



**Universitat de les
Illes Balears**

Memoria del Trabajo Final de Grado

**TÍTULO: EL SOPORTE NUTRICIONAL ARTIFICIAL EN PACIENTES
TERMINALES**

Margarita Gómez Ponce

Grado de Enfermería

Año académico: 2016-17

DNI Autora: 43169721D

Nombre tutora: Rosamaria Alberdi Castell

Departamento de Enfermería y Fisioterapia

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PALABRAS CLAVES: Enfermo terminal, soporte nutricional artificial, bioética, cuidados paliativos/terminal, cancer terminal

RESUMEN

Introducción:

El soporte nutricional artificial en pacientes terminal plantea muchos interrogantes respecto a su eficacia y a sus indicadores de iniciación. Se sabe poco en relación a la información que se transmite y a la percepción que tienen los pacientes y las familias. Hay ciertos factores que influyen en la toma de decisión de iniciación del apoyo nutricional artificial. La influencia de las enfermeras es limitada. Los conflictos éticos derivados del apoyo nutricional artificial en pacientes terminales son difíciles de abordar por el personal sanitario.

Objetivos:

Conocer los aspectos clínicos más relevantes del soporte nutricional artificial en pacientes terminales; que información se transmite y que percepción tienen los pacientes y sus familias; que factores influyen en la toma de decisión; que influencia tienen las enfermeras en la toma de decisión y cuáles son los conflictos éticos experimentados por los profesionales sanitarios.

Estrategia de búsqueda bibliográfica:

Se han encontrado y analizado 20 artículos. Para ello, se han utilizado diferentes descriptores y combinaciones booleanas en diversas bases de datos. Los criterios de inclusión han sido: últimos 10 años, palabras claves dentro del título y resumen, acceso al texto completo y selección del asunto principal.

Discusión:

Los indicadores de iniciación del soporte nutricional artificial en fase paliativa siguen siendo controvertidos. No hay un consenso claro de los beneficios reales del apoyo nutricional. La gran mayoría de autores están de acuerdo en que el apoyo nutricional artificial en pacientes terminales no aumenta la supervivencia ni mejora la calidad de vida. La información que recibe el paciente y la familia es insuficiente. Existen ciertos factores influyentes en la toma de decisión de iniciación. El papel que ejercen las enfermeras es limitado. Se han descrito algunos conflictos éticos presentes en la práctica asistencial.

Conclusiones:

Se necesitan más estudios para ayudar a los profesionales sanitarios para saber cuál es la iniciación adecuada del soporte nutricional artificial en pacientes terminales.

PALABRAS CLAVES: Enfermo terminal, soporte nutricional artificial, bioética, cuidados paliativos/terminal, cancer terminal.

INTRODUCCIÓN

Según la definición de la organización mundial de la salud (OMS)¹ la **enfermedad en fase terminal** es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con la capacidad para retrasar la evolución de la enfermedad, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses). Provoca síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes, originando un gran sufrimiento físico y psicológico en el paciente y la familia.

En las situaciones terminales, el objetivo de la atención médica no es “el curar” sino el de “cuidar” al paciente, a pesar de la persistencia y progresión irreversible de la enfermedad. Se trata de proporcionar la máxima calidad de vida hasta que acontezca la muerte. Con esta finalidad, surgió una nueva forma de atención médica integral que se denominó **cuidados paliativos**².

Dichos cuidados se desarrollaron inicialmente en Inglaterra y en 1990 la OMS² asumió la denominación general de cuidados paliativos como *“el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objeto de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas físico-psíquicos y las necesidades espirituales y sociales de los pacientes”*

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)² para que un paciente se considere en fase terminal se necesitan establecer ciertas características, entre las cuales se pueden destacar las siguientes:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples y cambiantes.
- Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico.
- Pronóstico de vida inferior a seis meses.

Según Saunders², las enfermedades más frecuentes que conducen al síndrome terminal son: cáncer, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, cirrosis hepática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y arteriosclerosis.

