

## Ética médica y nutrición en pacientes graves

### Medical Ethics and Nutrition in Seriously Ill Patients

Yordanys Páez Candelaria<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0009-0005-9875-578X>

Karima M. Gondres Legró<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5816-2892>

Pedro Alexei Bacardí Zapata<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3509-269X>

<sup>1</sup>Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico "Saturnino Lora Torres", Unidad de Cuidados Intensivos. Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>2</sup>"Victoria Health Clinic", Unidad de Cuidados Intensivos. Mahe, Islas Seychelles.

\*Autor para la correspondencia: [ypaezc1982@gmail.com](mailto:ypaezc1982@gmail.com)

#### RESUMEN

**Introducción:** La ética clínica orienta a los proveedores de la atención médica en el proceso de la toma de decisiones durante la atención al paciente, para ello se basa en las ciencias médicas, las leyes y las políticas, así como en el respeto de la autonomía del individuo.

**Objetivo:** Describir los principios que rigen la ética médica a la hora de prescribir el tratamiento nutricional de los enfermos graves.

**Métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica, posteriormente discutida, analizada de conjunto con profesores de Filosofía de la Facultad número 1 de Medicina de la provincia de Santiago de Cuba, expertos en temas éticos y otros especialistas en nutrición; además de las consultas de libros y artículos publicados en revistas de alto impacto en los últimos cinco años para un mejor análisis, comprensión y discusión del tema.

**Desarrollo:** En los cuidados intensivos, la nutrición es un tema muy polémico y, por ende, muy discutido, debido a que la mayoría de los pacientes presentan

condiciones de salud que les imposibilita, en algún momento de su evolución, el uso de la nutrición y de una correcta alimentación.

**Conclusiones:** La ética en la nutrición es una necesidad imprescindible para lograr una asistencia médica integral, basada en la evidencia científica y la orientación filosófica. Combinación que ha cambiado los enfoques médicos para bien de la humanidad y que se desarrollará y buscará nuevas alternativas para transformar el pensamiento y el actuar del personal de salud en aras de beneficiar integralmente al paciente.

**Palabras clave:** desnutrición hospitalaria; ética médica; unidad de cuidados intensivos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Clinical ethics guides health care providers in the decision-making process during patient care, based on medical sciences, laws and policies, as well as respect for the autonomy of the individual.

**Objective:** To describe the principles that govern medical ethics when prescribing nutritional treatment for seriously ill patients.

**Methods:** A bibliographic review was carried out, subsequently discussed, analyzed together with philosophy professors from the School of Medicine number 1 of the province of Santiago de Cuba, experts in ethical issues, and other specialists in nutrition; in addition to consultations in books and articles published in high-impact journals in the last five years for better analysis, understanding and discussion of the topic.

**Development:** The problem of malnutrition and hunger in the clinical setting are considered on the international agenda, since they are unintentional attacks (negligence) against human dignity (if access to human rights is not allowed, there is injustice) that cannot be they must allow.

**Conclusions:** Ethics in nutrition is an essential need to achieve comprehensive medical care, based on scientific evidence and philosophical guidance. Combination that has changed medical approaches for the good of humanity and

that will continue to develop and seek new alternatives to transform the thinking and actions of health personnel in order to comprehensively benefit the patient.

**Keywords:** hospital malnutrition; medical ethics; intensive care unit.

Recibido: 14/10/2023

Aceptado: 03/11/2023

## Introducción

El hospital es la institución que la humanidad ha construido para tratar las enfermedades y restaurar la salud quebrantada. En virtud de ello, el hospital ha sido considerado como un santuario que acoge a los enfermos para protegerlos, cuidarlos y alimentarlos mientras duran la cicatrización, la curación y la rehabilitación.<sup>(1)</sup> La frecuencia de malnutrición en salas de terapia intensiva a nivel mundial es elevada, y continua siendo una causa habitual del aumento de la morbilidad y la mortalidad, solo superada por la sepsis. La desnutrición afecta a 30-50 % de los pacientes hospitalizados en diferentes países, tanto por causa quirúrgica como médicas, y aumenta en la medida en que se prolongan los días de hospitalización, el número de complicaciones, la dificultad para la separación de la ventilación mecánica y el encarecimiento de los costos hospitalarios.<sup>(2)</sup>

La nutrición es una necesidad básica de la vida, por tanto, desempeña un papel importante en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. La ingesta nutricional y sus mecanismos de control (por ejemplo: el apetito, la saciedad) son procesos fisiológicos muy complejos. Estos tienen una fuerte influencia en el estado nutricional, que a su vez depende de la ingesta nutricional, su aporte equilibrado de macro- y micronutrientes y la toma de líquidos.<sup>(3)</sup>

La desnutrición también interviene en la eficacia o tolerancia de varios tratamientos, como la terapia con antibióticos, quimioterapia, radioterapia y cirugía.

