

## CONFLICTOS ÉTICOS SOBRE NUTRICIÓN ARTIFICIAL E HIDRATACIÓN EN PACIENTES CON DEMENCIA

José María Sanguinetti,  
Médico Especialista en Clínica Médica y Gastroenterología,  
Hospital Militar Salta. Universidad Nacional Salta.

La Nutrición Artificial e Hidratación (NAH) se ha difundido ampliamente en las últimas décadas solucionando problemas pero a la vez generando otros. El impacto económico de los cuidados de las enfermedades crónicas, el aumento de la expectativa de vida, la judicialización del acto médico y la acentuación del principio de autonomía nos colocan en un escenario desafiante para la implementación de la NAH.

### INTRODUCCIÓN

En 1999 Garanis y Katsas pronunciaban que: *“La ingesta de alimentos es el mayor prerrequisito de la vida. Un ser humano hambriento no puede pensar en nada más que comida, como si nada más realmente importara.”*<sup>1</sup>

La abundante bibliografía que en los últimos años aborda esta temática y la variedad de autores es un claro indicador de lo difícil que resulta tomar decisiones fundadas en el momento de implementar (o no) la NAH en un paciente.

La falta de una terminología común y la abundancia de declaraciones, a veces contradictorias, es un ejemplo de que nos encontramos ante un tema sensible y complejo. Y, más allá de que no siempre se explicita en los artículos científicos, se trata de un debate profundo que tiene en su centro la definición de persona, de vida y de dignidad.

### *¿Tratamiento médico o cuidado básico? ¿Por qué no las dos cosas?*

Un primer aspecto es definir si la NAH es un cuidado básico o un tratamiento médico. Esta cuestión guarda íntima relación con otras preguntas: ¿Cuál es el objetivo de la NAH en la demencia avanzada? ¿Alivia síntomas? ¿Recupera funciones? ¿Evita complicaciones? ¿Prolonga la vida? ¿La acorta?.

Comenzaré por definir si la NAH es un cuidado básico o es parte de lo que se consideran medios de soporte vital (o tratamiento). Un trabajo español<sup>2</sup>, donde se realizó una encuesta a diferentes profesionales de la salud, el 77% de los encuestados respondió que consideran la Nutrición Enteral por Sonda Nasogástrica un cuidado básico, pero que la toma de decisiones debe ser individualizada.

Esta tendencia en los últimos años ha ido virando, siguiendo las corrientes de pensamiento norteamericanas. Esto se observa en un artículo de 2011<sup>3</sup>, que postula que la alimentación e hidratación no son destinadas a curar una enfermedad en particular cuando son administradas por un acceso venoso o sonda pueden variar en su concepto. Lo que debe ser prioritario es el hecho de que a ningún paciente (sin importar la enfermedad, el estado y su pronóstico) se le puede negar la posibilidad de hidratarse y nutrirse excepto, como veremos más adelante, que la NAH no cumpla con su finalidad.

<sup>1</sup> Garanis-Papadatos T, Katsas Aristotle The Milk and the honey: ethics of artificial nutrition and hydration of the elderly on the other side of Europe. J of Med Eth 1999; 25:447-450

<sup>2</sup>Moreno Villares, J., Alvarez Hernandez J., García de Lorenzo Mateos, A., y grupo de ética de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). Encuesta sobre aspectos éticos en Nutrición Artificial Domiciliaria. *Nutr Hosp.* 2007; 22(1):38-45

<sup>3</sup> Collazo Chao E, Girela A. Problemas éticos en relación a la nutrición e hidratación: aspectos básicos. *Nutr Hosp* 2011; 26(6) 1231-1235

En EEUU se sostiene desde hace décadas que la NAH es un tratamiento médico y no un cuidado, a pesar de esto, las dificultades en la toma de decisiones individuales sigue siendo claro y público como fue el caso Terri Schiavo<sup>4</sup>.