Uno de los problemas más frecuentes en la enfermedad terminal es la malnutrición³. Para hacer frente a dicho problema existen diferentes vías de nutrición artificial. Entre los soportes nutricionales artificiales se encuentran la alimentación enteral por sonda nasogástrica o gastrostomía (PEG) y la nutrición parenteral⁴. La **nutrición enteral** por sonda nasogástrica consiste en introducir alimentos en el estómago por sonda, haciendo pasar el tubo por las fosas nasales, orofaringe, faringe y esófago hasta llegar al estómago. Mientras que la gastrostomía se lleva a cabo mediante intervención quirúrgica o endoscopia percutánea la cual consiste en la comunicación entre el estómago y el exterior a través de un tubo denominado sonda o catéter de gastrostomía.

La otra opción, es la **nutrición parenteral** que consiste en la infusión de una mezcla de nutrientes por vía intravenosa.

La indicación del soporte nutricional artificial en pacientes en fase terminal crea conflictos éticos de difícil solución. Si tenemos presentes los dilemas éticos derivados de la nutrición artificial en pacientes terminales, debemos prestar atención al concepto de **bioética**. Van Rensselaer Potter⁵, oncólogo estadounidense (1971), fue el primero en definir el concepto en su libro de bioética en el que propone la siguiente definición: «*Es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto se examina esta conducta a la luz e valores y principios morales*».

Beauchamp y Childress⁶, distinguen cuatro **principios bioéticos** que los profesionales de la salud deben tener presentes durante el ejercicio profesional:

- Principio de beneficencia: se basa en la necesidad de no hacer daño al paciente.
- Principio de la no maleficencia: su objetivo es evitar hacer daño, no cayendo en la imprudencia y negligencia hacia el paciente. Se debe prevenir el daño físico, mental, social y psicológico.
- Principio de justicia: exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de ningún tipo. Además, se debe garantizar la jerarquización adecuada de las acciones a realizar y el uso racional de los recursos materiales.
- Principio de autonomía: su objetivo es asegurar que se respecta la capacidad del paciente en relación a la toma de decisiones sobre su estado de salud.

El soporte nutricional artificial en pacientes en fase terminal plantea muchos interrogantes respecto a su eficacia, valoración ética e incluso sobre la información que reciben los pacientes y familias.

Interrogantes que también se me plantearon a mí hace unos años cuando tuve una experiencia personal con un familiar en fase terminal. A raíz de esa experiencia y sin ningún conocimiento al respecto, empezaron mis preguntas acerca de la nutrición artificial en pacientes terminales. Todas esas preguntas que incluían conflictos éticos, nunca tuvieron una respuesta. De ahí, mis ganas de hacer una búsqueda en la literatura con respecto a los soportes nutricionales artificiales en pacientes terminales y los conflictos éticos derivados.

Por ello, el objetivo del trabajo es averiguar que refleja la literatura respecto al soporte nutricional artificial en pacientes terminales. Para dar respuesta a esta cuestión, se plantean otras preguntas secundarias relativas a los aspectos clínicos más relevantes del soporte nutricional artificial en pacientes terminales; que percepción tienen los pacientes y familias respecto al apoyo nutricional artificial y que información proporcionan los profesionales sanitarios; que factores influyen en la toma de decisión; que influencia tienen las enfermeras en la toma de decisión respecto al apoyo nutricional artificial en fase paliativa y que conflictos éticos se presentan en la práctica asistencial.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- El soporte nutricional artificial en pacientes terminales.

Objetivos específicos:

- ¿Cuáles son los aspectos clínicos más relevante de la instauración del soporte nutricional artificial en pacientes terminales (indicadores de iniciación-suspensión, beneficios, complicaciones y efectos relacionados con la calidad de vida y supervivencia)?
- ¿Qué percepción e información reciben la familia y el paciente en relación al soporte nutricional artificial? ¿Qué factores influyen en la toma de decisiones sobre la instauración del soporte nutricional artificial? y ¿Cómo influyen los factores emocionales y culturales en la iniciación del apoyo nutricional artificial en pacientes terminales?
- ¿Influyen las enfermeras en la toma de decisión de iniciación del soporte nutricional artificial en pacientes terminales?
- ¿Cuáles son los principales conflictos éticos detectados por los profesionales sanitarios en relación al soporte nutricional artificial en pacientes terminales?

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

En primer lugar, se ha realizado la búsqueda de los descriptores correspondientes de cada palabra clave mediante la aplicación DeSC (Descriptores en Ciencias de la Salud).