El aumento del metabolismo debido al estrés de eventuales procedimientos quirúrgicos agrava el riesgo metabólico nutricional y se caracteriza por la activación del sistema nervioso simpático, respuestas endocrinas, y cambios inmunológicos y hematológicos; todo lo cual conduce a un estado hipermetabólico, que puede aumentar aún más en los pacientes las necesidades nutricionales. Además, influyen igualmente los períodos de ayuno antes de muchos exámenes e intervenciones, así como los servicios de comidas inadecuados, la calidad y flexibilidad inadecuadas de la restauración hospitalaria y la insuficiente asistencia proporcionada por el personal de atención médica a los pacientes más vulnerables.<sup>(3)</sup>

En el paciente crítico es necesario conocer los requerimiento energéticos; sin embargo, la evaluación nutricional no siempre se lleva a cabo en las instituciones de salud debido a la ausencia de métodos específicos o escalas adecuadas, el tiempo disponible para la atención médica y las múltiples variables que modifican el gasto energético en estos pacientes, todo esto aunado a la falta de adiestramiento del personal médico y a los limitados recursos económicos confinados a la prevención de este estado en los pacientes graves.<sup>(4)</sup>

Sin embargo, la desnutrición en esta población se puede prevenir y, en su mayoría, resulta reversible con una temprana y adecuada terapia nutricional. A menudo pasa inadvertido debido a la falta de conciencia, conocimiento y protocolos clínicos para identificar y tratar este problema dentro de los hospitales. La identificación de la desnutrición se ha basado típicamente en parámetros antropométricos, bioquímicos y físicos, entre otros. No obstante, actualmente no existe un estándar de oro universalmente aceptado (el mejor método) para la evaluación del estado nutricional.<sup>(3)</sup>

La ética clínica orienta a los proveedores de la atención médica en el proceso de la toma de decisiones durante la atención al paciente, para ello se basa en la ciencia médica, las leyes y las políticas, así como en el respeto de la autonomía del individuo. La aplicación de la ética clínica tiene mejor resultado cuando desde el inicio se examina el proceso a partir de la perspectiva del

paciente/familia/responsable sustituto de la toma de decisiones (SDM, por sus siglas en inglés), y no solo desde la perspectiva del médico.<sup>(5)</sup>

A pesar de la alta prevalencia de la desnutrición y de sus consecuencias, la necesidad de iniciar o no un tratamiento nutricional es, desde hace décadas, uno de los principales problemas éticos a los que se enfrentan los profesionales dedicados a la nutrición clínica.<sup>(6,7)</sup>

El origen de tal controversia radica, fundamentalmente, en cómo se consideran la nutrición y la hidratación: como un cuidado/soporte o un tratamiento médico. En el primer caso, si se considera que son cuidados, deberían formar parte de los planes básicos del manejo de todo enfermo terminal. En el segundo, como cualquier intervención terapéutica requiere indicaciones, objetivos terapéuticos, contraindicaciones y consentimiento. Para la gran mayoría de las sociedades médicas de cuidados paliativos y de nutrición, la nutrición y la hidratación por vía parenteral o enteral deben considerarse como tratamientos específicos.<sup>(8)</sup> De hecho, en las publicaciones sobre la enfermedad terminal, la palabra "soporte" ha desaparecido y se ha sustituido por "tratamiento nutricional", "nutrición artificial" (NA) o "nutrición asistida", que reflejan, de forma más precisa, el hecho de que se trata de un tratamiento médico y no de un cuidado.<sup>(7)</sup>

La nutrición como cuidado básico es un medio natural de conservación de la vida, no un acto médico; es necesaria para las personas sanas y enfermas. Los cuidados básicos manifiestan compasión o solidaridad hacia las personas más débiles o frágiles. Estos cuidados pueden ser realizados dentro o fuera de la medicina, en los que la higiene o el mantenimiento de la temperatura corporal aparecen bajo esta categoría.

Los cuidados, tales como la nutrición e hidratación, reflejan medidas que no pretenden corregir una enfermedad o una disfunción del organismo, sino que responden a necesidades naturales de las personas, y resultan requisitos básicos de todo ser humano para mantenerse en la vida.<sup>(9)</sup>

La hidratación y nutrición artificial 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 trivial la nutrición, enteral o parenteral, si el paciente no está en sus últimos días, ya que de no alimentarse se moriría por malnutrición, lo cual constituye una mala praxis.<sup>(9)</sup>

En 2003, se publicó la resolución del Derecho a la Alimentación en los Hospitales planteada por el Council of Europe Committee of Ministers, con una repercusión relevante.