Un panel de consenso del American College of Physicians y la Sociedad Americana de Medicina Interna refutó la creencia de que discontinuar la nutrición y la hidratación al final de la vida es ilegal.<sup>5</sup>

Nadie duda que la decisión de utilizar o no un dispositivo o tratamiento médico debe basarse en la necesidad médica y en la evaluación entre los riesgos y beneficios del tratamiento.<sup>6</sup> El American College of Physicians declara en su manual de ética que la "administración artificial de nutrición y fluidos es un tratamiento que prolonga la vida. Como tal, está sujeto a los mismos criterios que se utilizan para decisiones que otros tratamientos"<sup>7</sup>

A pesar de esto, algunos médicos consideran que la nutrición e hidratación provista médicamente son una necesidad humana básica y temen someter al paciente a una muerte dolorosa a través del hambre y la deshidratación.

En sus Guías para la alimentación enteral en pacientes adultos hospitalizados<sup>8</sup>, la Sociedad Británica de Gastroenterología incorpora aspectos éticos, definiendo que la Alimentación Enteral es un tratamiento médico por ley, que siempre debe realizarse en pos de los mejores intereses del paciente y que, en caso de que el paciente no pueda expresar su voluntad, debe consultarse ampliamente con todos los cuidadores y familiares. En otro párrafo aclara que en aquellos casos de enfermedades en fase terminal, donde el plan es brindar cuidados paliativos, las consideraciones éticas indican que la provisión de nutrientes o fluidos por sonda es sólo para aliviar los síntomas y no para prolongar la vida. En aquellos casos donde el beneficio es dudoso aconseja realizar un "ensayo limitado".

La A.S.P.E.N define que la NAH es una terapia viable y altamente efectiva para aliviar los efectos de condiciones crónicas o temporarias para aquellos incapaces de ingerir alimentos y fluidos; sin embargo la decisión de iniciar o no la NAH debe basarse en la evaluación de los riesgos y beneficios, la voluntad del paciente y de los familiares. En caso que no exista un consenso entre todas las partes, considera que un ensayo limitado de NAH puede ser una alternativa aceptable.<sup>9</sup>

Existen revisiones que demuestran que la nutrición enteral no mejora la evolución clínica en esta situación. A raíz de esto la American Dietetic Association recomienda que el uso de nutrición enteral en la demencia avanzada severa pueda ser justificado por objetivos específicos y limitados.

A mi juicio es recomendable construir la toma de decisiones sin caer en malentendidos y sin sobreestimar los beneficios de la alimentación enteral, así como también no buscar en la alimentación enteral un camino para desentenderse de los cuidados necesarios que puede requerir una persona con demencia.

También tenemos que tener en cuenta que el acceso seguro y garantizado a los alimentos es un derecho humano fundamental. Por ello, la NAH siendo parte del tratamiento integral que recibe un paciente posee un componente que la hace un cuidado básico y genera la obligación de brindarlo en todos los casos más allá del pronóstico y de la potencial reversibilidad de la enfermedad.<sup>10</sup>

### ***¿Prolongan la vida?***

Sabemos que la NAH no tendrá un impacto importante sobre la enfermedad de base o las complicaciones surgidas de la misma y también es claro es que suprimirla acelera el proceso de muerte de un paciente. La Asociación Europea de Cuidados Paliativos aconseja que, excepto cuando se encuentre en situación agónica, deberá garantizarse la hidratación por la vía que sea. *La NAH puede mejorar la supervivencia entre pacientes que están en un estado vegetativo persistente.*

---

<sup>4</sup> Annas G; "Culture of life" Politics at the bedside – The Case of Terri Schiavo NEJM 352;16, 1710-15

<sup>5</sup> Gillick MR: Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. NEJM 2000; 342: 206-210.

<sup>6</sup> Slomka J. "Withholding nutrition at the end of life: Clinical and ethical issues". Clev CI J Med (70) 6, 548.