Palabras claves	Descriptores
Paciente terminal	Enfermo terminal/ Terminally ill
Cuidados paliativos Cuidado terminal	Cuidados paliativos/ Palliative care Cuidado terminal/ Terminal care
Soporte nutricional artificial	Apoyo nutricional/Nutritional support Nutrición enteral/ Enteral nutrition Nutrición parenteral / Parenteral nutrition
Bioética	Bioética/ Bioethics
Cáncer terminal	Cáncer terminal / terminal cancer

En segundo lugar, se ha realizado la elección de las bases de datos. Las más utilizadas han sido: Pubmed, CINAHL y la biblioteca virtual de la salud. Esta última base de datos permite la búsqueda integrada en: IBECS, DESASTRES, LILACS, WHOLI, HISA Y SCIELO

Y, en tercer lugar, para realizar la búsqueda bibliográfica se han teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Que las palabras claves se encontraran dentro del título y resumen.
- Acceder al texto completo y poder seleccionar el asunto principal
- Acotar la búsqueda entre los últimos diez años (2007-2017), excepto un artículo que es del 2003.

Durante la búsqueda se han utilizado el primer y segundo nivel de búsqueda bibliográfica. Además, se han realizado diferentes combinaciones con los descriptores con el booleano AND con la finalidad de acotar los resultados y así poder seleccionar los artículos que más se adaptan a los objetivos del trabajo.

De esta búsqueda bibliográfica se han seleccionado veinte artículos, de los cuales la gran mayoría son estudios bibliográficos.

En la siguiente tabla se puede visualizar las combinaciones booleanas y los artículos seleccionados. Para ver más detalles visualizar el anexo 1.

PUBMED

Combinación booleana	Artículos seleccionados
Terminal care AND nutritional support	3
Enteral nutrition AND palliative care	2
Parenteral nutrition AND palliative care	1

CINAHL

Combinación booleana	Artículos seleccionados
Terminally ill AND nutritional support	2

BIBLIOTECA VIRTUAL DE LA SALUD

Combinación booleana	Artículos seleccionados
Terminally ill AND nutritional support	4
Palliative care AND nutritional support AND bioethics	1
Terminally ill AND nutritional support	2

AND bioethics	
Terminally ill AND bioethics	2
Terminal cancer AND nutritional support	1
Parenteral nutrition AND palliative care	2

DISCUSIÓN

La discusión se ha estructurado en cuatro secciones. Cada sección corresponde a cada uno de los objetivos específicos, con el objetivo de dar respuesta a la cuestión principal.

1. ¿Cuáles son los aspectos clínicos más relevantes de la instauración del soporte nutricional artificial en pacientes terminales (indicadores de iniciación-suspensión, beneficios, complicaciones y los efectos del soporte nutricional en relación a la calidad de vida y supervivencia)?

En este primer apartado vamos hablar sobre los aspectos clínicos más destacados de la aplicación del soporte nutricional artificial en pacientes terminales.

De acuerdo con la bibliografía consultada, la desnutrición es una complicación común en los pacientes en fase terminal. En la fase curativa de la enfermedad, el soporte nutricional artificial puede reducir la morbilidad, la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes⁷. Cuando el objetivo principal del tratamiento se vuelve paliativo, los **indicadores de iniciación y suspensión** del soporte nutricional en pacientes terminales se vuelven controvertidos, ya que **no** existen unos indicadores claros de cuando se debe iniciar o suspender el apoyo nutricional. Sin embargo, si existen recomendaciones generales de iniciación de nutrición artificial en el resto de situaciones clínicas.

En una revisión bibliográfica realizada en 2008 por André¹, se clasificaron las **recomendaciones generales** de iniciación de la nutrición artificial enteral y parenteral.

En relación a las recomendaciones de iniciación de la **nutrición enteral** se encontraron: cáncer de cabeza y cuello, carcinomas esofágicos, desnutrición proteico-calórica, cáncer intrabucal y de faringe, fracturas del maxilar inferior y laringectomías, cirugía digestiva (esofagectomías, pancreatectomías, etc), estenosis esofágica, pancreatitis aguda, enfermedad inflamatoria intestinal, hepatopatías crónicas avanzadas, accidente vascular cerebral, enfermedades neurológicas degenerativas, tumores cerebrales, traumatismos cráneo-encefálicos, grandes quemados, politraumatizados, anorexias caquectizantes y neoplasias.