En 2008, la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional Nutrición Clínica Metabolismo (FELANPE), a la cual pertenece la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE), redactó la "Declaración de Cancún del Derecho a la Alimentación en los Hospitales", la cual se modificó en 2019, y pasó a llamarse "Derecho al Cuidado Nutricional", conocida también como la Declaración de Cartagena. Esto llevó a la creación de un grupo internacional de trabajo del que formaban parte ASPEN (American Society of Parenteral and Enteral Nutrition), ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism), FELANPE, PENZA (Parenteral and Enteral Nutrition Society of Asia), SASPEN (South African Society for Parenteral and Enteral Nutrition) y WASPEN (West African Society of Parenteral and Enteral Nutrition). Tras estas iniciativas se esperaba que, en 2022, en el 44.º Congreso de ESPEN, se dispusiera una declaración global del "Derecho al Cuidado Nutricional" que se conocería como la Declaración de Viena. En esta esperada declaración global se distinguen el concepto del derecho a la alimentación y el derecho al cuidado nutricional, y resulta este último parte de un tratamiento especial que se ofrece a un paciente enfermo.<sup>(10,11)</sup>

Dada la relevancia de este tema, lo expuesto anteriormente reafirma la necesidad de mantener actualizada a la comunidad científica y, en especial, a los médicos intensivistas en lo referente a la ética médica y al soporte nutricional en los enfermos ingresados en las salas de cuidados intensivos. Sobre esto radica el motivo de la presente revisión, que tuvo como objetivo describir los principios que rigen la ética médica a la hora de prescribir el tratamiento nutricional de los enfermos graves.

## Métodos

La búsqueda y recolección de la información se realizó a través de una revisión bibliográfica, posteriormente discutida, analizada y comparada, coordinada conjuntamente con profesores de Filosofía de la Facultad número 1 de Medicina de la provincia de Santiago de Cuba, expertos en temas éticos y otros especialistas en nutrición, además de las consultas de libros y artículos publicados en revistas de alto impacto en los últimos cinco años; que fueron descargadas a través de buscadores especializados con los sistemas computarizados PubMed, SciELO y Ebsco. También, mediante las bases de datos: Medline, Academic, Search Premier, MedicLatina; además de Cumed, Lilacs y Scopus y en la BVS en la biblioteca del Hospital Provincial "Saturnino Lora", con el objetivo de confrontar bibliografía nacional e internacional actualizadas y estudios previos que sirvieron de puntos de referencias. Los trabajos consultados permitieron una mejor comprensión y profundización del tema.

## Desarrollo

### **Interpretación de los datos obtenidos en la literatura revisada**

La terapia nutricional (nutrición oral, enteral y parenteral) se considera un gran avance científico y tecnológico que ha permitido alimentar a cualquier persona enferma y mejorar los desenlaces clínicos, la calidad de vida e impactar en los costos de la salud.

Se reconoce que con estos adelantos surgen cuestiones bioéticas que pueden tener repercusiones en los individuos, las familias y los grupos o comunidades. Dichas cuestiones deberían analizarse en el marco de los principios establecidos en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, en especial, los principios universales de igualdad, justicia y equidad, no discriminación y no estigmatización, no maleficencia, autonomía, beneficencia y el respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal.

El respeto de la diversidad cultural y del pluralismo es fundamental en la realización del cuidado nutricional y en el debate de los cuestionamientos éticos.<sup>(12)</sup> El colectivo de autores apoya lo anteriormente planteado, debido a que en los cuidados intensivos (CI), la decisión de cuando comenzar o no la nutrición de los pacientes graves, no siempre es de forma unánime y correcta, existen diferentes opiniones y criterios al respecto, lo que trae como consigo en ocasiones violaciones de la ética médica.

En los CI la nutrición es un tema muy polémico y por ende muy discutido, debido a que la mayoría de los pacientes presentan condiciones de salud que le imposibilita, en algún momento de su evolución, el uso de la nutrición y de una correcta alimentación.

Por lo general, en lo referente a suspender la dieta por criterio médico, no muestra muchas contradicciones entre los especialistas, pero no es así cuando los pacientes se hallan sin una dieta suspendida y no se están nutriendo, porque resulta el justo momento de recomenzar la nutrición y entonces aparece la mayor parte de las discrepancias entre los especialistas de servicio, e incluso en algunos especialistas en cirugía. Esto trae como consecuencia que se violen en algún momento los principios de la ética médica, además de traer consecuencias desfavorables para la salud del enfermo.