<sup>7</sup> Am Coll Phys Ethics Manual 4th Ed Ann Intern Med 1998; 128:576-594

<sup>8</sup> Stroud M, Duncan H, Nightingale J. Gut 2003; 52(Suppl VII); vii 1-viii12.

<sup>9</sup> Barocas A et al. A.S.P.E.N Ethics Position Paper, <http://ncp.sagepub.com/content/early/2010/11/04/0884533610385429.full.pdf>

<sup>10</sup> Garcia de Lorenzo, A. et al. Conclusiones del III Foro de Debate SENPE. Soporte nutricional especializado: aspectos éticos. Nutr Hosp 2006; 21 (3): 300- 302

*Estos pacientes pueden vivir por diez años o más con NAH, pero morirán en semanas sin soporte nutricional.*<sup>11</sup>

Los cambios metabólicos que sufre el ser humano durante el envejecimiento son importantes y en aquellos pacientes con demencia la tasa metabólica basal disminuye y el factor de actividad también, los requerimientos nutricionales son menores a los esperados en una persona más joven o activa. Basándose en esta “perspectiva metabólica”<sup>12</sup> se ha intentado argumentar a favor de la no utilización de la NAH, debido a que el deterioro nutricional es algo normal en los pacientes con demencia y el organismo genera los mecanismos necesarios para mantener los sistemas vitales funcionando.

Por lo expuesto es indudable que la NAH prolonga la vida aunque esto no debe considerarse parte de un “tratamiento fútil” o un “encarnizamiento terapéutico” (aunque en algunas situaciones puede serlo) sino como un complemento para satisfacer las demandas metabólicas del paciente sin importar la etapa de la enfermedad en que se encuentre.

## **RIESGOS Y BENEFICIOS**

Como toda intervención médica la NAH tiene sus riesgos y requiere de personal especializado para su implementación, aunque el manejo diario de las diferentes técnicas (en particular de Nutrición Enteral) se ha simplificado. Es sabido que la administración de NAH muchas veces requiere de medios de contención física, generando incomodidad y complicaciones propias de los accesos (venosos, sondas u ostomías) y de las sustancias administradas (diarreas, por ejemplo). También se postula que en etapas finales de la vida puede generarse sobrecarga hídrica.

El uso rutinario de sondas de alimentación en pacientes con demencia severa ha sido cuestionado, porque falta evidencia de su efectividad para alcanzar objetivos sociales y médicos. No hay estudios concluyentes que demuestren que la alimentación enteral en pacientes con demencia mejore la sobrevida, prevenga la neumonía aspirativa o la malnutrición. Tampoco hay datos ciertos sobre su relación con las escaras y las infecciones.<sup>13</sup>

Por otra parte, la realidad es que los métodos para alimentación enteral se han simplificado y vuelto más eficientes, disminuyéndose notoriamente el número de complicaciones y las incomodidades generadas por los dispositivos de administración. También las fórmulas diseñadas permiten responder a distintas necesidades nutricionales con un menor porcentaje de complicaciones. Esto permite que en la actualidad un número muy elevado de pacientes con EVP o demencias avanzadas puedan estar en sus domicilios con necesidades mínimas de cuidados y con un menor impacto de su enfermedad en su entorno familiar y menores costos por la disminución en el uso de las instituciones hospitalarias.

### ***Alivio de síntomas, capacidad de recuperación, disminución de complicaciones***

La posibilidad de que la NAH mejore la calidad de vida de los pacientes se fundamenta en que las necesidades de nutrientes y de líquidos son satisfechas por esa vía, evitando las incomodidades que genera el hambre, la sed, la desnutrición y la deshidratación. Para algunos autores, sin embargo, esto resulta controversial dado que no existe clara evidencia de que en los casos de demencia avanzada o EVP se sienta sed o hambre, y proponen que la sed puede ser mitigada con medidas paliativas (hielo, “mojar la boca”). Por otro lado, postulan que el hambre a los pocos días cede como consecuencia del estado de cetosis.<sup>14</sup> Es indudable también que la NAH no favorece la recuperación de la enfermedad, ya que (como sostuvo previamente) no es una intervención que tenga por objetivo la “curación” del paciente.