Y en relación, a las recomendaciones de iniciación de la **nutrición parenteral** se encontraron: dificultad o incapacidad para utilizar el tracto digestivo, cirugía mayor digestiva (gastrectomía total, esofagectomía, etc), desnutrición moderada y/o severa, complicaciones en el postoperatorio (íleo paralítico, dehiscencia de sutura, peritonitis y fístulas digestivas), obstrucción del aparato digestivo, necesidad de reposo del tubo digestivo, intolerancia o no mejoría clínica con la nutrición enteral, coadyuvante de la quimio y radioterapia, tumores gastrointestinales y desnutrición severa en pacientes que reciben quimioterapia a altas dosis para trasplantes de médula ósea.

Según Boligon y Huth², en caso de mucositis moderada-grave por radioterapia o en pacientes con cáncer de cabeza y cuello o cáncer torácico con masas tumorales obstructivas, se debe **iniciar** el soporte nutricional artificial si hay presencia de pérdida de peso superior al 5 %.

Así como existe abundante bibliografía respecto a los indicadores generales de iniciación del soporte nutricional artificial, no pasa lo mismo con los indicadores de iniciación del apoyo nutricional artificial en pacientes terminales, es decir, la bibliografía solo refleja, en este caso, cuestiones muy generales en relación a la iniciación del soporte nutricional artificial en fase paliativa.

Así Boligon y Huth² consideran que el soporte nutricional artificial en pacientes terminales **sólo debe iniciarse** en aquellos pacientes que puedan **beneficiarse** de tener mejor calidad de vida.

Cotoani⁸, recomienda la nutrición artificial en pacientes terminales desnutridos que todavía estén en tratamiento activo anticanceroso **para poder controlar algunos efectos adversos de las terapias anticancerosas**.

La Sociedad Europea de Nutrición y Metabolismo Clínicos (ESPEN)⁸, indica que los pacientes en fase paliativa deben recibir intervenciones nutricionales **si su beneficio esperado supera el daño potencial**.

ESPEN⁹ ha elaborado ciertos **criterios de retención y retirada** del soporte nutricional artificial en pacientes terminales.

Los criterios de **retención** que ha incluido son:

- Corta esperanza de vida (menor de 2-3 meses).
- Disfunción grave de órganos.
- Síntomas no controlados.

Y los criterios de **retirada** que ha incluido son:

- Corta esperanza de vida (días).
- Descontrol de los síntomas refractarios (dolor, vómitos, disnea, delirio).
- Fracaso orgánico mayor.

Además, la ESPEN¹⁰ sugiere que la **nutrición parenteral** solo debe iniciarse en pacientes con cáncer avanzado si la esperanza de vida es de al menos 2-3 meses, la nutrición enteral es insuficiente y si se considera que la nutrición parenteral estabilizará o mejora la calidad de vida del paciente.

La ESPEN⁹ establece la siguiente tabla que da recomendaciones sobre si iniciar o no el soporte nutricional artificial en pacientes terminales:

Estado nutricional	Esperanza de vida: meses	Esperanza de vida: días
Reducción de la ingesta oral y absorción normal	Continúe con la ingesta oral, considere los suplementos nutricionales	Continúe con la ingesta oral, considere los suplementos nutricionales
Ingesta oral comprometida (disfagia, mucositis severa)	Considere la nutrición enteral	Continúe con la ingesta oral, considere los

y absorción normal		suplementos nutricionales
Absorción comprometida	Considere la nutrición parenteral	Continúe con la ingesta oral, considere los suplementos nutricionales

La Sociedad Europea de Nutrición y Metabolismo Clínicos (ESPEN)⁷ en el único caso que **no recomienda** iniciar la nutrición artificial es en pacientes hipofágicos con esperanza de vida inferior a dos meses.

