

CONSIDERACIONES ÉTICAS SOBRE EL PAPEL DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN PACIENTES CON CÁNCER AVANZADO

José Manuel Moreno-Villares*, María José Galiano Segovia**

RESUMEN

El uso de la nutrición artificial en pacientes con cáncer avanzado sin tratamiento curativo continúa siendo objeto de controversia y conlleva una considerable carga emocional. Sin embargo, este grupo de pacientes constituye la primera indicación en los programas de nutrición parenteral a domicilio (NPD), en la mayoría de series, a uno y otro lado del Atlántico. *Objetivo:* presentar las características de una serie de pacientes incluidos en un programa de NPD en los últimos diez años y hacer una reflexión, desde el punto de vista de la bioética clínica, de su empleo en este tipo de pacientes. *Método:* estudio retrospectivo de las historias clínicas de los once pacientes que recibieron NPD en este periodo. Se recogieron los datos demográficos y clínicos y las complicaciones y evolución y se compararon con los del grupo de pacientes con enfermedad benigna que recibieron NPD en el mismo periodo. Se hizo una revisión extensa de la literatura sobre el uso de la técnica en estos pacientes. *Resultados:* once pacientes recibieron NPD, nueve a causa de una obstrucción intestinal irresoluble y dos por una fistula de alto débito. La edad media al inicio de la NPD fue de $50,8 \pm 12,7$ años, frente a los $37,3 \pm 17,2$ del grupo con enfermedad benigna. La duración media de la NPD fue sensiblemente inferior en el grupo de pacientes con cáncer. Ninguno de los que fueron incluidos en el programa continúa vivo. La calidad de vida, medida mediante una escala de actividad, fue similar, al inicio de la NPD, en ambos grupos. Solo en uno de los pacientes se suspendió la NPD antes de los 5 días previos al fallecimiento, por deterioro clínico. Los datos de la revisión bibliográfica muestran resultados similares a los comunicados en esta serie. *Conclusiones:* la NPD ofrece al paciente con cáncer avanzado y grave disfunción intestinal la posibilidad de tratamiento en su domicilio, con un bajo índice de complicaciones. Si consideramos la corta duración media de la NPD, la inclusión en el programa ha de valorarse en forma individual y revisarse periódicamente.

PALABRAS CLAVE: nutrición parenteral domiciliaria, cáncer, obstrucción intestinal, limitación de esfuerzo terapéutico.

ABSTRACT

The use of artificial feeding in patients with advanced cancer with no curative treatment continues to be a controversial matter with strong emotional implications. However, this group of patients constitutes the first indication relating to programs of parenteral feeding or hyperalimentation at home^() (NPD in most series of cases^{*}, at both sides of the Atlantic. Objective: showing the characteristics of a series of patients included in a program of Parenteral Feeding or Hyperalimentation at home named "NPD"^(*) in the past ten years and, from the standpoint of clinical bioethics, gain insight of the convenience of its use in this type of patients. Method: Carrying out retrospective study of the clinical history of the eleven patients that received parenteral home nutrition during this period. Demographical and clinical data, together with information on complications and evolution, were collected and compared against those of the group of patients with benign disease conditions who got parenteral home nutrition in the same period. The literature relating to the use of this technique in these patients was extensively reviewed. Results: Eleven patients received parenteral home nutrition, nine of them due to an irresoluble intestinal obstruction and two for a high debit fistula. The mean age at the initiation of the program was $50,8 \pm 12,7$ years, against $37,3 \pm 17,2$ of the benign disease group. The mean duration of the parental feeding process at home was significantly lower in the group of patients with cancer. None of the ones included in the program is still alive. The quality of life, as measured by an activity scales was similar, at initiation, in both groups. The program was suspended in only one of the patients prior to the 5 days preceding death by clinical deterioration. Data from the bibliographical review show similar results to those reported in this series. Conclusions: This Parenteral Feeding program offers patients with advanced cancer and severe intestinal malfunction the opportunity of getting treatment at home, with a low complication rate. If we consider the short average duration of parenteral feeding at home, the inclusion in the program should be assessed individually and revised on a periodic basis.*

KEY WORDS: parental home nutrition, cancer, intestinal obstruction, therapeutic effort limitation

* Unidad de Nutrición Clínica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

E-mail: jmoreno.hdoc@salud.madrid.org

** Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.



INTRODUCCIÓN

En la fase inicial del tratamiento activo del cáncer, el objetivo es modificar el curso natural de la enfermedad. Los efectos adversos del tratamiento –por ejemplo, el dolor, los vómitos y la mucositis– son aceptados por el enfermo y sus familiares como parte del tributo que se paga por derrotar el mal. El recurso a tratamientos quirúrgicos agresivos para resolver complicaciones no solo es aceptado sino deseado. El papel fundamental que tiene un buen estado nutricional en la eficacia del tratamiento obliga, en ocasiones, a utilizar métodos invasivos de alimentación (nutrición enteral o parenteral)^{1, 2, 3}. Todas estas medidas se engloban en un plan que tiene como meta vencer al cáncer, aunque se obtenga solo una victoria temporal. Cuando se produce una recaída o la enfermedad progresa, el peso de los efectos secundarios o de las actuaciones médicas puede comenzar a sobrepasar al de los beneficios. Otras consideraciones para obtener la curación adquieren entonces relevancia especial, encaminadas, sobre todo, a conseguir una mejor calidad de vida⁴. Comienza la difícil transición hacia los cuidados paliativos. En esta etapa se encuentran intereses muy dispares: el interés del paciente por conocer sus expecta-

