

Revisión

Problemas éticos en relación a la nutrición y a la hidratación: aspectos básicos

E. Collazo Chao¹ y E. Girela²

¹Unidad de Atención al Pie Diabético e Insuficiencia Venosa Crónica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

²Profesor Titular de Medicina Legal y Forense. Universidad de Córdoba. Córdoba. España.

Resumen

Las situaciones que plantean problemas éticos en relación con la nutrición y la hidratación son muy frecuentes hoy día, principalmente a nivel hospitalario tanto en pacientes terminales como en otro tipo de pacientes que precisen de hidronutrición. En este artículo se pretende analizar las sencillas en sus fundamentos, a la luz de valores éticos ampliamente aceptados, para intentar enunciar un modo de actuación claro que ayude en su resolución a los clínicos que han de tomar estas difíciles decisiones.

Las situaciones problema analizadas incluyen, entre otras, si la hidratación y la nutrición deben considerarse medidas terapéuticas o cuidados básicos, y si presentan iguales aspectos éticos la nutrición enteral y la parenteral.

(*Nutr Hosp.* 2011;26:1231-1235)

DOI:10.3305/nh.2011.26.6.5314

Palabras clave: *Ética. Nutrición. Hidratación. Humanos.*

Introducción

En el magnífico editorial titulado *El grupo de trabajo de ética de la SENPE*¹ los autores explican con claridad la importancia que la ética continua teniendo en los aspectos nutricionales, especialmente porque la relación médico-enfermo se ha visto invadida en los últimos tiempos por interés de otros actores más o menos relacionados con el paciente.

Es sabido que la transformación o aparición de una sola circunstancia o factor puede cambiar completamente el juicio ético o moral, el comportamiento, en cualquiera de las actividades de la vida humana, por lo que el uso de algoritmos en ética no tiene la misma uti-

ETHICAL QUESTIONS RELATED TO NUTRITION AND HYDRATION: BASIC ASPECTS

Abstract

Conditions that pose ethical problems related to nutrition and hydration are very common nowadays, particularly within Hospitals among terminally ill patients and other patients who require nutrition and hydration. In this article we intend to analyze some circumstances, according to widely accepted ethical values, in order to outline a clear action model to help clinicians in making such difficult decisions.

The problematic situations analyzed include: should hydration and nutrition be considered basic care or therapeutic measures?, and the ethical aspects of enteral versus parenteral nutrition.

(*Nutr Hosp.* 2011;26:1231-1235)

DOI:10.3305/nh.2011.26.6.5314

Key words: *Ethics. Nutrition. Hydration. Human.*

lidad que en otros campos. Sin embargo, las situaciones que plantean problemas éticos en relación con la nutrición y la hidratación suelen ser habitualmente las mismas en todas partes, por lo que nos planteamos analizar los fundamentos de las más sencillas para intentar enunciar un modo de actuación claro que ayude en su resolución.

Fundamentos de ética

El paso del tiempo ha demostrado que la aplicación de los principios (no maleficencia, justicia, beneficencia, autonomía) de Beauchamp y Childress² resulta insuficiente y poco práctica en la resolución de los dilemas éticos, siendo necesario recurrir a otros instrumentos. La Ética forma parte de la Filosofía, por lo que debemos conocer los principios básicos de ésta para comprender y profundizar en aquella. Es oportuno no perder de vista que ética y ley no son lo mismo, aunque sería muy deseable que coincidieran. Por otro lado, no es razonable una ética médica fundamentada en los sentimientos ni en el relativismo.

Correspondencia: Eliseo Collazo Chao.
Hospital Universitario Reina Sofía.
Av. Menéndez Pidal, s/n.
14008 Córdoba. España.
E-mail: ecollazo@comcordoba.com

Recibido: 2-IV-2011.

1.ª Revisión: 6-V-2011.

2.ª Revisión: 18-V-2011.

Aceptado: 23-VI-2011.

Habitualmente utilizamos el término *bueno* de forma parcial, de manera que una misma cosa puede ser buena o mala dependiendo de algún aspecto, o absoluta, cuando existe conflicto de intereses o de puntos de vista. La disputa entre el bien y el mal demuestra que determinados comportamientos son mejores que otros: mejores en absoluto, no mejores para alguien o en relación a determinadas normas culturales. La unicidad y unidad de la naturaleza humana en cualquier contexto histórico o cultural implica necesariamente la universalidad e inmutabilidad de las normas éticas naturales; pero, universalidad no significa uniformidad ni constreñimiento de la espontaneidad que facilita los diversos modos de obrar el bien³.

