de los alimentos no tiene los resultados esperados se opta por el Soporte Nutricional, la primer vía a tener en cuenta es la Enteral. Pero algunos médicos tratan de retrasar al máximo, o no indicar, por la alteración en la Calidad de Vida. Mientras otro grupo considera al Soporte Nutricional como Cuidado Paliativo por ser una necesidad básica y por ayudar a que el paciente tenga una mejor Calidad de Vida.

Varios autores consideran que a diferencia de otros tratamientos médicos, la alimentación y la hidratación tienen en nuestra cultura un significado simbólico. El ser humano se caracteriza por su capacidad de dar sentido a las cosas a través de símbolos o de funciones simbólicas, entre ellas el lenguaje, que señalan cuales son las acciones humanas significativas. Dar de comer y beber es una acción humana significativa de respeto a la vida y de cuidado a nuestros semejantes.

Al igual que cualquier símbolo, éste conecta directamente con las emociones de las personas. Sería una actitud ética emotivista frente a otra más racional, porque una cosa es tener en cuenta las simbologías de las culturas, y otra muy distinta afirmar que esto sea razón suficiente para que en ningún caso se pueda retirar o suprimir la nutrición artificial.

Habría que determinar las circunstancias en que su uso ofrece un claro beneficio para el paciente, o si por el contrario estas medidas pueden ser desproporcionada o fútiles. Existe un criterio de futilidad objetivo, en relación con la no-maleficencia, que debe ser establecido por el equipo médico cuando este considera que el tratamiento no produce beneficio al paciente, en cuyo caso puede ser maleficiente instaurarlo o mantenerlo. Pero hay también un criterio de futilidad subjetivo en relación con la Autonomía que sería “lo que es inútil para mí”. Un enfermo terminal con un cáncer de garganta puede ir precisando sucesivos tratamientos: una traqueotomía cuando no puede respirar, una sonda cuando no puede tragar, luego una gastrostomía, hasta que él mismo decide hasta donde quiere llegar y considerar el tratamiento como fútil para él.<sup>53</sup>

Dentro del ámbito de esta investigación, la Nutrición Parenteral, categóricamente, no es tenida en cuenta, por ser una vía con mayores riesgos de infección y deterioro en la Calidad de Vida del paciente.

---

<sup>53</sup> A. del Cañizo Fernández-Roldán., op., Cit., p. 89



Los médicos que no consideran al Soporte Nutricional como Cuidado Paliativo explicaron que es en casos en los que para el paciente puede convertirse en un procedimiento invasivo.

Dos médicas oncólogas, especializadas en Cuidados Paliativos, agregaron lo siguiente:

“ El tumor produce toxinas que no permiten que los nutrientes ingresados al organismo se absorban. Cuándo comienza el síndrome de anorexia-caquecxia todos los nutrientes son hipercatabolizados, por esta razón no damos alimentación por vía Enteral o Parenteral. Es un procedimiento muy costoso y no tiene sentido cuando un paciente no tiene posibilidad de un tratamiento curativo. “

Sin embargo algunos autores piensan que la alimentación e hidratación artificiales no son equiparables a otros tratamientos médicos y, según este punto de vista, aunque se puedan suprimir o no instaurar determinados tratamientos, la hidratación y la alimentación artificiales siempre deben ser instauradas.

Se presupone que no se le puede negar a nadie la comida ni la bebida y de aquí se deduce, sin más, su carácter de cuidado elementales y, por ello, obligatorios en cualquier caso.<sup>54</sup>

Los médicos que no consideran costoso al soporte nutricional explicaron que, el material y alimentos necesarios para realizarlo, es proporcionado por el hospital.

Cuando el médico evalúa que el paciente tiene la necesidad de recibir este tipo de cuidados pide el consentimiento del paciente y/o del familiar, en primer lugar. Explica cuál será el procedimiento a realizar. En caso que el paciente no esté conciente consultan con la familia.

Algunos profesionales toman la decisión sin consultar al paciente y/o familiar, sí lo hace en conjunto con el nutricionista, por lo tanto la explicación sobre el procedimiento a realizar llega al paciente y/o familiar de modo informativo.

En todos los casos al primero que se consulta sobre este tipo de alimentación es al nutricionista, porque muchos de los encuestados reconocieron tener conocimientos básicos sobre nutrición.

De los profesionales entrevistados un alto porcentaje, alguna vez, empleó Soporte Nutricional en pacientes terminales, siempre manejado en conjunto con el servicio de nutrición.