tivas, sus posibilidades, la relevancia de su autonomía en la toma de decisiones; por otra parte, la asistencia de la familia al progresivo deterioro del ser querido y, en ocasiones, la “conspiración del silencio” a su alrededor; la actitud del médico frente al fracaso de los tratamientos activos... Como mar de fondo, el rechazo social a la muerte, la huida de la sociedad del carácter perecedero de la existencia humana en la tierra. La sociedad parece querer decir “no hay derecho a que este se muera” o, mejor, “no hay derecho a que su muerte se nos haga presente”. Solo se muere la gente en países en guerra o donde existen el hambre, las epidemias; a lo sumo, se muere aquel que ya ha dicho todo lo que tenía que decir, el anciano... Este parece ser el lugar común en el pensamiento de muchos.

Se pierde de vista con facilidad que el papel de la medicina no es vencer a las enfermedades y a la muerte, sino aliviar el sufrimiento, limitar el mal y allanar el doloroso viaje del hombre hacia su última morada⁵. La medicina no tiene derecho a inmiscuirse en la vida de aquellos que no la necesitan.

Cuando un enfermo con cáncer extendido comienza a ser refractario al tratamiento específico y existe progresión de la enfermedad, aceptamos que estamos en la etapa terminal de esta. Las circunstancias pueden ser, sin embargo, muy variables: desde un paciente con muy poca sintomatología (“fase terminal terapéutica”) o con gran afectación del estado general y sintomatología profusa (“fase terminal biológica”) que precede a la agonía. Sin abandonar la consideración de cáncer avanzado y de paciente terminal, las implica-

¹ Bozzetti, F. “Perioperative nutrition of patients with gastrointestinal cancer”, *Br. J. Surg.*, 89: 1201-2, 2002.

² Bozzetti, F. “Rationale and indications for perioperative feeding of malnourished surgical cancer patients”, *Nutrition*, 18: 953-9, 2002.

³ Bozzetti, F.; Braga, M.; Gianotti, L.; Gavazzi, C.; Mariani, L. “Postoperative enteral versus parenteral nutrition in malnourished patients with gastrointestinal cancer: a randomized multicentre trial”, *Lancet*, 358: 1487, 2001.

⁴ Sanz Ortiz, J.; Rivera Herrero, F.; de Juan Ferré, A.; Vega Villegas, M. E. “Tratamiento oncológico activo de la enfermedad neoplásica avanzada y terminal”, Barcelona, *Med. Clin.*, 114: 302-7, 2000.

⁵ Skrabanek, P. “La ideología de la salud”. En: Skrabanek P, editor. *La muerte de la medicina con rostro humano*, Madrid, Díaz de Santos S.A., 1999, págs. 1-35.

ciones terapéuticas y los objetivos son muy diferentes. Esta trayectoria se acompaña, a su vez, de una toma de conciencia sobre la propia muerte^{6, 7}. Nos encontramos, además, con la limitación que tenemos los médicos para estimar con precisión la supervivencia de un paciente terminal, influida en parte por la especialidad ejercida, así como por la experiencia clínica⁸.

LA ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL

Holland definió al paciente terminal como aquel enfermo que no ha respondido a ninguna de las medidas curativas que se conocen y que le han sido aplicadas. Por consiguiente, el único objetivo del tratamiento que cabe aplicársele es el de proporcionarle el máximo bienestar⁹. En esta concisa definición nada se afirma sobre el tiempo que tardará en producirse el desenlace fatal, la mayor o menor posibilidad de que esto ocurra o la irreversibilidad del proceso. Sin embargo, estos pensamientos acuden con prontitud a la mente de todos cuando se hace referencia a un enfermo terminal.

Esta categorización del enfermo ha llevado en la práctica a una actitud marginante. El enfermo, no obstante, no ha cambiado por el hecho de entrar en una nueva etapa. Sus necesidades emocionales son, cuando menos, las mismas de siempre, intensificadas tal vez por los acontecimientos que ahora está viviendo. Como

⁶ Gómez Sancho, M. *Cómo dar las malas noticias en medicina*, 2ª ed., Madrid, Arán Editores, 2000.

⁷ Suárez, M. *Diagnóstico: cáncer: Mi lucha por la vida*, Barcelona, Galaxia Gutenberg, Círculo de Lectores, 2000.

⁸ Christakis, N. A.; Lamont, E. B. "Extent and determinants of error in doctor's prognosis in terminally ill patients: prospective cohort study", *BMJ*, 320: 469-73, 2000.

⁹ Holland, J. C. "Psychological issues in the case of the terminally ill". En: *Directions in Psychiatry*, Nueva York, Hatherleigh, lección 25, 1982.

contraposición se aprecia, muchas veces, un cambio en la actitud y el comportamiento de las personas que lo rodean, que tienden a aislarlo, a marginarlo.