Debido a las dificultades para el diseño de estudios randomizados existe poca evidencia en relación a los beneficios en términos de estado nutricional o úlceras por decúbito en pacientes con demencia.<sup>15</sup> Los autores de esta revisión concluyen que, a pesar del gran número de pacientes que reciben alimentación enteral, hay evidencia insuficiente que sugiera que ésta sea beneficiosa para

---

<sup>11</sup> NEJM 353;24, 2607-11, Op.Cit.

<sup>12</sup> Hoffer L. Tube feeding in advanced dementia: the metabolic perspective. BMJ 2006; 333, 1214-15.

<sup>13</sup> NEJM 2000; 342:206-210 Op cit

<sup>14</sup> NEJM 353;24, 2607-11 Op.Cit

<sup>15</sup> Sampson L, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009. John Wiley & Sons, Ltd.

los casos de demencia avanzada. En el mismo artículo señalan que no hay trabajos que evalúen la calidad de vida y que faltan datos sobre los efectos adversos de esta intervención.

### ***¿Desconexión entre la evidencia y la práctica?***

La evolución del pensamiento y la aplicación de normas éticas a la NAH ha llegado a un punto en donde (para algunos autores) existe una *“creciente desconexión entre la evidencia y la práctica”*. Por un lado, existen numerosas publicaciones con recomendaciones y consensos, pero en la práctica diaria resultan muy difíciles de aplicar.<sup>16</sup> Una primera explicación a este fenómeno es que la *“evidencia”* que existe, en particular lo referente a beneficios de la NAH, es pobre ya que no se han realizado estudios randomizados (y no es probable que se hagan). Como consecuencia de esto se toman datos retrospectivos, opiniones de expertos y, con cierta frecuencia, casos individuales para generalizar principios.

Un segundo aspecto a tener en cuenta es que resulta difícil aplicar las recomendaciones, debido a que se subestiman factores culturales y sociales del paciente, su familia y de los profesionales de la salud.

Una postura esclarecedora es la de Dvorah Shapiro y Reuven Friedmann<sup>17</sup>. En dos páginas analizan los trabajos que definen las posturas actuales en relación a la NAH en pacientes con demencia avanzada. Concluyen que a partir de la evidencia existente hasta ese momento (2006) no se puede llegar a una conclusión definitiva en relación al beneficio o perjuicio de la alimentación enteral sobre la sobrevida. Asimismo demuestran que el uso de contención física en pacientes dementes alimentados por sonda u ostomía no es diferente de aquellos no alimentados. También dejan en claro que una buena alimentación oral es mejor que colocar una sonda, pero que cuando no está disponible esta opción es probablemente mejor iniciar la alimentación por sonda de manera temprana. Haciendo un análisis de la ética judía, postulan que el valor de la vida en un paciente con demencia severa no es diferente del de las personas con un nivel cognitivo intacto. En la misma línea de pensamiento se suman las conclusiones del trabajo de Jaul, Singer y Calderon- Margalit<sup>18</sup> quienes concluyen que, debido a que la alimentación por sonda no suma al paciente dolor e incomodidad, no debe ser contraindicada cuando responde a los valores y deseos de los pacientes y sus familias.

### ***¿Cuál es el rol de la NAH en pacientes con demencia?***

El rol de la NAH en pacientes con demencia avanzada es discutido desde hace ya más de una década<sup>19</sup>. Gillick opina que la alimentación enteral (por sonda o gastrostomía) no disminuye los riesgos de aspiración, no prolonga la vida, genera mayor necesidad de contención física y, si bien no existían datos concretos, sostiene que no les brindaría mayor confort. Por otro lado, es muy importante que el mismo autor señala que sus conclusiones se basan en estudios observacionales (no en estudios randomizados) y que en algunos aspectos (como en el confort del paciente) extrapola datos de otras patologías. Es importante advertir que según Gillick los trastornos deglutorios son como un *“hito”* en la evolución de la demencia, ya que es la última actividad básica de la vida diaria que se pierde. Por lo tanto, marcaría el comienzo de la etapa final de la enfermedad.