*Cárdenas y otros*<sup>(12)</sup> plantean que se debe entender el derecho a la alimentación como un derecho humano internacional, el cual permite a todos los seres humanos alimentarse en condiciones de dignidad. Se reconoce que este derecho engloba dos normas distintas: la primera, el derecho a la alimentación adecuada; la segunda, que toda persona esté protegida contra el hambre.

En el ámbito clínico, el cumplimiento de este derecho implica el respeto a estas dos normas y se concretiza cuando la persona enferma recibe el cuidado nutricional completo y adecuado por parte de los profesionales sanitarios implicados en su atención clínica y, específicamente, con la intervención del grupo interdisciplinario de profesionales especialistas en nutrición clínica. Se reconoce el derecho al

cuidado nutricional como un derecho humano emergente que se relaciona con el derecho a la salud y a la alimentación.<sup>(12)</sup>

Frecuentemente, los conceptos de "enfermedad terminal" y "cáncer avanzado" se confunden entre sí. De hecho, la mayoría de los pacientes incluidos en las unidades de cuidados paliativos (CP) están diagnosticados de cáncer avanzado.<sup>(7)</sup> Sin embargo, resultan muchas las enfermedades o situaciones que, en su evolución, pueden llegar a considerarse como terminales y a abordarse desde la perspectiva de los CP.<sup>(7,13)</sup> Las enfermedades neurológicas degenerativas y el fallo orgánico (respiratorio, cardíaco, hepático...), por ejemplo, cumplen estas características en mayor o menor medida. Cuando la enfermedad avanza es cuando el papel de los CP va adquiriendo una mayor relevancia.<sup>(7,14)</sup> En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), los CP son frecuentes, aunque, en teoría, estas unidades no están diseñadas para este tipo de cuidado.

Los autores de este artículo consideran que lo expuesto anteriormente se puede ajustar a la actualidad diaria en las UCI, debido a que un gran número de enfermos graves ingresan con el diagnóstico de traumatismos craneoencefálicos, con enfermedades cerebrovasculares y otros por disímiles causas llegan al Síndrome de Disfunción Múltiple de Órgano (SDMO), sin posibilidad clínica de recuperación. En ese momento, por lo general, los especialistas en CI y los nutriólogos se encuentran frente a un paciente en estado terminal, proceso que lleva implícito, en la mayoría de los casos, una limitación del esfuerzo terapéutico (LET) y entonces, para gran parte de los integrantes del gremio médico, el soporte nutricional entra dentro de estos pilares y, por tanto, ocurre una nueva contradicción al respecto.

*García* y otros<sup>(7)</sup> indican que el tratamiento curativo y paliativo no es excluyente. Al contrario, el equilibrio entre uno y otro depende de la evolución de la enfermedad y de la respuesta del paciente al tratamiento, al interrelacionarse desde fases muy tempranas y durante el curso clínico de la enfermedad.<sup>(7,15)</sup> Una vez agotadas de forma razonable las posibilidades de los tratamientos específicos, los objetivos terapéuticos deben desplazarse hacia los objetivos de la medicina paliativa, o sea, hacia el confort y el bienestar del paciente.<sup>(7)</sup>

Para que una acción humana resulte buena éticamente se deben cumplir 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, se encuentra con bastante frecuencia en contradicción con los otros tres; de aquí que el principio como base de las decisiones éticas resida en un sistema débil y poco resolutivo.

Por otra parte, el consenso no hace que una acción humana parezca buena o mala, ya que la bondad o la maldad dependen de otros cimientos.<sup>(9)</sup> También, se puede afirmar que en los CI estas situaciones ocurren frecuentemente y se debe estar claro para no violar los principios de la ética médica, porque cada caso debe ser individualizado y analizado de una manera científica, pero humana, en el que prime la correcta toma de decisiones para que la actuación del médico resulte ética, paliativa o resolutiva, en dependencia de las circunstancias.