Quizá *terminal* no haya sido un término demasiado afortunado. Si por *terminal* se entiende aquel enfermo que se ha dado por perdido, tanto desde la perspectiva curativa como social, habríamos de concluir que ese paciente no existe –o no debería existir– porque el médico nunca debe abandonarlo; siempre puede hacer algo más para aliviar su dolor y su sufrimiento. Establecer criterios operativos y fiables para el diagnóstico de enfermo terminal constituye algo que resulta muy discutible⁸. Algún autor propone hablar de síndrome terminal del enfermo, en vez de enfermo terminal, entendiendo aquel como el estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo¹⁰. El acto médico –curar, aliviar, consolar– se mantiene inmutable en todas las etapas de la enfermedad; solo cambia el orden de prioridades (tabla 1).

Tabla 1. Naturaleza del acto médico

| Sano | Enfermo terminal | Agonía |
|-------------------------------------|----------------------------|---|
| Enfermedad recuperable | Enfermedad irreversible | Complicación mortal y enfermedad irreversible |
| Curar Aliviar Consolar | Aliviar Consolar | Consolar Aliviar |

¹⁰ Brugarolas, A. "La atención al paciente terminal". En: Polaino-Lorente, A., editor, *Manual de bioética general*, Madrid, Rialp, 1994, págs. 378-86.

De todos los aspectos en los que se basa el diagnóstico del síndrome terminal de enfermedad, el más difícil de dilucidar es el tiempo estimado de supervivencia. Los otros criterios: la enfermedad causante de la evolución, la ineficacia comprobada de los tratamientos y la pérdida de esperanza de recuperación, son más fácilmente objetivables. El establecimiento de una buena comunicación, fundamentada siempre en decir la verdad, en evitar la ansiedad y los sentimientos de culpa del paciente y sus familiares y en proporcionar serenidad, junto con la administración de cuidados médicos sintomáticos, es el punto clave en el tratamiento de los enfermos. La finalidad inmediata de estos cuidados es aumentar su calidad de vida en esa fase terminal.

Clásicamente, el plan terapéutico en esta fase se basaba en un tratamiento adecuado del dolor, una valoración de la ansiedad-depresión y en la atención aislada de cada uno de los síntomas. Estos cuidados paliativos podían llevarse a cabo en el domicilio, en centros especiales o en el hospital encargado. En los últimos años se han venido ampliando las posibilidades, como el tratamiento oncológico activo de la enfermedad neoplásica avanzada y terminal⁴, las intervenciones quirúrgicas paliativas y la nutrición parenteral domiciliaria.

TRATAMIENTO ONCOLÓGICO ACTIVO DE LA ENFERMEDAD NEOPLÁSICA AVANZADA Y TERMINAL

Hemos asistido recientemente al establecimiento de tratamientos quimioterápicos (de tercera o cuarta línea) de cánceres tradicionalmente considerados de escasa respuesta, como el cáncer de pulmón metastatizado o el cáncer colorrectal avanzado⁴. En la mayoría de estudios se obtiene una mejoría de la calidad de

vida y un alargamiento de la supervivencia. Está claro que estos resultados se alcanzan cuando el tratamiento no se aplica en forma indiscriminada a todos los pacientes, sino solo a aquellos que presentan un buen estado general (índice de Karnofsky igual o superior a 70). En los casos con respuesta al tratamiento oncológico específicamente paliativo sus resultados son superiores a los del mejor tratamiento de soporte. A la hora de decidir qué pacientes deben recibirlo, conviene tener en cuenta varios factores: que el tumor tenga posibilidad de respuesta; el estado general y la tolerancia del paciente a los tratamientos quimioterápicos y, por supuesto, su propia decisión. Cuando este conoce que, además de recibir tratamiento sintomático, está recibiendo medicación para su enfermedad de base ve reafirmada su esperanza. En palabras de Sanz Ortiz, "no se trata de sustituir un tratamiento paliativo sintomático por otro específico, sino de complementar los efectos beneficiosos de la paliación con un incremento de la calidad y cantidad de vida en los que responden al tratamiento específico"⁴.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL PACIENTE CON CÁNCER

No es infrecuente que pacientes con diagnóstico de cáncer, en especial colorrectal o de ovario, presenten episodios de obstrucción intestinal. La decisión terapéutica no es sencilla y considera desde el tratamiento médico conservador hasta la intervención quirúrgica paliativa. Aunque la cirugía resuelve muchos de los casos con obstrucciones parciales o completas, la NPD quedará reservada para aquellos pacientes con una obstrucción irresoluble. A pesar de que su uso continúa siendo controvertido y de que está asociado a una importante carga emocional, la nutrición parenteral

domiciliaria (NPD), tanto en series europeas¹¹ como estadounidenses¹², sigue siendo indicada, principalmente, para el cáncer.

En este trabajo revisamos nuestra experiencia con pacientes con cáncer avanzado que recibieron NPD, con el objetivo de establecer, a la luz de la experiencia publicada de otros grupos, unas indicaciones precisas y caracterizar el seguimiento de tales pacientes.