En el 2013 se realizó un estudio observacional nacional¹¹ sobre cuáles eran las indicaciones más comunes de inicio de la nutrición enteral y parenteral en pacientes terminales. La indicación más común para iniciar nutrición enteral fue la dificultad para masticar y / o tragar independientemente de la supervivencia pronosticada y la pérdida de peso fue la segunda indicación más común. En cambio, las indicaciones para iniciar la nutrición parenteral fueron la pérdida de peso, la pérdida de apetito, las náuseas, los vómitos, y la semi-obstrucción /obstrucción intestinal.

En pacientes con demencia severa **no se recomienda iniciar** un soporte nutricional mediante gastrostomía, ya que presenta mayor riesgo de neumonía por aspiración, además de diarrea, malestar y problemas gastrointestinales¹.

Revisada la bibliografía en relación a los indicadores de iniciación y suspensión del soporte nutricional artificial en pacientes terminales, vamos hablar a continuación sobre los beneficios y complicaciones del apoyo nutricional artificial en pacientes paliativos.

En relación a los beneficios del soporte nutricional artificial en pacientes paliativos, para una parte de la comunidad científica¹ **si beneficia al paciente**, ya que reduce la respuesta catabólica, aumenta la función del sistema inmunológico, mejora el funcionamiento del sistema gastrointestinal y reduce las complicaciones de la inmovilización.

Sin embargo, otra parte de la comunidad científica, **pone en duda** los beneficios reales del soporte nutricional artificial en pacientes terminales¹.

Según André¹, las molestias y las complicaciones derivadas de la terapia nutricional artificial son mayores que los beneficios.

En esta misma línea, Dauld⁹, considera que es poco probable que los pacientes con cáncer refractario y con solo días de supervivencia se beneficien de las intervenciones nutricionales debido al cáncer progresivo.

En relación a las complicaciones de la nutrición artificial en pacientes terminales, Cotoani⁸ en 2016, realizó una revisión bibliográfica sobre las complicaciones de la nutrición enteral y parenteral en pacientes con cáncer avanzado. Clasifico las **complicaciones de la nutrición artificial parenteral** en tres grandes categorías: metabólicas, mecánicas e infecciosas.

En las complicaciones **metabólicas** encontró: la hiperglucemia, la hipoglucemia, las alteraciones electrolíticas, la retención de líquidos, la hipertrigliceridemia, la hiponatremia, la hipopotasemia, la hipomagnesemia, la hipofosfatemia, la esteatosis hepática y las disfunciones hepáticas. En las complicaciones **mecánicas** visualizó: la dislocación del catéter, la oclusión del lumen y la trombosis venosa. Y, en cuanto a la complicación **infecciosa**, destacó la infección del catéter.

El mismo autor⁸, también clasifico las **complicaciones de la nutrición enteral** en tres grandes categorías: gastrointestinales, mecánicas y metabólicas. En las complicaciones **gastrointestinales** encontró la saciedad, náuseas, vómitos y diarrea. Las complicaciones **mecánicas** las relacionó con la mala posición y la obstrucción del tubo. Y en relación a las complicaciones **metabólicas**, encontró que eran similares a las de la nutrición parenteral (hiperglucemia, anomalías electrolíticas, disfunciones hepáticas, etc). Además, destacó la posibilidad de broncoaspiración.

Para Holmes¹², la **nutrición enteral** se asocia a complicaciones como la atrofia de la mucosa intestinal, hiperglucemia, aumento del riesgo de complicaciones infecciosas (neumonía), sobrealimentación, uremia, síndrome de sobrecarga lipídica, hipercapnia, acidosis metabólica y mortalidad en pacientes con enfermedades graves.

Revisados los beneficios y las complicaciones del soporte nutricional artificial en pacientes terminales, pasamos a tratar que dice la bibliografía sobre los efectos de la nutrición artificial en relación a la calidad de vida y supervivencia.

A pesar de **no** haber encontrado ensayos controlados aleatorizados **actuales** sobre la nutrición artificial en pacientes terminales, si se ha encontrado revisión bibliográfica que hable sobre los efectos del apoyo nutricional en pacientes terminales

En el 2016 se realizó una revisión integrativa en la cual, se encontró que la **terapia nutricional temprana** en pacientes con cáncer, podía mejorar la condición de vida, prolongar la supervivencia y disminuir los síntomas relacionados con el tratamiento anticanceroso². Sin embargo, en otra revisión bibliográfica realizada en 2015, Dauld⁹ argumento que iniciar el **soporte nutricional artificial tardío** en pacientes terminales era poco probable que aumentara la supervivencia.