La vida tiene un valor intrínseco y una dignidad personal que deben considerarse con pleno respeto y con el tratamiento debido a todo ser humano. Dar agua y alimento no resultan actos médicos y no configuran casos de apasionamiento terapéutico, al menos hasta que no aparezca evidente que son totalmente inútiles. No resulta procedente, por tanto, la suspensión de alimentación artificial e hidratación a los pacientes que mantienen funciones vitales normales y respiran autónomamente, aun sin estar conscientes. 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 las medidas de soporte nutricional, persiste la vacilación 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.<sup>(9)</sup>

Este es otro punto al que se enfrentan los intensivistas a diario en las UCI. A pesar de los protocolos de actuación, existen discrepancias, incongruencias, falta de uniformidad de criterios médicos, basados en la experiencias personal de cada uno de ellos, y en dependencia del sitio en el que se revisó la bibliografía y hasta de las

condiciones clínicas que pudiese tener un enfermo en un determinado momento, entre otros aspectos, lo que trae consigo una falta de uniformidad a la hora de tomar una decisión con respecto a continuar o suspender el tratamiento dietético, y así provocar o no una violación de los principios de la ética médica en lo referente a la nutrición.

El investigador *Collazo*<sup>(9)</sup> señala que ante estos dilemas, en el que no queda claro cuál es el actuar ético, sí se debe consultar al Comité de ética médica de la institución para poder esclarecer esta contradicción y, de esta manera, siempre tomar la decisión más justa desde el punto de vista médico, ético y legal, en el que finalmente el más beneficiado sea el enfermo grave o terminal. El colectivo de autores que realizó la revisión de este tema estuvo de acuerdo con el planteamiento anterior.

La nutrición por técnicas artificiales es uno de los temas de mayor debate en la reflexión bioética, fundamentalmente en la etapa final de la vida, en la que se priorizan aquellas medidas para mejorar y aportar calidad de vida y confort del enfermo, y evitar aquellas otras que sean intervencionistas y en las que su mantenimiento pudiera "hacer daño" o fueran cuestionables en su beneficio y, por tanto, deberían evitarse.<sup>(16)</sup>

Existe una interconexión entre los derechos humanos y la salud, ya que la violación de algunos derechos humanos conduce inequívocamente a una mella en el bienestar de los enfermos. En el caso de la Nutrición Clínica (NC), no solo se tiene en cuenta el derecho a la alimentación, sino que se considera la propia enfermedad, ya que el componente inflamatorio que puede conllevar estas patologías condiciona la evolución de las distintas formas y los grados de desnutrición.

En NC se necesita un enfoque basado en derechos humanos ya que, a pesar del avance del conocimiento en el área del tratamiento nutricional y el control de la inflamación, se generan situaciones adversas que dificultan la consecución de los objetivos nutricionales en los enfermos. Gran parte de la desnutrición hospitalaria se forma debido a que se obliga al paciente a ayunar por razones diagnósticas o terapéuticas, a las exigencias de la enfermedad que condicionan una reducción de

la ingesta y a la disminución de la absorción de nutrientes y/o el aumento de requerimientos; además, también influye la falta de sensibilidad de los profesionales y las instituciones sobre aspectos relacionados con la nutrición en el contexto clínico.<sup>(11)</sup>

El derecho al cuidado nutricional no implica que haya obligación de alimentar a los pacientes en cualquier estadio de la enfermedad y a cualquier coste; por el contrario, el derecho implica que se debe tomar la medida adecuada para cada enfermo, según su caso. Esto puede incluir la decisión de no nutrir al paciente al final de la vida, cuando el paciente, la familia y el equipo médico lo deciden como lo más oportuno.<sup>(17)</sup>

En la *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo* colombiana se aborda esta temática y algunos de sus autores plantean<sup>(11)</sup> que los profesionales de la salud tienen la responsabilidad y el compromiso de preocuparse por la alimentación de cada persona enferma. Esta preocupación necesita de una cierta atención sobre la problemática de desnutrición que puede comprometer el pronóstico del paciente. El paciente en riesgo o en estado de desnutrición debe considerarse como una persona doblemente vulnerable. Por un lado, su integridad está comprometida y es frágil por su relación de dependencia que implica la necesidad de manos expertas para cubrir sus necesidades en nutrientes. Por otro lado, la desnutrición resulta un problema casi invisible ante la medicina actual. Los médicos no están preparados ni sensibilizados con esta problemática, y la definición y los criterios diagnósticos aún son objeto de debate en la comunidad científica.<sup>(11)</sup>

Debido al planteamiento anterior, se resalta que este problema impresiona por ser un factor común en la mayoría de los hospitales y, específicamente, en las UCI, lo que trae como consecuencias conflictos éticos en el tratamiento nutricional de esta población.