PACIENTES Y MÉTODO

Desde inicios de 1993 hasta la fecha, 23 pacientes adultos han recibido NPD. Once (48%) de ellos padecían cáncer avanzado y presentaban una obstrucción intestinal completa (n: 9) o una fístula de alto débito (n: 2). En el primer caso se desestimó la cirugía por presentar obstrucción completa a varios niveles, sin posible solución quirúrgica. Se recogieron los datos demográficos y clínicos, las complicaciones y la evolución y se compararon con los del grupo de pacientes con enfermedad benigna que recibieron NPD en el mismo periodo. Para las comparaciones se utilizó la t de Student y el test de la Chi-cuadrado cuando eran los indicados. Se consideró significación estadística si $p < 0,05$.

Características del programa de NPD

La selección de pacientes candidatos se basa en los siguientes criterios: a) imposibilidad de utilizar el tracto digestivo por un periodo prolongado (al menos 3 meses) o indefinido; b) suficiente soporte familiar para llevar adelante los requisitos de la técnica, y c) en el caso de los pacientes con cáncer avanzado, una buena situación general (índice de Karnofsky > 50 o escala de valoración similar) y una supervivencia estimada superior a 2 meses. Una vez sentada la indicación con el equipo médico del paciente, se les explica a este y a sus familiares la modalidad del tratamiento. En ocasiones se recaba la colaboración de algún paciente con NPD para explicar al candidato las características de la técnica. Tras obtener el consentimiento se inicia el programa de enseñanza, que durará entre 5 y 10 días. Además de facilitar material escrito, el programa comienza con una explicación detallada para pasar de asistir, en días sucesivos, como mero observador a la realización de la manipulación del catéter y la colocación de la bolsa de NP, bajo la supervisión de uno de los componentes del equipo de nutrición clínica. La infusión de las soluciones se realiza a través de un catéter venoso central. En nuestra serie se utilizó un reservorio subcutáneo, que ya tenían implantado con otros fines, en 9 ocasiones, y un catéter tunelizado de silicona en 3 (inicialmente, un paciente era portador de un reservorio y posteriormente utilizó un catéter tunelizado). La estimación de las necesidades energéticas y proteicas se realiza según el proceder habitual. El paciente se infunde la solución de nutrición parenteral a lo largo de 8 a 12 horas, preferiblemente durante la noche. Con el fin de facilitar la administración, se preparan bolsas de nutrición parenteral, que contienen, todo en uno,

¹¹ Van Gossum, A.; Bakker, H.; Bozzetti, F.; Staun, M.; Leon-Sanz, M.; Hebuterne, X., et al. "Home parenteral nutrition in adults: a European multicentre survey in 1997", *Clin. Nutr.*, 18: 135-40, 1999.

¹² Howard, L.; Ament, M.; Fleming, C. R.; Shike, M.; Steiger, E. "Current use and clinical outcome of home parenteral and enteral nutrition therapies in the United States", *Gastroenterology*, 109: 355-65, 1995.

todos los nutrientes e, incluso, algunas medicaciones. Las soluciones se preparan en la farmacia del hospital en cámara de flujo laminar, en condiciones de esterilidad. El paciente o sus familiares recogen las soluciones dos veces a la semana en la farmacia del centro. No existe un equipo de visita a domicilio, por lo que el desarrollo de la técnica recae en el paciente y su familia. Existe la posibilidad de acceso telefónico a uno de los miembros del equipo a lo largo de las 24 horas del día, todos los días del año.

Valoración de la escala de actividad

Se utilizó una versión modificada de la escala de Weiss¹³, que se detalla en la tabla 2.

Tabla 2. Escala de actividad (modificada de Weiss et al¹³)

| Grado | Características |
|-------|--|
| 0 | Completamente activo, capaz de desempeñar todas sus actividades sin restricción. |
| 1 | Limitado en actividades que requieren gran esfuerzo, pero capaz de realizar las tareas cotidianas sencillas, como un trabajo de oficina o en el hogar. |
| 2 | No hospitalizado, se vale por sí mismo, pero incapaz de trabajar, aunque no confinado a una silla o en la cama. |
| 3 | Capaz tan solo de valerse por sí mismo en algunas cosas; en cama o en una silla más de la mitad del tiempo del día. |
| 4 | Invalidez absoluta; no puede valerse en absoluto por sí mismo. Prácticamente todo el día en cama o en una silla. |

¹³ Weiss, S. M.; Skibber, J. M.; Rosato, F. E. "Bowel obstruction in cancer patients: performance status as a predictor of survival", *J. Surg. Oncol.*, 25: 15-7, 1984.

RESULTADOS

Los datos epidemiológicos y las características clínicas del grupo se detallan en la tabla 3. La edad media de los pacientes fue significativamente superior al compararla con la del grupo de pacientes con enfermedades benignas. La duración media en el programa de NPD fue de unos dos meses y medio, claramente inferior a la duración media del resto de pacientes, ligeramente superior al año. El origen primario del cáncer fue: colon en cuatro pacientes, estómago en tres, ginecológico en tres y vejiga en uno. La tasa de infecciones asociadas a catéter fue el doble de la ocurrida en pacientes con enfermedad benigna, aunque solo en dos ocasiones obligó a la retirada del catéter. En los dos casos se trató de una fungemia por *Candida albicans* y ocurrió en los dos pacientes en los que la duración de la NPD fue superior a 6 meses. En la actualidad, ninguno está vivo. La calidad de vida, medida por la escala de actividad reseñada, fue similar, en el momento del inicio de la NPD, a la del resto de pacientes.