Es evidente que nada de lo que se haga contra conciencia puede ser bueno, aunque no todo lo que se hace en conciencia es bueno, ya que la conciencia es un instrumento y, como tal, puede estar en mal estado. También es evidente que nadie quiere el mal como tal, pero la buena intención no cambia para nada la injusticia del acto realizado, entendiendo por buena intención la voluntad de practicar lo bueno conocido.

La ética médica brota por sí misma de la naturaleza de la relación de confianza entre médico y paciente. Hay que distinguir entre lo bueno relativo (lo que nos gusta o nos es útil) y lo bueno en sí. Dentro de lo bueno en sí hay que distinguir entre el carácter de bueno que poseen los efectos de las acciones y el que poseen las acciones mismas; lo primero es lo bueno natural y lo segundo es la bondad de la acción o bondad ética o moral, que confiere al ser humano su dignidad inviolable⁴. Las acciones indispensables para tratar con la debida dignidad al paciente han sido transcritas tradicionalmente en los códigos de deontología médica.

Casi siempre es posible hacer algo mejor de lo que uno hace, pero no estamos obligados a hacer siempre lo mejor de lo posible. Sin embargo, siempre se puede poner un límite inferior, ya que hay acciones que lesionan la dignidad humana porque afectan a su carácter de fin y que no pueden ser justificadas por deberes o responsabilidades más altos o amplios. Es bueno recordar la vieja máxima filosófica *el obrar sigue al ser*: no solo realizar buenas acciones sino ser buenas personas.

Situaciones problema

¿La hidratación y la nutrición son medidas terapéuticas o cuidados básicos?

Desde hace años, es posible tratar cualquier situación clínica de desnutrición, ya sea utilizando nutrición enteral o parenteral. La consideración o no de la hidratación y nutrición artificiales como cuidados puede tener, entre otras, repercusiones jurídicas de magnitud nada desdeñable. Si se estimasen como tratamiento, cuando el paciente ejercitara la toma de decisiones acerca de medios que quiere o no que se le apliquen, serían objeto de libre disposición y por ende renuncia-

bles; en este caso, además, una ley que las exigiese sería contraria a muchas de las Cartas Magnas y Códigos de Deontología Médica, que establecen que nadie puede ser obligado a un determinado tratamiento. Pero si en cambio se consideran cuidados mínimos de sustento vital, no sólo no serán objeto de disposición por parte del paciente, como tampoco lo es su vida —en sentido absoluto—, sino que deberán considerarse verdaderos derechos humanos, y por tanto medios de mantenimiento irrenunciables.

La nutrición como cuidado básico es un medio natural de conservación de la vida, no un acto médico; es algo necesario para personas sanas y enfermas. Los cuidados básicos manifiestan compasión o solidaridad por las personas más débiles o frágiles, sean estos cuidados realizados dentro o fuera de la medicina; la higiene o el mantenimiento de la temperatura corporal caen bajo esta categoría. Los cuidados, tales como la nutrición e hidratación, son medidas que no pretenden corregir una enfermedad o una disfunción del organismo, sino que responden a necesidades naturales del ser humano, son requisitos básicos de todo ser humano para mantenerse en la vida⁵.

La nutrición artificial puede caer bajo la categoría de tratamiento sobre el cual se puede hacer un juicio de proporcionalidad; es decir, que, en ciertos escenarios, la nutrición puede llegar a considerarse como desproporcionada al implicar para el paciente una carga excesiva o una notable molestia física vinculada, por ejemplo, a complicaciones en el uso del instrumental empleado.

Se puede concluir, en este sentido, que la nutrición puede caer bajo ambas categorías: en la mayor parte de seres humanos, en estado de salud o enfermedad, es un cuidado básico, pero puede llegar a ser un tratamiento, tal como ocurre en el caso de los pacientes en estado vegetativo. Esta afirmación no contesta, sin embargo, la pregunta de si la nutrición médicamente asistida debe considerarse obligatoria o no en estos pacientes.

La hidratación y nutrición artificiales pueden ser fútiles en la fase agónica, motivo por el cual pueden evitarse, pero no así la hidratación natural como el mojar los labios o los pequeños sorbos que el paciente solicite para mantener su confort.

En caso de que el trastorno sea irreversible tampoco tiene por qué resultar fútil la nutrición, ya sea enteral o parenteral, si el paciente no está en sus últimos días, ya que de no alimentarle se moriría por malnutrición, lo cual constituye mal praxis⁶.