Hago mío este último concepto, si los trastornos deglutorios marcan el ingreso en la fase terminal de la demencia la NAH debe considerarse parte de los cuidados paliativos destinados a brindar confort. Teniendo por seguro que toda persona requiere del aporte de fluidos y nutrientes para el normal funcionamiento de sus sistemas vitales, y que la no provisión de los mismos agrega una noxa – en este caso iatrogénica y por lo tanto moralmente cuestionable- (ayuno, deshidratación, desnutrición) al proceso de enfermedad en curso.

Es necesario definitivamente repensar el rol de la NAH en la demencia avanzada, pero el primer concepto que debemos aclarar es el de los objetivos de la NAH en esta situación. Se trata de evitar

---

<sup>16</sup> Brody H, Hermer L, Scott L y col. Artificial Nutrition and Hydration: The evolution of ethics, evidence and policy. 2011 J Gen Intern Med 26(9):1053-8.

<sup>17</sup> Shapiro D, Friedmann R. To Feed or Not to Feed the Terminal Demented Patient – Is There any Question? IMAJ 2006;8: 507-8

<sup>18</sup> Jaul E, Singer P, Calderon-Margalit R. Tube feeding in the demented elderly with severe disabilities. IMAJ 2006;8:870-74.

<sup>19</sup> NEJM 2000; 342; 3; 206-10. Op cit.

las complicaciones de situaciones no desencadenadas directamente por la enfermedad (deshidratación y ayuno) con el fin de brindar confort y calidad de vida.

### ***El desafío de buscar caminos: La mitad del vaso vacío o la mitad del vaso lleno***

En 1990 Harold Sandstead en el National Board for Nutrition Support Certification presentó su visión<sup>20</sup>, donde aclaraba que en un sentido amplio y metafórico la nutrición incluye el alimento para el espíritu y que la nutrición tiene un profundo simbolismo en todas las sociedades. "Dar nutrición es dar vida" enfatiza el autor, resaltando que el respeto por la vida es un valor humano principal, por lo que no parecería simple encontrar fórmulas precisas para las decisiones concernientes a la NAH, sino más bien principios útiles: " *Confortar al enfermo, curar si es posible, no dañar, y sobre todo, respetar la persona. Si seguimos esos principios nuestros pacientes serán provistos de un cuidado bueno y apropiado*".

En el contexto elegido para el análisis de la cuestión, resulta relevante la alocución papal de 2004. En ella se sugiere que la obligación moral de utilizar la NAH en el estado vegetativo persistente es clara, aunque haya sido malinterpretada o simplificada por muchos. Allí el Papa Juan Pablo II expresa:

*"(...) quisiera poner de relieve que la administración de agua y alimento, aunque se lleve a cabo por vías artificiales, representa siempre un medio natural de conservación de la vida, no un acto médico. Por tanto, su uso se debe considerar, en principio, ordinario y proporcionado, y como tal moralmente obligatorio, en la medida y hasta que demuestre alcanzar su finalidad propia, que en este caso consiste en proporcionar alimento al paciente y alivio a sus sufrimientos (...)"<sup>21</sup>*

Tenemos que hacernos las preguntas que corresponde hacer y decidir basándonos en los criterios que corresponde utilizar. No es bueno que el único criterio de peso sean los "riesgos y beneficios", o como principio sólo apliquemos el de la autonomía, ni tampoco es correcto evaluar una perspectiva economicista del acto médico. La decisión de utilizar o no (o de suspender) NAH debe tomarse desde una visión global de cada caso en particular y reevaluarse continuamente, por otro lado, debe considerar los elementos de juicio que definen un acto como éticamente bueno (que su fin sea bueno, que los medios sean buenos y que la intención de quien actúa también lo sea).