DISCUSIÓN

Cuando nos enfrentamos a pacientes con cáncer incurable, nuestros principales objetivos son aliviar los síntomas^{14, 15, 16} y procurar que permanezcan el mayor

¹⁴ Ruiz-García, V.; Juan, O.; Pérez Hoyos, S.; Peiró, S.; Ramón, N.; Rosero, M. A.; García, M. A. "Acetato de megestrol: una revisión sistemática de su utilidad clínica para la ganancia de peso en los enfermos con neoplasia y caquexia", *Barcelona, Med. Clin.*, 119: 166-70, 2002.

¹⁵ Ross, D. D.; Alexander, C. S. "Management of common symptoms in terminally ill patients: part I. Fatigue, anorexia, cachexia, nausea and vomiting", *Am. Fam. Physician*, 64: 807-14, 2001.

¹⁶ Ross, D. D.; Alexander, C. S. "Management of common symptoms in terminally ill patients: part II. Constipation, delirium and dyspnea", *Am. Fam. Physician*, 64, 2001.

Tabla 3. Datos epidemiológicos y clínicos de los pacientes con NPD y cáncer avanzado en comparación con el grupo de pacientes con enfermedad benigna.

| | Pacientes con cáncer (n: 11) | Pacientes sin cáncer (n: 16) |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| Sexo (M/F) | 6/5 | 7/9 |
| Edad media (DE), años | 50,8 (12,7) | 37,3 (17,2)* |
| Duración media de NPD (DE), días | 71,05 (217) | 387,15 (995,85)* |
| Rango, días | 5-760 | 30-3.380 |
| Catéter tunelizado/Reservorio/Otros | 3/9/0 | 11/4/1 |
| Nº de catéteres | 13 | 23 |
| Infección asociada a catéter (episodios/paciente/1.000 días) | 3,76 | 1,38 |
| Resultados: | | |
| Continúan/curación/exitus | 0/0/11 | 6 /7/3 |
| Escala de actividad al inicio de la NPD (0-4) (DE) | 2,67 (0,65) | 2,60 (1,0) |

M: masculino; F: femenino; DE: desviación estándar; NPD: nutrición parenteral domiciliaria

tiempo posible en su casa. En ocasiones, también, prolongar la supervivencia¹⁷. No siempre es sencillo determinar qué pacientes se beneficiarían de recibir nutrición artificial (alimentación por sonda o nutrición parenteral) o exclusivamente hidratación (generalmente por vía oral)¹⁸. Las guías de la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN) señalan que la nutrición parenteral sería de escaso beneficio en pacientes que no han respondido al tratamiento con quimio o radioterapia¹⁹. Esta decisión es particularmente difícil cuando se plantea en un

enfermo con una obstrucción intestinal u otra disfunción importante, como una fístula intestinal de alto débito, y que no esté en la fase terminal biológica del cáncer. La cirugía puede resolver esta situación en un porcentaje variable de pacientes, aunque, de presentarse obstrucción a múltiples niveles, esta solución no es viable^{20, 21}. En la fase progresiva y terminal del cáncer no se ha demostrado que la nutrición parenteral, ya sea en el ámbito hospitalario como en el domicilio, conlleve ventajas frente a la ausencia de tratamiento nutricional y, por tanto, no parece estar indicada. Los pacientes en esa situación no experimentan, por lo general, hambre, y en aquellos en los que está presente, se alivia con pequeñas cantidades de comida.

¹⁷ Sanz Ortiz, J.; Ordóñez González, J. "Nutrición parenteral y cuidados paliativos", Barcelona, *Med. Clin.*, 114: 622-3, 2000.

¹⁸ McCann, R. M.; Hall, W. J.; Groth-Juncker, A. "Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration", *JAMA*, 272: 1263-6, 1994.

¹⁹ ASPEN Board of Directors and the Clinical Guideline Task Force. "Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients", *J. Parent. Ent. Nutr.*, 26 (suppl.), 2002.

²⁰ Tang, E.; Davis, J.; Silberman, H. "Bowel obstruction in cancer patients", *Arch. Surg.*, 130: 832-7, 1995.

²¹ Ripamonti, C.; Conno, F. D.; Ventafridda, V.; Rossi, B.; Baines, M. F. "Management of bowel obstruction in advanced and terminal cancer patients", *Ann. Oncol.*, 4: 15-21, 1993.

Cuando el malestar se debe a la sensación de sed o boca seca, una buena higiene bucal y pequeños sorbos de líquido son suficientes para conseguir alivio. Es una experiencia común que la administración de alimentación y líquidos más allá de lo que el paciente demanda no le proporciona ningún alivio e, incluso, es causa de malestar^{18, 22}. Aunque la experiencia en otras culturas es diferente²³. Una explicación detallada de que la pérdida de apetito en este estado clínico es parte de la evolución de la enfermedad y que no contribuye sustancialmente al sufrimiento del enfermo puede ayudar a disminuir mucho la angustia del paciente y sus allegados.