Según *Correia*,<sup>(18)</sup> el derecho al cuidado nutricional comienza en el momento del ingreso hospitalario o en el primer contacto en la atención primaria, cuando se examina al paciente para detectar la desnutrición. Si está en riesgo, el paciente se debe evaluar y tener el diagnóstico del estado nutricional, y luego, con base en el

diagnóstico, se adapta individualmente la provisión de un plan de atención nutricional de acuerdo con la condición clínica del paciente. Todos estos aspectos se deben respaldar por una buena evidencia. En este sentido, la práctica de la buena ciencia también está contemplada por las prerrogativas de los derechos humanos.<sup>(18)</sup>

En lo referente a este acápite se puede reafirmar lo antes descrito porque frecuentemente ocurren situaciones similares a las aquí explicadas, sin dejar de mencionar que, en ocasiones, un gran número de pacientes se encuentra hospitalizado en el Cuerpo de guardia del hospital, sin ser trasladado a su respectiva sala por falta de cama mayoritariamente y, durante este tiempo, no se realiza una correcta evaluación nutricional y se desconoce su estado nutricional, así como el riesgo a sufrir desnutrición. Esto trae como consecuencia que, en pacientes que ya tienen trastornos nutricionales, haya un empeoramiento de su estado actual, y también se debe resaltar que la mayoría de los Cuerpos de Guardia no tiene los recursos materiales adecuados para una correcta valoración nutricional al momento del ingreso. Además, unido a esto, la posibilidad de un modelo de historia clínica con insuficientes datos al respecto, producirá un incorrecto diagnóstico nutricional que afectará al enfermo durante su evolución, pues, desde sus inicios, puede llegar con afectaciones serias de su estado nutricional.

Asimismo, se pretende que el problema de la desnutrición y el hambre en el ámbito clínico se contemplen en la agenda internacional, ya que son atentados no intencionales (negligencia) contra la dignidad humana (si no se permite el acceso al derecho humano hay injusticia) que no se deben permitir.<sup>(18)</sup>

Otro punto a discutir es lo referente a la responsabilidad para ejercer el cuidado nutricional, la cual es compartida por tres actores: el paciente, el personal de salud y el Estado.

El deber del Estado es administrar los recursos para que se pueda tener un tratamiento de cuidado nutricional óptimo, oportuno y de calidad, y permitir el acceso al derecho humano; el deber y derecho del paciente residen en reclamar su

cuidado nutricional; y el deber del nutricionista y demás personal de salud resulta asegurar que se cumpla todo el proceso de cuidado nutricional para salvaguardar ese derecho.

De esta manera, se logrará respetar la dignidad humana, pues se ejerce la autonomía y con las indicaciones se respeta la dimensión humana y biopsicosocial del paciente. Sin embargo, al tener evidencia que existe una falta de cuidado nutricional óptimo, oportuno y seguro, posiblemente por negligencia como se analiza en apartados anteriores, también se puede entender como un atentado contra los derechos humanos de la persona en vulnerabilidad nutricional, lo que refleja una injusticia.<sup>(19)</sup> Desde esta arista se puede argumentar que, en ocasiones, el equipo de trabajo está totalmente de acuerdo y sin discrepancias científicas para iniciar un tratamiento nutricional, pero resulta que por un déficit de recursos materiales no se puede implementar, y es por ello que a la hora de definir el tratamiento nutricional, estos tres factores mencionados con anterioridad deben estar en total sincronía para tratar de ayudar al paciente en cuestión.

Otro dilema ético médico legal al que se pueden enfrentar los profesionales de la salud y, en específico, los intensivistas es en el relacionado con la huelga de hambre, el cual no resulta nuevo, ni mucho menos pacífico, muy por el contrario, se trata de un medio de manifestación, principalmente de carácter político, y casi siempre utilizado como mecanismo de protesta frente a situaciones que se califican como injustas o desproporcionadas, y cuyo juicio de valoración moral y jurídica está lejos de ser unívoco.

De este modo, innumerables son los casos de huelguistas de hambre que se presentan ante la opinión pública como portadores de una grandeza "que destaca en una época como la nuestra, que parece poco dada a heroísmos". Entonces, la huelga de hambre "se convirtió en un medio para demostrar la propia superioridad moral sobre el enemigo, representado en este caso por el Estado".<sup>(20)</sup>

Aunque en principio parece del todo razonable que el médico debe respetar la voluntad del huelguista que manifiesta su rechazo hacia un tratamiento; tal y como se sigue la lógica tras el rechazo de la alimentación e hidratación emprendido por

un paciente consciente hospitalizado, por lo que se considera que el caso en cuestión requiere de precisiones todavía más acuciosas en lo que respecta a la competencia para rechazar la alimentación forzada.