---

<sup>54</sup> ibidem

## Bibliografía

- 1 Janet M. Torpy. Hoja para el paciente de JAMA. JAMA, 2010; 303: 11
- 2 Rafael Wainer. "Acompañando a la gente en el último momento de su vida": Reflexiones en torno a las construcciones paliativista de la dignidad e el final de la vida. Runa, 2008. 28: 19
- 3 Haffejee AA. Angom IB: Nutritional status and the non-specific cellular and humoral immune response in esophageal carcinoma. *Ann Surg* 1979; 189: 475-479.
- 4 Tandon SP, Gupta SC, Sinha SN, Naithani IP: Nutritional Support as an adjunct therapy of advanced cancer patients. *Indian J Med Res* 1984; 80: 180-188.
- 5 Van Bokhorst-De Van der Sohieren MA, Langendoen SI, Vondeling H, Kuik DJ, Quak JJ, VanLeeuwen PAM: Perioperative enteral nutrition and quality of life of severely malnourished head and neck cancer patients: a randomized clinical trial. *Clin Nutr* 2000; 19: 437- 444.
- 6 WHO Media centre. Organización Mundial de la Salud (OMS) **Nota descriptiva num.**
- 7 Bertolino y col. Cuidados Paliativos: Guías para el manejo Clínico (2da Edición) ED: Dr. Eduardo Brunea, Dra. Liliana De Lima. Organización Panamericana de la Salud. 5, 29; 6,34; 8, 41; 9,50-51
- 8 E. Oria y col. Problemas agudos de la nutrición en el paciente oncológico. *Anales Sis San Navarra* . 2004, 27,.3
- 9 Planas y col. Contribución del soporte nutricional a combatir la caquexia cancerosa. *Nutr. Hosp.* 2006, 3, 27-36

10 Valero Zanuy y col. ¿Se considera la hidratación y la nutrición artificial como un cuidado paliativo? Nutr Hosp. 2006; 21, 680-685

11 Hoja informativa 8.1s del Instituto Nacional del Cáncer. Organizaciones nacionales que brindan servicios a las personas con cáncer y a sus familias.

12 Hoja informativa del Instituto Nacional del Cáncer. La nutrición en el tratamiento del cáncer (PDQ®)

13 Schor I. Alimentación por vía de excepción. Alimentación Enteral y Parenteral en Nutrición. ED. Pupi RE, Brusco O, Salinas RD, López Libreros Editores, 1ra Edición. Buenos Aires, 1986; 669-684.

14 Shils ME. Enteral (Tube) and Parenteral Nutrition support. En Modern Nutrition in Health and Disease. ED. Shils ME y Young VR. 7ma Edición Lea & Febiger. Philadelphia (USA) 1988; 1023-1068.

15 Kelly GD; Fleming CR. Physiology of the gastrointestinal tract as applied to patients receiving tube enteral nutrition. In Clinical Nutrition. Enteral and tube feeding Ed. Rombeau JL, Rolandelli RH. 3a Ed. Saunders Co. Philadelphia (USA) 1997; 12-22

16 Rombeau J. Guidelines for the Use of parenteral and enteral Nutrition in Adult and Pediatric Patients. ASPEN Board of Directors, JPEN 1993; 17 (4):Supp.

17 Masoorli, Sue. "Control de las complicaciones." Dispositivos de acceso a una vía central. Nursing 1997, 15; 10:18-20

18 Masoorli, Sue. "Control de las complicaciones." Dispositivos de acceso a una vía central. Nursing 1997, 15; 10:18-20

19 Cohen A. Simplified Technique for Placement of Long Term Central Venous Silicone Catheters: Surg Gynecol. Obstet 1982; 154:721-724

20 Marín y col. Relación entre la intervención nutricional y la calidad de vida en el paciente con cáncer. Nutr Hosp. 2007. 22; 3,6

21 Comité de Bioética de Cataluña. Recomendaciones a los profesionales sanitarios para la atención a los enfermos al final de la vida. ED. Fundación Víctor Grífols i Lucas. 2010. 2,5; 4,17

22 Valero Zanuy y col. ¿Se considera la hidratación y la nutrición artificial como un cuidado paliativo? Nutr Hosp. 2006;21, 680-685

23 A. del Cañizo Fernández-Roldán. "Nutrición en el paciente terminal. Punto de vista ético". Nutr. Hosp. (2005) 20 (2) 88-92 91

#### Páginas de Internet

- [www.nhlbi.nih.gov](http://www.nhlbi.nih.gov)

- [www.americancollegeofnutrition.org](http://www.americancollegeofnutrition.org)

- [www.cancer.org](http://www.cancer.org)

- [www.who.int](http://www.who.int)

- [www.nccn.org](http://www.nccn.org)

- [www.nutricionhospitalaria.com](http://www.nutricionhospitalaria.com)

- [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish)

- [www.scielo.org.ar/scielo.pnp](http://www.scielo.org.ar/scielo.pnp)

- <http://www.apa.org/centrodeapoyo/cronicas.aspx>