La NPD es una técnica suficientemente contrastada en pacientes con situaciones de fracaso intestinal. En las series publicadas tanto en Estados Unidos como en Europa, el cáncer constituye el principal grupo diagnóstico. En una interesante revisión, L. Howard²⁴ establece varias recomendaciones para valorar la adecuación de la indicación de NPD en pacientes con cáncer: a) los pacientes con cáncer curado, pero con enteritis rídica, pueden requerir NPD durante muchos años. En estos, que son capaces de reincorporarse a una vida casi normal, la técnica está justificada; b) de los pacientes con cáncer activo que reciben NPD, un 20% evolucionan bien y son capaces de vol-

ver a una alimentación oral y experimentar una rehabilitación completa. También en este subgrupo la NPD parece estar correctamente indicada; c) la mayoría de pacientes con cáncer activo que reciben NPD fallecen en un periodo de entre 3 y 9 meses. En este grupo, como en el que presentamos en nuestra revisión, es donde se plantean mayores interrogantes. Se nos presentan dos preguntas: a) ¿es una actuación médica correcta prescribir nutrición parenteral a pacientes terminales?; b) la técnica es cara y, por otra parte, cada vez es mayor el número de enfermos con cáncer terminal enviados a su domicilio. ¿Debería continuar creciendo sin límite el número de enfermos con cáncer que reciban NPD?²⁵. Su respuesta estaría condicionada a conocer cuál es la valoración del enfermo y su familia de la NPD cuando su situación va deteriorándose y la supervivencia es relativamente corta, pero también a si pudiera demostrarse que la simple hidratación proporciona los mismos resultados clínicos y la misma calidad de vida que la NPD. La respuesta a esta segunda pregunta vendría dada con la realización de un estudio controlado aleatorizado, en el que se comparen ambos tipos de tratamiento, pero parece evidente la dificultad de su realización²⁶.

No son muy frecuentes ni amplios los estudios sobre el tema, ni similares las conclusiones que se extraen. King y cols.²⁷ revisaron las historias clínicas de 61 pacientes

²² Dunlop, R. J.; Ellershaw, J. E.; Baines, M. J.; Sykes, N.; Saunders, C. M. "On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far? A reply", *J. Med. Ethics*, 21: 141-3, 1995.

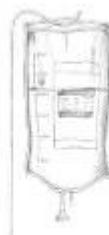
²³ Takamura, S.; Sakuyama, T.; Nakamura, Y.; Takahashi, N.; Hattori, M. "Home parenteral nutrition for terminal stage of cancer patients", *Gan To Kagaku Ryoho*, 24, suppl., 4: 583-8, 1997.

²⁴ Howard, L. "Home parenteral and enteral nutrition in cancer patients", *Cancer*, 72: 3531-41, 1993.

²⁵ Buchman, A. L. "Must every cancer patient die with a central venous catheter?", *Clin. Nutr.*, 21: 269-71, 2002.

²⁶ Bozzetti, F. "Home total parenteral nutrition in incurable cancer patients: a therapy, basic human care or something in between?", *Clin. Nutr.*, 22: 109-11, 2003.

²⁷ King, L. A.; Carson, L. F.; Konstantinides, N.; House, M. S.; Adcock, L. L.; Prem, K. A.; Twigg, L. B.; Cerra, F. B. "Outcome assessment of home parenteral nutrition in patients with gynecologic malignancies: what have we learned in a decade of experience?", *Gynecol. Oncol.*, 51: 377-82, 1993.



con cáncer ginecológico que recibieron NPD por una obstrucción intestinal, malnutrición o complicaciones del tratamiento. Un 64% estaban recibiendo quimioterapia. La supervivencia media fue de 72 días para los cánceres de ovario y de 52,5 para los de otro origen, con un bajo índice de complicaciones y mejoría tanto de los parámetros nutricionales como de la calidad de vida, al compararlos con la situación previa al inicio de la NPD. Cozzaglio y cols.²⁸, en un estudio multicéntrico italiano en el que se incluyó a 75 pacientes, la mayoría con obstrucción intestinal (66%), demuestran un claro beneficio tanto en la situación nutricional como en la calidad de vida en aquellos pacientes que sobrevivían más de tres meses. Como un índice de Karnofsky superior a 50 al inicio de la NPD se asociaba a una supervivencia más prolongada, concluyen que la técnica no debería indicarse si el índice de Karnofsky era inferior a ese valor. En esa misma línea se encuentran los trabajos de Pasanisi²⁹ (76 pacientes; supervivencia media: 74 días; solo la albúmina sérica y el índice de Karnofsky tienen un valor predictivo limitado), Echenique³⁰ (9 pacientes), August³¹ (17 pacientes; supervivencia media: 53 días), Pironi³² (29 pacientes;

supervivencia media: 12,2 semanas) y Bozzetti³³ (69 pacientes; supervivencia media: 4 meses; en un tercio de los pacientes, superior a 7 meses; mejoría de la calidad de vida en un 20-40%). Torelli y cols.³⁴ no encontraron mejoría en los datos analíticos ni en la calidad de vida en la mayoría de los 26 pacientes que evaluaron, si bien es cierto que no se hizo ninguna selección previa según su capacidad funcional. Aun así, abogan por el uso de la NPD por razones emocionales, éticas, religiosas o de compasión.