A la propuesta de muchos autores de enfatizar que no se trata de una intervención básica, que los beneficios no son claros (en algunos casos) y que existen "considerables" riesgos, así como que el objetivo de la NAH no es aumentar el confort del paciente se oponen otros autores que entienden que lo que está en discusión no es una mera "técnica", sino el enfoque que la medicina quiere hacer del hombre. Se está intentando redefinir el concepto de persona, de su dignidad y del valor de la vida utilizando parámetros económicos y criterios utilitarios. Por otro lado, vale la pena resaltar que la "evidencia" médica disponible es insuficiente, en muchos casos metodológicamente cuestionables y en varios aspectos limitada a la opinión de expertos y/o comités. Esta salvedad debe ser tenida en cuenta en el momento de leer y analizar "Guías", "Position Statements" o "Recomendaciones".

En 2010 Palecek, Teno, Casarett y colaboradores propusieron el concepto de " *Comfort Feeding Only*" como un método para fomentar la alimentación oral en pacientes con demencia avanzada, incrementando los esfuerzos de los cuidadores y teniendo como limitaciones la incomodidad del paciente al alimentarse (tos o agitación por ejemplo). En esta estrategia proponen desarrollar un plan de alimentación individualizado, que busque brindar confort más que alcanzar objetivos nutricionales. Si bien en este enfoque no está contemplada la posibilidad de la NAH, y en realidad ha sido desarrollada como una forma práctica de evitar la colocación de sondas para alimentación, es un paso importante en el sentido de que ya se reconoce que la alimentación puede tener objetivos limitados, pero no menos importantes: como el de brindar confort proponiéndose como un alternativa válida en aquellas situaciones que se decida no utilizar NAH.<sup>22 23</sup>

Es claro también que detrás del debate ético existe un problema económico, fruto del incremento del gasto en salud como consecuencia de diversos factores (mayor costo profesional, aumento de la

<sup>20</sup> Sandstead H. A point of view: nutrition and care of terminally ill patients. Am J Clin Nutr 1990; 52: 767-9

<sup>21</sup> Juan Pablo II, *Discurso a los participantes en un congreso sobre "tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo"* <http://www.vatican.va>

<sup>22</sup> Palecek E, Teno J, Casarett D y col. Comfort feeding only: A proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. J Am Geriatr Soc 2010; 58(3); 580-84

<sup>23</sup> Rabin R, Feeding Dementia Patients With Dignity. The New York Times, August 2, 2010.

expectativa de vida y claramente el uso inapropiado de métodos diagnósticos y tratamientos). Así la gran difusión de la Alimentación Enteral y su uso extensivo durante la década del 90 se dió en el contexto de crisis económicas y serios problemas de los sistemas de salud, en particular en los países centrales. Lamentablemente detrás de supuestos dilemas éticos muchas veces se esconden simples análisis de costos o mal uso de los recursos médicos. Es cierto que probablemente exista un uso inadecuado de los métodos de Soporte Nutricional (tanto enteral como parenteral), fruto de la falta de capacitación de los médicos y del incremento de ancianos con demencia internados en instituciones de cuidados crónicos.