Se debe analizar a continuación diferentes aspectos sobre este tema; no obstante, debemos conocer que al comenzar la huelga de hambre existe una plena consciencia del paciente y una voluntad libre e informada para consentir el inevitable progreso del ayuno que conllevará a consecuencias fisiológicas, las cuales impactarán directamente en las condiciones del enfermo al cumplirse el rechazo del tratamiento; lo que se puede llegar a la pregunta acerca de que si el huelguista de hambre resulta de verdad competente para rechazar un tratamiento médico como la realimentación.<sup>(20)</sup>

Frente a dicho escenario, el médico debe afrontar, con especial cautela, la toma de decisiones terapéuticas, de tal manera que respete la autonomía del paciente y, a su vez, procure que este comprenda y pondere los riesgos de su decisión. De ninguna manera puede el profesional médico ejercer coacción o presión alguna para que el huelguista revierta su decisión, pues esto constituye un atentado directo en contra de su autodeterminación. No se debe obligar a las personas en huelga de hambre a ser tratadas. Aplicar, dar instrucciones o ayudar a la alimentación forzada contra un rechazo informado y voluntario es injustificable. La alimentación artificial con el consentimiento explícito o necesariamente implícito de la persona en huelga de hambre resulta aceptable éticamente.<sup>(20)</sup>

La relación nutricionista-paciente se convierte en un elemento decisivo en la práctica de la asistencia nutricional. De más está decir que esta relación está modulada por factores sociales y culturales, y se da en un plano intelectual y técnico, pero también afectivo y ético.

La educación alimentaria y nutrimental de los pacientes, los cuidadores y los familiares consistirá entonces en un plan educativo que explique la significación y el manejo de los planes dietéticos acordes con los intereses y las realidades de los enfermos. Esta debe brindar orientaciones, mensajes y experiencias que mejoren la elaboración, preparación y consumo de los alimentos, los que forman parte de la

prescripción dietoterapéutica; y, además, debe conocer los aspectos y los principios éticos en la planificación y la ejecución para no dañar la integridad del paciente.<sup>(21)</sup>

En una evaluación ética de determinados actos médicos se deben tener en cuenta la decisión del paciente, la futilidad de los tratamientos y las secuelas morales de las decisiones, no sólo para el enfermo, sino también para su familia y el personal sanitario que lo atiende.

Existen evidencias que demuestran que los pacientes y sus familiares suelen aceptar lo que el personal de la salud, fundamentalmente el médico, sugiere. Su decisión depende, en gran medida, de la información que se les suministre, y esto demuestra la gran importancia que tiene la formación en bioética de los profesionales de la salud, la necesidad del trabajo en equipo interdisciplinario para tomar decisiones consensuadas y la gran ayuda que ofrecen los comités de bioética para intentar resolver dilemas complejos.<sup>(22)</sup>

## Conclusiones

La ética en la nutrición resulta una necesidad imprescindible para lograr una asistencia médica integral, basada en la evidencia científica y en la orientación filosófica. Esta combinación ha cambiado los enfoques médicos para bien de la humanidad, y se desarrollará y buscará nuevas alternativas para transformar el pensamiento y la actuación del personal de salud en aras de beneficiar integralmente al paciente.

## Referencias bibliográficas

1. García L, Santanbén S. La desnutrición hospitalaria: la pieza pérdida dentro del rompecabezas de la seguridad hospitalaria. Rev Cubana Aliment Nutr. 2019

- [acceso 23/09/2023];29(2):410-23. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubalnut/can-2019/can192k.pdf>
2. Zamora M, Martínez J, Ruiz-Santana S. Recomendaciones para el tratamiento nutrometabólico especializado del paciente crítico: consecuencias de la desnutrición en el paciente crítico y valoración del estado nutricional. Grupo de Trabajo de Metabolismo y Nutrición de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Rev Medic Inten. 2020 [acceso 23/09/2023];44(1):19-23. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/en/>
3. Reber E, Gomes F, Vasiloglou M, Schuetz F, Stanga Z. Evaluación y detección de riesgos nutricionales. Rev J Clin Med. 2019 [acceso 23/09/2023];8(7):1065. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6679209/?report=classic>
4. Reber E, Strahm R, Bally L, Schuetz P, Stanga Z. Efficacy and Efficiency of Nutritional Support Teams. Rev Clin Med. 2019 [acceso 23/09/2023];8(9):1281. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6780521/>
5. Barrocas A, Baird D, Echeverri S. Perspectiva ética en la nutrición y los cuidados paliativos: un enfoque en la atención a los pacientes con demencia avanzada. Rev Nutric Clín y Metab. 2021 [acceso 23/09/2023];4(2):24-42. Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/244/395>
6. Cárdenas D. Ethical issues and dilemmas in artificial nutrition and hydration. Rev Clin Nutr. 2021;41:23-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2020.12.010>
7. Del Olmo M, Moreno J, Álvarez J, Ferrero I, Bretón I, Virgili N, et al. Nutrición en cuidados paliativos: resumen de recomendaciones del Grupo de Trabajo de Ética de la SENPE. Rev Nutr Hosp. 2022 [acceso 05/06/2023];39(4):936-44. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112022000600027](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000600027)
8. Alderman B, Allan L, Amano K, Bouleuc C, Davis M, Lyster S, et al. Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) expert opinion/guidance on the

use of clinically assisted nutrition in patients with advanced cancer. Support Care Cancer. 2021 [acceso 13/07/2023];30(4):2983-92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34665311/>