Nuestra propia experiencia con once pacientes es muy similar a la descrita; muestran una supervivencia media de dos meses y medio y un bajo índice de complicaciones. La situación funcional al inicio de la NPD no fue muy diferente de la del grupo de pacientes que recibieron NPD por enfermedades distintas del cáncer.

Se estima que el tiempo medio de supervivencia de pacientes con cánceres ginecológicos y obstrucción intestinal irresoluble varía entre 1 y 8 semanas, y si reciben NPD, entre 1 y 24 meses^{35, 36, 37}. Cuando nos referimos al coste económico que genera esta última,

²⁸ Cozzaglio, L.; Balzola, F.; Cosentino, F.; De Cicco, M.; Fellagara, P.; Gaggiotti, G., et al. "Outcome of cancer patients receiving home parenteral nutrition", *J. Parent. Ent. Nutr.*, 21: 339-42, 1997.

²⁹ Pasanisi, F.; Orban, A.; Scalfi, L.; Alfonsi, L.; Santarpia, L.; Zurlo, E., et al. "Predictors of survival in terminal-cancer patients with irreversible bowel obstruction receiving home parenteral nutrition", *Nutrition*, 17: 581-4, 2001.

³⁰ Echenique, M. M. "Home nutrition support of advanced cancer patients with gastrointestinal obstruction or dysfunction", *NCP*, 14: 36-7, 1999.

³¹ August, D. A.; Thorn, D.; Fisher, R. L.; Welcker, C. M. "Home parenteral nutrition for patients with inoperable malignant bowel obstruction", *J. Parent. Ent. Nutr.*, 15: 323-7, 1991.

³² Pironi, L.; Ruggeri, E.; Tanneberger, S.; Giordani, S.; Panmuti, E.; Miglioli, M. "Home artificial nutrition in advanced cancer", *J. R. Soc. Med.*, 90: 597-603, 1997.

³³ Bozzetti, F.; Cozzaglio, L.; Biganzoli, E.; Chiavenna, G.; De Cicco, M.; Donati, D.; Gilli, G., et al. "Quality of life and length of survival in advanced cancer patients on home parenteral nutrition", *Clin. Nutr.*, 21: 281-8, 2002.

³⁴ Torelli, G. F.; Campos, A. C.; Meguid, M. M. "Use of TPN in terminally ill cancer patients", *Nutrition*, 15: 665-7, 1999.

³⁵ Rubin, S. C.; Hoskins, W. J.; Benjamin, I.; Lewis, J. L. "Palliative surgery for intestinal obstruction in advanced ovarian cancer", *Gynecol. Oncol.*, 34: 16-9, 1989.

³⁶ Krebs, H. B.; Goplerud, D. R. "Surgical management of bowel obstruction in advanced ovarian carcinoma", *Obstet. Gynecol.*, 61: 327-30, 1983.

³⁷ Moley, J. F.; August, D. A.; Norton, J. A.; Sugarbaker, P. H. "Home parenteral nutrition for patients with advanced intraperitoneal cancers and gastrointestinal dysfunction", *J. Surg. Oncol.*, 33: 186-9, 1986.



considerando que el coste medio diario por cama de hospitalización en un hospital terciario es de unos 360 euros frente a los algo más de 60 de la NPD, cada día de hospitalización equivaldría económicamente a una semana de tratamiento domiciliario.

El conocimiento médico y la tecnología ayudan a mejorar la balanza entre riesgos y beneficios, al tiempo que tienen en cuenta las preferencias del paciente^{38, 39}. En la toma de decisiones compartida ha de confluír la promoción del bienestar del paciente y el respeto a su autonomía moral^{40, 41, 42}. Salvaguardando estas premisas, consideramos que si uno de los objetivos clínicos es prolongar la supervivencia, esto solo se conseguirá cuando el tiempo estimado de sobrevida sea superior al tiempo en el que sobrevendría el fallecimiento como consecuencia de la malnutrición (entre dos y tres meses de inanición para el sujeto joven sano, considerablemente menos para el paciente con cáncer). Es decir, si se selecciona a los pacientes con un buen nivel funcional (por ejemplo, índice de Karnofsky superior a 50), en los que se prevé una supervivencia más prolongada, indudablemente la administración de NPD será superior a la abstención

terapéutica^{43, 44}. En nuestra serie, uno de los pacientes sobrevivió con NPD más de dos años. En todo caso, parece necesario un abordaje individualizado, en el que ni se debería excluir absolutamente o aceptar ciegamente la NPD como opción terapéutica en el tratamiento de este grupo de pacientes. Por otra parte, no supone excesiva carga ni presenta un elevado índice de complicaciones. Ocho de nuestros pacientes no presentaron ninguna complicación asociada a la NPD.