Si bien los medios para la implementación de la NAH son artificiales, y desde esa perspectiva podemos considerarla un tratamiento, la finalidad propia de la NAH mantiene las características de un medio natural de conservación de la vida. Por lo tanto el objetivo principal es el de la conservación de la vida y el de aliviar el sufrimiento. Es en relación con esta finalidad que debe entenderse cuando Juan Pablo II lo define como ordinario y proporcionado. El determinar la ordinariadad y proporcionalidad de un medio requiere de un diálogo permanente con el paciente (y su familia) y de un profundo análisis de cada caso. Calipari realiza una excelente descripción de cómo aproximarnos a estos conceptos para la toma de decisiones<sup>24</sup>. La postura de este autor está en la línea de lo expresado por Sandstead y que creo conveniente repetir: "*Confortar al enfermo, curar si es posible, no dañar, y sobre todo, respetar la persona. Si seguimos esos principios nuestros pacientes serán provistos de un cuidado bueno y apropiado*"<sup>24</sup>. Lo que es fundamental es que la decisión no puede ser tomada basándose solamente en la capacidad de recuperación del paciente o únicamente en parámetros económicos.

## CONCLUSIONES

A las palabras que iluminan nuestra realidad y la problemática del sufrimiento humano debemos aportarle la experiencia profesional, la opinión de los expertos, la investigación e innovación que permitan realizar una práctica médica que respete la vida.

El redescubrir el valor de la alimentación a través de la "*Alimentación sólo para Confort*" puede ser de utilidad para evitar en algunos casos la implementación de la NAH, para diferirla en otros e inclusive para utilizarla en forma combinada (puedo recomendar esta última opción basándome en mi experiencia personal), pero no para excluirla como una alternativa. La perspectiva metabólica lejos de desalentar la posibilidad de la NAH nos permite establecer nuevos esquemas para cubrir las necesidades metabólicas de las personas con demencia avanzada haciendo más eficiente el uso de los alimentos y fluidos. El indudable aporte que realiza toda esta discusión para una toma de decisiones más consensuada, con mejor nivel de información y mayor diálogo entre el equipo de salud y con el paciente y su familia debe ser capitalizado para volver a humanizar la medicina y no debe ser visto como un medio de evitar demandas judiciales o realizar una medicina defensiva. Un elemento relevante es que la NAH permite cuidar a los pacientes en su casa o en instituciones de cuidados crónicos disminuyendo el uso de hospitales o clínicas, esto impacta en los costos del sistema de salud, pero a su vez tiene un impacto positivo en la calidad de vida del paciente y de la familia.

La supuesta desconexión entre evidencia y práctica debe alentarnos a investigar para sumar evidencia de mayor calidad y a su vez debe recordarnos que cada acto médico es particular ya que cada paciente es único; por lo tanto el valor de la práctica es insustituible.

Indudablemente creo que existen momentos en donde la NAH deja de cumplir su finalidad de aliviar y por lo tanto pierde su carácter de medio ordinario y proporcionado, cuando esto sucede debe evaluarse y tomar la decisión más correcta sin dejar de lado todos los principios de la bioética, fomentando el diálogo y buscando siempre hacer lo mejor por el paciente para aliviar el sufrimiento.

Los que estamos todos los días al lado de la cama de numerosos pacientes con demencia y que nos toca decidir colocar o no una sonda o una gastrostomía, ver las complicaciones pero también los beneficios que brinda; hablar con los familiares y contenerlos; tomar riesgos y ver como la NAH no

---

<sup>24</sup> Calipari, Maurizio. "El principio de lo éticamente adecuado en el uso de medios de preservación de la vida: entre el encarnizamiento terapéutico y el abandono del paciente"[en línea]. Vida y Ética. 9.2 (2008). Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/principio-eticamente-adecuado-uso-medios.pdf>