La nutrición parenteral no es una medida desproporcionada en casos de existencia de enfermedades digestivas que cursan con malabsorción o maldigestión, ya que su indicación es precisamente la imposibilidad de uso de la vía digestiva. Habrá que preguntarse si puede resultar desproporcionada por algún otro motivo.

Los dispositivos de restricción física para mantener la sonda de alimentación están éticamente justificados para el sostén de la vida durante una enfermedad aguda y reversible y en los casos de enfermedad irreversible

crónica en los que el paciente ha perdido la capacidad para razonar las ventajas de la alimentación, aunque en esta última circunstancia es controvertido.

Diffícilmente la nutrición e hidratación pueden ser consideradas en sí mismas dentro de la maleficencia y si dentro de la beneficencia; la maleficencia podría aparecer según los medios empleados.

¿Acelera la muerte del paciente la supresión de la hidratación y la nutrición?

Dado que el principio de no-maleficencia es inexcusable hay que tener claro si retirando la hidratación y la nutrición se ocasiona un grave perjuicio al enfermo.

Es claro que si se retira la hidratación se promueve o se potencia el fracaso cardiovascular y renal y la muerte ocurre en el plazo de pocos días. El respeto a la vida de toda persona humana es un principio moral universal, que trasciende ampliamente a la medicina y que está presente a lo largo de toda la historia de la humanidad.

Hay que preguntarse cuánto de cerca está la muerte. Un paciente con demencia puede vivir aun muchos años, pero si no se le alimenta seguro que morirá antes. De ahí que haya que preguntarse si la muerte será causada por la ausencia de alimentación o por la enfermedad base. Si la ausencia de nutrición e hidratación constituyen un mal para el paciente (causa o aceleración de la muerte o causa de otros trastornos) no es ético suprimirlas, a no ser que fueran fútiles. En el otro extremo del espectro está la opción de no iniciar una nutrición artificial, aunque los criterios éticos son los mismos que para retirarla: los riesgos y beneficios para el paciente guiarán la decisión.

Es importante diferenciar entre los síntomas de sed y el estado de deshidratación. El primero no es resultado del segundo, y su paliación no está relacionada con la administración de líquidos⁷. La Asociación Europea de Cuidados Paliativos aconseja que, mientras que el paciente no se encuentre en situación agónica, debe garantizársele la hidratación aunque sea por vía parenteral (endovenosa o subcutánea).

¿Presentan iguales aspectos éticos la nutrición enteral y la parenteral?

Lo primero que hay que averiguar es si añadiendo algún tipo de nutrición hacemos un bien al paciente; si la respuesta es afirmativa habrá que decidir el método. Conviene distinguir entre la acción de la nutrición y la vía de la misma. Es evidente que la nutrición es algo básico y vital para todo ser vivo; no es la nutrición lo artificial, sino la vía que se utiliza para la nutrición. Hay que analizar si el uso de vías diferentes conlleva diferentes repercusiones éticas y cuáles de estas vías pueden considerarse tratamiento médico ya que en ese caso entraría la aplicación de la futilidad.

La nutrición y la hidratación del paciente no son nunca desproporcionadas o inútiles, excepto en la fase de agonía; lo que puede ser desproporcionado son los medios que se utilicen para ello.

La utilización para la nutrición de una vía distinta de la natural, como en el caso de la parenteral, constituye claramente un tratamiento y es de tipo artificial. Hay que valorar, por tanto, la indicación médica y el grado de utilidad. Sin embargo, los casos en que es posible utilizar la vía digestiva para la nutrición, aunque sea a través de un tipo de sonda, debe considerarse esta como un cuidado básico. El sistema nutricional a utilizar dependerá, por tanto, de la indicación médica, de la enfermedad del paciente, del tiempo estimado de vida y de los riesgos que conlleve cada técnica. La pérdida irreversible de las funciones cognitivas o que la terapia nutricional consiga sostener la vida orgánica pero no mejore la enfermedad crónica o irreversible no constituyen por sí solas un criterio para discontinuar el aporte nutricional.

Aquí es donde hay que valorar la futilidad y el cociente riesgo-beneficio (medidas desproporcionadas). En un mismo paciente, una medida puede considerarse fútil en una circunstancia y no serlo en otra. Es importante, cuando se considera una medida fútil, establecer para qué y para quién lo sería⁸.

Un tratamiento puede ser útil o no fútil, pero su aplicación puede ser desproporcionada dado el riesgo, los costos o la condición del paciente. Los expertos están de acuerdo en indicar y/o mantener la nutrición artificial por cualquier vía, si mejora mínimamente la calidad de vida del paciente⁹.

¿Cómo actuar si, estando adecuadamente indicada la colocación de una sonda nasogástrica, el paciente se niega?