9. Collazo E, Girela E. Problemas éticos en relación a la nutrición y a la hidratación: aspectos básicos. Rev Nutr Hosp. 2011 [acceso 02/10/2023];26(6):1231-35. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112011000600006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000600006)

10. Braz D, Echeverri S, Bermúdez C. Del derecho a la alimentación al derecho al cuidado nutricional. Rev Nutr Clinica y Metab. 2019 [acceso 23/09/2023];2:42-8. Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/42>

11. Matía-Martín P, Cuerda-Compés C, Álvarez-Hernández J. ¿Es la atención nutricional durante la enfermedad un derecho humano? Rev Nutr Hosp. 2023 [acceso 02/11/2023];40(1):58-65. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021216112023000200013](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112023000200013)

12. Cárdenas D, Bermúdez C, Echeverri S, Pérez A, Puentes M, López L, *et al.* Declaración de Cartagena. Declaración internacional sobre el derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición. Rev Cubana de Aliment y Nutr. 2020 [acceso 21/06/2023];30(1):10-22. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021216112019000400031](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112019000400031)

13. Hum A, Wei C, Hwang M. End-stage organ disease-healthcare utilisation: Impact of palliative medicine. BMJ Support Palliat Care. 2021 [acceso 23/10/2023]. Disponible en: <https://spcare.bmj.com/content/early/2021/10/17/bmjspcare-2021-003288>

14. Okon T, Christensen A. Overview of comprehensive patient assessment in palliative care. In: Up to date. Arnold R, Givens J (Eds). 2021 [acceso 21/11/2023].

Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-comprehensive-patient-assessment-in-palliative-care>

15. Bozzetti F. Is there a place for nutrition in palliative care? Rev Support Care Cancer. 2020 [acceso 21/11/2023];28(40):69-75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32417968/>

16. Gallego P, Pérez M. Recomendaciones éticas sobre nutrición enteral artificial. Comité de Ética Asistencial Córdoba. 2022 [acceso 21/11/2023]. Disponible en: [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user\\_upload/area\\_gerencia/comite\\_etico/recomendaciones\\_nutricion\\_enteral.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_gerencia/comite_etico/recomendaciones_nutricion_enteral.pdf)

17. Cárdenas D. Alimentar a la persona enferma: un imperativo ético y un derecho humano. Rev Nutr Clin Metab. 2021 [acceso 21/11/2023];4(1):3-4. Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/341/524>

18. Correia M. La investigación adecuada y ética en nutrición es un derecho humano. Rev Nutr Clin Metab. 2021 [acceso 21/11/2023];4(1):7-9. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/355910772\\_La\\_investigacion\\_adeuada\\_y\\_etica\\_en\\_nutricion\\_es\\_un\\_derecho\\_humano](https://www.researchgate.net/publication/355910772_La_investigacion_adeuada_y_etica_en_nutricion_es_un_derecho_humano)

19. López-Talavera M. Proceso de cuidado nutricional y desnutrición asociada a la enfermedad: ¿negligencia o injusticia? Rev Nutr Clin Metab. 2021 [acceso 21/11/2023];4(1):45-50. Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/298>

20. Reyes-Arellano F, Razazi J. Huelga de hambre, alimentación forzada y responsabilidad profesional: alcance y consideraciones éticas. Rev Nutr Clin Metab. 2021 [acceso 21/11/2023];4(1):86-93. Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/331>

21. Pérez M. Reflexiones éticas en la práctica de la nutriología a partir de la orientación dietonutritera dentro del contexto cubano. Rev Cubana Aliment

Nutr. 2020 [acceso 21/11/2023];30(2):573-8. Disponible en:  
<https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/1053>

22. Mendoza E. Bioética, Nutrición y Enfermo Hospitalario. Rev Cent de Investig. 2009 [acceso 21/11/2023];8(31):51-67. Disponible en:  
<https://revistasinvestigacion.lasalle.mx/index.php/recein/article/view/178/406>

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.