En una revisión bibliográfica realizada en 2011 sobre los resultados de ensayos controlados aleatorios realizados con anterioridad, se encontró un estudio retrospectivo realizado en 2005 que investigo si la **nutrición parenteral** se asociaba con mayor **supervivencia** (superior o igual a un año) en pacientes con cáncer metastásico¹³. **Se concluyó que hubo un aumento en la supervivencia**. Cinco meses fueron el tiempo mediado de supervivencia desde la nutrición parenteral hasta la muerte, aunque de 52 pacientes, un paciente con carcinoide vivió 154 meses y 16 pacientes sobrevivieron más de un año. A pesar de ello, aunque algunos pacientes se beneficiaron, sólo 17 pacientes sobrevivieron algunos meses más.

En relación a la influencia de la nutrición artificial en la calidad de vida de los pacientes terminales, hay que mencionar que en una revisión bibliográfica, Mitchell¹³ **no encontró** estudios actuales sobre el efecto de la nutrición artificial en pacientes

terminales sobre la **calidad de vida**. Sin embargo, destacó que se había realizado un estudio prospectivo observacional en 2002 que había evaluado el efecto combinado de la nutrición e hidratación artificial en pacientes terminales, en el cual el 75% de los pacientes no percibían cambios en el confort, 6% percibían más molestias y 18 % percibían más comodidad.

2. ¿Qué percepción e información reciben la familia y el paciente en relación al soporte nutricional artificial? ¿Qué factores influyen en la toma de decisión sobre la instauración del soporte nutricional artificial? y ¿Cómo influyen los factores emocionales y culturales en la iniciación del apoyo nutricional en pacientes terminales?

Para contestar a las cuestiones que constituyen el punto dos, vamos hablar primero sobre qué percepción e información reciben el paciente y familia respecto al apoyo nutricional artificial. A continuación, hablaremos sobre qué factores influyen en la toma de decisión sobre la instauración del soporte nutricional artificial y cómo influyen los factores emocionales y culturales.

Según Loyolla², la **información proporcionada** por los profesionales sanitarios sobre la terapia nutricional artificial en pacientes terminales y familiares es **insuficiente**. En una revisión bibliográfica realizada en 2012, se encontró que los pacientes paliativos tenían un **bajo nivel de conocimiento** sobre los beneficios reales y los riesgos clínicos de la nutrición artificial e hidratación¹⁴. Debido a esto, los pacientes y familias creían firmemente que la nutrición artificial podía prevenir la deshidratación, aumentar la fuerza física y evitar la muerte por hambre.

En 2017 se realizó una encuesta de opinión sobre la alimentación artificial en dos instituciones de cuidados paliativos¹⁵. Fue el primer estudio en que los pacientes de cuidados paliativos fueron entrevistados para conocer sus opiniones sobre las condiciones de fin de vida. El **57,5%** de los pacientes consideraban el soporte nutricional artificial como **cuidado** y no como tratamiento, lo que implicaba que pensarán que la nutrición artificial debía mantenerse hasta la muerte.

En este mismo sentido, otra revisión bibliográfica, destaco que para la mayoría de los pacientes era inconcebible que un médico tuviera los medios para suspender la nutrición artificial y dejarlos "morir de hambre y sed", creyendo que la abstención de la nutrición artificial es **cruel, inhumana, e equivalente a la inanición**¹⁶.

Otra revisión añadió que el suministro de la nutrición artificial en fase paliativa para el paciente y familia era **sinónimo de humanidad y compasión**¹⁷.

Según Mercadante¹⁴, las familias tienden a considerar la nutrición artificial como una **medida eficaz**.

En esta misma línea, una revisión bibliográfica realizada en 2015, encontró también que los pacientes y familiares percibían que la nutrición artificial era **beneficiosa y útil**, ya que creían que había ayudado a mejorar la comodidad, la dignidad y la calidad de vida.⁹

Respeto a los principales motivos de considerar beneficiosa la nutrición artificial en pacientes terminales, una revisión sistemática realizada en 2012 destacó los siguientes: la preservación de la vida, la paliación de los síntomas y la lucha contra la enfermedad¹⁴.