<sup>24</sup> Sandstead H. Op Cit

cura pero alivia (sabiendo que mal utilizada puede enfermar más) debemos cumplir nuestro compromiso de servicio desinteresado a la vida del enfermo, de esforzarnos porque siempre se preserve su dignidad, de brindar alivio y confort no sólo al paciente sino también a su familia y de administrar de manera eficiente y justa los medios que la ciencia pone a nuestra disposición.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. B.M.A.'s Central Ethical Committee. Ethical Statement: Artificial Feeding of Prisoners. BMJ 6 July 1974
2. Garanis-Papadatos T, Katsas Aristotle The Milk and the honey: ethics of artificial nutrition and hydration of the elderly on the other side of Europe. J of Med Eth 1999; 25:447-450
3. Moreno Villares, J; Alvarez Hernandez J, Garcia de Lorenzo Mateos A y grupo de ética de la sociedad española de nutrición parenteral y enteral (SENPE). Encuesta sobre aspectos éticos en Nutrición Artificial Domiciliaria. Nutr Hosp. 2007; 22(1):38-45
4. Collazo Chao E, Girela A. Problemas éticos en relación a la nutrición e hidratación: aspectos básicos. Nutr Hosp 2011; 26(6) 1231-1235
5. Annas G; "Culture of life" Politics at the bedside – The Case of Terri Schiavo NEJM 352;16, 1710-15
6. Gillick MR: Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. NEJM 2000; 342: 206-210.
7. Slomka J. "Withholding nutrition at the end of life: Clinical and ethical issues". Clev Cl J Med (70) 6, 548.
8. Am Coll Phys Ethics Manual 4th Ed Ann Intern Med 1998; 128:576-594
9. Stroud M, Duncan H, Nightingale J. Gut 2003; 52(Suppl VII); vii 1-vii12.
10. Barrocas A et al. A.S.P.E.N Ethics Position Paper, <http://ncp.sagepub.com/content/early/2010/11/04/0884533610385429.full.pdf>
11. Casarett D, Kapo J, Caplan A. Appropriate use of artificial nutrition and hydration – fundamental principles and recommendations. NEJM 353;24, 2607-11
12. García de Lorenzo, A. et al. Conclusiones del III Foro de Debate SENPE. Soporte nutricional especializado: aspectos éticos. Nutr Hosp 2006; 21 (3): 300- 302
13. Hoffer L. Tube feeding in advanced dementia: the metabolic perspective. BMJ 2006; 333, 1214-15.
14. Am Coll Phys Ethics Manual 4th Ed Ann Intern Med 1998; 128:576-594
15. Sampson L, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009. John Wiley & Sons, Ltd.
16. Brody H, Hermer L, Scott L y col. Artificial Nutrition and Hydration: The evolution of ethics, evidence and policy. 2011 J Gen Intern Med 26(9):1053-8.
17. Valero Zanuy M, Álvarez Nido M, García Rodríguez P. ¿Se considera la hidratación y la nutrición artificial como un cuidado paliativo? Nutr Hosp. 2006;21:680-685
18. Shapiro D, Friedmann R. To Feed or Not to Feed the Terminal Demented Patient – Is There any Question? IMAJ 2006;8; 507-8
19. Jaul E, Singer P, Calderon-Margalit R. Tube feeding in the demented elderly with severe disabilities. IMAJ 2006;8:870-74.
20. Sandstead H. A point of view: nutrition and care of terminally ill patients. Am J Clin Nutr 1990; 52: 767-9
21. Juan Pablo II, Discurso a los participantes en un congreso sobre "tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo" <http://www.vatican.va>
22. Palecek E, Teno J, Casarett D y col. Comfort feeding only: A proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. J Am Geriatr Soc 2010; 58(3); 580-84
23. Rabin R, Feeding Dementia Patients With Dignity. The New York Times, August 2, 2010.
24. May W. The Vatican & Artificial Nutrition and Hydration, 24 de Abril de 2009. <http://commonwealmagazine.org/vatican-artificial-nutrition-and-hydration>
25. Consortium of Jesuit Bioethics Programs. Undue Burden? The Vatican & Artificial Nutrition and Hydration. 13 de Febrero de 2009. <http://commonwealmagazine.org/undue-burden>
26. Calipari, Maurizio. "El principio de lo éticamente adecuado en el uso de medios de preservación de la vida: entre el encarnizamiento terapéutico y el abandono del paciente"[en línea]. Vida y Ética. 9.2 (2008). Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/principio-eticamente-adecuado-uso-medios.pdf>