En la línea de algunos expertos y paneles de especialistas⁴⁵, consideramos que, con el fin de adecuar las decisiones terapéuticas al mayor beneficio del enfermo, es importante tomarlas en forma individualizada y siguiendo una serie de pasos: 1) valoración de la situación clínica: solo aquellos pacientes estables con una buena calidad de vida (índice de Karnofsky superior a 50) y esperanza de vida superior a dos meses serían candidatos a NPD. En los demás casos parece preferible establecer medidas más sencillas para garantizar la hidratación; 2) valorar la actitud del paciente y su familia. La anorexia y la pérdida de peso se viven con gran ansiedad al ser consideradas un signo de deterioro clínico; 3) reevaluar la situación periódicamente. Las decisiones no son definitivas; han de reconsiderarse cada cierto tiempo.

Esta forma de actuar proporcionaría el máximo beneficio a este tipo de pacientes, al tiempo que evitaría un innecesario empecinamiento terapéutico, carente de objetivos concretos y realistas.

³⁸ Freid, T. R.; Bradley, E. H.; Towle, V. R.; Allore, H. "Understanding the treatment preferences of seriously ill patients", *N. Engl. J. Med.*, 346: 1061-6, 2002.

³⁹ Planas, M.; Camilo, M. E. "Artificial nutrition: dilemmas in decision-making", *Clin. Nutr.*, 21: 355-61, 2002.

⁴⁰ Barbero Gutiérrez, J.; Romeo Casabona, C.; Gijón, P.; Júdez, J. "Limitación del esfuerzo terapéutico", Barcelona, *Med. Clin.*, 117: 586-94, 2001.

⁴¹ Herrmann, V. M. "Nutrition support: ethical or expedient, and who will choose?", *J. Parent. Ent. Nutr.*, 23: 195-202, 1999.

⁴² "Position of the American Dietetic Association: ethical and legal issues in nutrition, hydration, and feeding", *J. Am. Diet. Assoc.*, 102: 716-26, 2002.

⁴³ Bozzetti, F. "The patient with incurable aphagic cancer: to feed or not to feed", *Nutrition*, 17: 676-7, 2001.

⁴⁴ Bozzetti, F. "Nutrition et soins palliatifs", *Nutr. Clin. Metabol.*, 15: 343-8, 2001.

⁴⁵ Bozzetti, F.; Amadori, D.; Bruera, E.; Cozzaglio, L.; Corli, O.; Filiberti, A., et al. "n in terminal

Nota del Editor:

Tal como lo enuncian los autores, el soporte nutricional parenteral en la enfermedad avanzada, como en el cáncer, ha demostrado su utilidad en los casos de pacientes aún subsidiarios de tratamiento con quimioterapia, radioterapia y/o cirugía, de acuerdo con cada situación en particular. No así en pacientes en estado terminal de su enfermedad. Sin embargo, estudios actuales, y tal como lo demuestran los autores, en casos concretos se pueden encontrar nuevas luces en el manejo de pacientes con enfermedad avanzada, siempre individualizando las circunstancias. Desde el punto de vista ético, el artículo presenta tales consideraciones y muestra alternativas viables, sobre todo en países donde los modelos de atención en salud pueden estar más desarrollados y ser accesibles a toda la comunidad.

Para facilitar la comprensión y mejor aprovechamiento de este artículo en el contexto latinoamericano, *Persona y Bioética* presenta el concepto del doctor José Félix Patiño Restrepo, Jefe Honorario del Departamento de Cirugía y Presidente del Comité de Soporte Metabólico y Nutricional de la Fundación Santa Fe de Bogotá, científico destacado en los ámbitos nacional e internacional, por sus aportes y publicaciones en diferentes áreas, y el del doctor Arturo Vergara Gómez, Jefe Asociado del Departamento de Cirugía y Jefe del Servicio de Soporte Metabólico y Nutricional de la misma institución, también experto en el tema a nivel nacional e internacional.

Hemos leído el trabajo "Consideraciones éticas sobre el papel de la nutrición parenteral domiciliaria", por los doctores J. M. Moreno Villegas y M. J. Galiano Segovia, y nos permitimos hacer las siguientes observaciones:

1. El trabajo comprende una muestra muy pequeña, la cual, desde el punto de vista estadístico, no tiene significancia.
2. Se trata de un tratamiento conservador del cáncer avanzado, que incluye nutrición parenteral (NP) domiciliaria.
3. En nuestra opinión, y como políticas de nuestro servicio, la NP se justifica en casos con indicaciones específicas, tales como terapia antineoplásica médica o quirúrgica, con expectativa de supervivencia. Los autores así la aplican.
4. Nos parece muy peligroso que se proponga NP domiciliaria a cargo de la familia, por cuanto esto implica un riesgo muy alto de infección y de las demás complicaciones conocidas de la NP. De hecho, la tasa de infección (3,76%) reportada fue el doble de aquella en pacientes con enfermedad benigna.
5. Estamos de acuerdo con la NP a domicilio en pacientes con expectativa de vida de semanas, pero siempre manejada por un grupo especializado.