Del mismo modo, en un estudio observacional nacional de 2013, detalló que **la relación estrecha entre la comida y la vida** era una razón para que los pacientes y sus familias solicitaran la nutrición parenteral en la fase paliativa tardía. Veinte de los ochenta pacientes que participaron en el estudio pidieron iniciar nutrición parenteral sin la sugerencia del personal sanitario¹¹.

Otra revisión bibliográfica, encontró que el paciente y la familia pedían iniciar la nutrición artificial por el temor de que la muerte se produjera por hambre y sed¹⁸.

Revisada la bibliografía relacionada con la información y percepción que reciben los pacientes y familias sobre el apoyo nutricional artificial, pasemos hablar que factores influyen en la toma de decisión de la iniciación del apoyo nutricional artificial y de cómo influyen los factores emocionales y culturales.

González¹⁶, destacó **seis factores influyentes** en la toma de decisión para la iniciación del soporte nutricional artificial en pacientes terminales, entre los cuales se pueden destacar los siguientes:

1. Cuidado básico-tratamiento

El primer factor influyente en la toma de decisión de iniciación del soporte nutricional artificial en pacientes terminales, es considerar el soporte nutricional artificial como cuidado básico o tratamiento. Si se considera un cuidado básico, la finalidad es responder a las necesidades naturales del ser humano para mantenerlo vivo, es decir, se debe mantener hasta la muerte. En cambio, si se considera un tratamiento, el paciente tiene derecho de decidir qué medidas quiere que se le apliquen, además de aceptar o rechazar el apoyo nutricional.

2. El valor de la santidad y la calidad de vida

El segundo factor influyente es la santidad de la vida y la calidad de vida. Si se aboga a favor de la santidad de la vida, se debe tener en cuenta que la vida es un bien absoluto, que debe ser siempre preservado sin importar los costos. En cambio, sí se aboga a favor de la calidad de vida, los pacientes nunca deben ver sus vidas intencionalmente acortadas (por acción u omisión) o alargadas a través de tratamientos fútiles que prolonguen su vida.

3. Análisis de los riesgos, beneficios y costos

El tercer factor influyente a tener en cuenta son los riesgos, beneficios y costos que causa el soporte nutricional en pacientes terminales. Se debe valorar los beneficios objetivos y subjetivos en relación a la optimización de la calidad de vida. La evidencia científica disponible revela la ineficacia de la medida terapéutica para la mayoría de los objetivos clínicos, para prolongar la vida o mejorar el estado funcional. Cuando la enfermedad es progresiva e irreversible, las desventajas de la alimentación superan a los beneficios siempre que sean necesario el uso de medidas de sedación farmacológica o de restricción física.

4. Utilidad vs futilidad

Analizando el cuarto factor influyente, se tiene en cuenta que el concepto de futilidad hace referencia a un procedimiento que no merece la pena aplicarse, donde la probabilidad de que se consiga un efecto beneficioso es remota. No hay duda de que no hay obligación moral de proporcionar un tratamiento fútil, el problema aparece cuando se debe determinar la futilidad del tratamiento en situaciones clínicas límite. Cuando se considera una medida fútil, es importante establecer para qué y para quien lo es.

La ESPEN, en caso de duda sobre la utilidad o los beneficios que puede aportar el soporte nutricional artificial en pacientes terminales, recomienda implementar el tratamiento a modo de prueba, pero siendo capaces de retirarlo en caso de futilidad. Sin embargo, debe recordarse que un tratamiento puede ser útil o no fútil, pero su aplicación puede ser desproporcionada dado el riesgo, los costos o la condición del paciente.

5. Barreras emocionales, culturales y religiosas

Los penúltimos factores influyentes son los factores emocionales, culturales y religiosos. Tanto la religión, la cultura y la etnia, así como el consentimiento, el respeto y la preservación de la dignidad, deben ser respetados para la decisión de iniciación del soporte nutricional artificial en pacientes terminales.