Las tres razones¹⁰ más comunes para la instalación de una sonda son: 1) el paciente es incapaz de recibir una nutrición oral suficiente, aunque su deglución es segura; 2) el paciente requiere de calorías suficientes en un corto tiempo para superar un problema médico agudo; 3) el paciente presenta riesgo de aspiración traqueal en caso de alimentarse por vía oral.

La decisión de optar por una vía de alimentación no-oral, no sólo debe basarse en una evaluación clínica, instrumental, radiográfica, manométrica o endoscópica. Otros factores importantes son: 1) tiempo requerido para la deglución; 2) nivel de energía del paciente; 3) necesidad de vía alternativa para medicamentos; 4) episodios repetidos de deshidratación; 5) pérdida de peso inexplicable o signos de malnutrición; y 6) episodios de neumonía.

Para pacientes que están muy enfermos para deglutir, la decisión de proveer aporte nutricional, en la mayoría de los casos, no genera controversia, si se espera que su estado de salud mejore. La decisión es más difícil cuando el paciente come en forma segura,

pero no puede comer lo suficiente, particularmente si el paciente presenta desnutrición y presenta renuencia a la alimentación por sonda.

Instalar una sonda en un paciente que presenta riesgo de aspiración traqueal para evitar las consecuencias de la misma resulta controvertido. En pacientes con enfermedades crónicas o terminales la gastrostomía o la yeyunostomía no reducen la incidencia de neumonía aspirativa. En pacientes con expectativa de vida más larga o con demencia sin interés en comer, las sondas pueden prolongar su vida sin riesgo. En pacientes con disfagia severa y aspiración los principios éticos de respeto a la autonomía del paciente y beneficencia pueden entrar en conflicto con el de no-maleficencia.

Las guías de salud aconsejan que los pacientes que aspiran alimento y líquidos no deben alimentarse por boca, ya que esta vía no es segura. Sin embargo, la incapacidad de comer por vía oral puede tener efectos en la reducción de la calidad de vida al restringir la interacción social, causar molestia por boca seca, así como pérdida de auto-estima al fallar en una de las actividades más básicas de la vida.

La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es reconocida como la técnica de elección para conseguir una nutrición adecuada en pacientes con problemas de deglución, pero que mantienen intacto el sistema digestivo y que presentan una esperanza de vida superior a 2 meses.

La utilidad y lo apropiado de este procedimiento para situaciones reversibles o reparables en los que la nutrición oral e hidratación está impedida por un período prolongado generalmente no admite duda. Pero la decisión se vuelve más difícil en los casos de demencia avanzada, enfermedad terminal, estado vegetativo persistente o coma irreversible.

Se deben discutir los riesgos y beneficios de la alimentación por sonda antes de instalarla¹¹. En la Declaración de la American Gastroenterological Association se justifica la instalación de GEP en pacientes que requieren sonda por más de 30 días y van a obtener un beneficio fisiológico actual de este procedimiento.

La indicación más común para GEP es en déficit neurológicos que causan dificultades en obtener una nutrición oral adecuada. En base a una entrevista realizada a familiares de pacientes que tenían GEP, se da importancia al hecho que la calidad de vida de la familia después de la instalación, así como el manejo general del paciente y el tiempo requerido para su cuidado, habían mejorado¹².

En cuanto a las consideraciones éticas, se deben contestar tres preguntas relevantes: ¿cuál es el propósito, para quién y cuándo en la historia natural de la enfermedad del paciente la debería usar?

La respuesta a la pregunta planteada al inicio es, por tanto, clara: si existe indicación médica de colocación de sonda para alimentación y el paciente se niega a la colocación, hay que intentar convencerle de que es la mejor solución o proponerle alternativas que corrijan el problema nutricional. Si continua negándose, hay que

respetar su decisión si es competente o consultar a su familia si no fuera.

En el caso del paciente con demencia la negativa a comer puede ser un síntoma de la enfermedad o puede que se trate de un estado terminal; la necesidad de medidas de restricción física traslada el cuidado de nutrir a otra categoría¹³.

Todo adulto mayor debiera ser sometido a una evaluación de la deglución para evitar complicaciones por trastornos en esta área. En no pocos casos, se lograría evitar la instalación de sondas y alcanzar una mejor calidad de vida con un adecuado entrenamiento de deglución al permitir una deglución oral más segura y disminuyendo los episodios de atragantamiento y asfixia.

Discusión

Para que una acción humana sea buena éticamente es necesario que se cumplan tres condiciones simultáneamente: que el fin sea bueno, que los medios sean buenos y que la intención de quien actúa sea buena, sin olvidar las consecuencias de la acción. Dicho de otra manera, el principio de autonomía no es absoluto, entrando con bastante frecuencia en contradicción con los otros tres; de aquí que el principialismo como base de decisiones éticas sea un sistema débil y poco resolutivo^{14,15}. Por otra parte, el consenso no hace que una acción humana sea buena o mala, ya que la bondad o maldad dependen de otros cimientos.

La alimentación y la hidratación son cuidados normales y medios ordinarios para la conservación de la vida mientras se demuestre que cumplen su propia finalidad, aunque el paciente se encuentre inconsciente. No es ético interrumpirlos o no administrarlos si la muerte del paciente es consecuencia de esa decisión. La vida tiene un valor intrínseco y una dignidad personal que deben ser tratados con pleno respeto y con el tratamiento debido a todo ser humano.

Dar agua y alimento no son actos médicos, y no configuran casos de encarnizamiento terapéutico, al menos hasta que no aparezca evidente que son totalmente inútiles, esto es, que el organismo no es capaz de asimilarlos. No es procedente, por tanto, la suspensión de alimentación artificial e hidratación a los pacientes que mantienen funciones vitales normales y respiran autónomamente, aún no estando conscientes.

No es infrecuente la conducta en la que, consiguiendo una finalidad buena y lícita, se causa al mismo tiempo un mal: "Es lo mejor que se podía hacer en esta situación", se alega. Es elegir de modo que las consecuencias de la propia acción sean en su conjunto más buenas que malas. Es un modo de actuar que parece justo y necesario, excepto cuando el daño afecta a bienes constitutivos del ser humano en cuanto tal y, por ello, irrenunciables¹⁶. Este es el problema del consecuencialismo y del proporcionalismo; su problema radica en que se fija más en las consecuencias de la acción que en el valor del bien en juego.

Si, a pesar de un razonamiento ético en profundidad, ante las inevitables dificultades o dudas que a menudo se plantean para decidir la limitación de medidas de soporte nutricional, persiste la duda acerca de qué opción tomar siempre existe la posibilidad de consultar al comité de ética asistencial, a la comisión de deontología o recurrir a otras formas de consultoría.

Referencias

1. Álvarez Hernández J, Moreno Villares JM, Culebras JM. El grupo de trabajo de ética de la SENPE. *Nutr Hosp* 2010; 25 (4): 533-534.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica (versión en español de 4ª edición inglesa). Barcelona: Masson; 1999.
3. Molina E, Trigo T. Verdad y libertad. Ediciones Internacionales Universitarias. Madrid, 2009; p. 54.
4. Sánchez-Migallón S. Ética filosófica. EUNSA. Barañain (Navarra) 2008; pp. 88-93.
5. Calipari M. Curarse y hacerse curar. Buenos Aires. Educa. 2007.
6. Collazo E. Propuesta de actualización del Código de Ética y Deontología Médica (1999) de la Organización Médica Colegial de España. En: <http://hdl.handle.net/10396/2339>
7. Moreno Villares JM. Aspectos éticos en Nutrición Artificial. Memoria fin de máster, 2010.
8. Troug R, Brett A, Frader J. The problem with futility. *N Engl J Med* 1992; 326: 1560-1564.
9. Wanden-Berghe C, Pereyra-Zamora P, Tamayo-Fonseca N, Sanz-Valero J. Aspectos éticos asociados a la nutrición artificial en pacientes terminales: una aproximación mediante el método Delphi. *Nutr Hosp* 2007; 22 (Suppl. 1).
10. Portales Velasco MB. Dilemas éticos en trastornos de la deglución. En: <http://www.aebioetica.org/archivos/colecbio.pdf>.
11. Ladas SD, Triantafyllou K, Liappas I, Hatzigryriou M, Tzavellas E, Barbatzas C, Chistodoulou G, Raptis S. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: Adequacy and Quality of Information Given to Decision-Makers. *Digestive Diseases* 2002; 20; 289-292.
12. Protocolo de contención de movimientos en pacientes. H. Clínico San Carlos, H. La Fuenfría. En: http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_57886_FICHERO_NOTICIA_99413.pdf.
14. Campbell AV. The virtues (and vices) of the four principles. *J Me Ethics* 2003; 29: 292-296.
15. Requena P. Sobre la aplicabilidad del principialismo norteamericano. *Cuad Bioét* 2008; 19: 11-27.
16. Molina E, Trigo T. Verdad y libertad. Ediciones Internacionales Universitarias. Madrid, 2009; pp. 140-152.