6. Conflicto de valores entre profesionales, pacientes y cuidadores

Y haciendo mención al sexto factor influyente, los pacientes tienen el derecho tanto de solicitar como de rechazar el soporte nutricional artificial como tratamiento médico. Sin embargo, las solicitudes de tratamiento deberían enmarcarse dentro del campo de lo que se considera razonable por los profesionales de la salud, quienes no deben ni pueden ser obligados a proveer tratamiento fútil. Por otra parte, las creencias religiosas y valores culturales de los profesionales de la salud también pueden entrar en conflicto con recomendaciones clínicas. Cuando el profesional tiene creencias sobre el apoyo nutricional artificial que impiden apoyar el proceso de toma de decisiones de un paciente y/o su familia, deberían considerar transferir el cuidado del paciente hacia otro profesional.

Una vez mencionados los factores que influyen en la toma de decisión de la iniciación del soporte nutricional artificial en pacientes terminales, hablemos de cómo influyen los factores emocionales y culturales en la toma de decisión respecto al apoyo nutricional.

En una revisión bibliográfica del 2012, la reducción de la ingesta oral en el contexto de enfermedad terminal se convirtió en una fuente importante de **ansiedad** para el paciente y familia¹⁴. Dos estudios canadienses destacaron que la interacción entre la comida, la capacidad limitada de digerir los alimentos, la fatiga y la imagen corporal están altamente correlacionados con el **sufrimiento psicológico** grave en el paciente terminal.

Shand¹⁴, considera que los factores emocionales influyen en la toma de decisión sobre la nutrición artificial asistida en pacientes terminales. Dicho autor, encontró que la disminución de la ingesta oral, la pérdida de peso y la debilidad muscular en las últimas fases de la enfermedad terminal, fue una fuente importante de **ansiedad** y **estrés** para los pacientes y familiares para decidir iniciar el soporte nutricional artificial.

Destacando las creencias de las diferentes culturas, la literatura destaca que las culturas influyen en la toma de decisión respecto a la iniciación del soporte nutricional artificial en pacientes terminales¹⁴.

Para las **culturas occidentales** la reducción de la ingesta acelera la muerte. La **cultura hindú** tiene la creencia de que la reducción de la ingesta es un signo de muerte y no una causa. Para ellos, la idea predominante es que una persona enferma terminal abandona voluntariamente la ingesta para prepararse para una muerte esperada, en un proceso autocontrolado y libre de dolor. Sin embargo, para los **Taiwaneses**, la disminución del aporte nutricional significa que la persona morirá hambrienta y el alma se volverá inquieta¹⁴.

Por lo tanto, las creencias particulares de cada paciente y familia hacen que el afrontamiento de la reducción de la ingesta oral y la iniciación del soporte nutricional artificial en pacientes terminales, sea diferente¹⁴.

3. ¿Influyen las enfermeras en la toma de decisión de iniciación del soporte nutricional artificial en pacientes terminales?

Para dar respuesta a esta penúltima cuestión, vamos hablar que influencia tienen las enfermeras en la toma de decisión sobre el soporte nutricional artificial en pacientes terminales.

En el 2008 se realizó una revisión bibliográfica sobre que opiniones tenían los médicos y las enfermeras sobre el papel de las enfermeras respecto a la toma de decisión en relación al soporte nutricional artificial en pacientes terminales, es decir, en qué medida participan las enfermeras en las decisiones de iniciar nutrición artificial en pacientes paliativos¹⁹.

En el estudio de Van Wigcheren (2007), se encontró que el 62 % de los médicos opinaban que si discutieron con las enfermeras la decisión de iniciar el soporte nutricional artificial en pacientes terminales¹⁹. Del mismo modo, en el estudio de Pasman, el **84% de los médicos** consideraban que las enfermeras tenían una **influencia moderada** en la toma de decisión sobre la nutrición artificial en pacientes paliativos¹⁹.

En cambio, las opiniones de las enfermeras fueron totalmente diferentes respecto a las de los médicos. Se encontraron cuatro estudios donde se reflejaban las opiniones de las enfermeras respecto a su participación en la toma de decisión en relación al soporte nutricional artificial en pacientes terminales¹⁹.

El estudio de Adam y Webb¹⁹, informó que el **59% de las enfermeras** consideraban que la toma de decisión sobre la administración nutrición artificial en pacientes terminales era una decisión puramente médica.

El estudio de Todd¹⁹, encontró que la mayoría de las enfermeras consideraban que **no participaban** en absoluto en el proceso de toma de decisiones sobre el soporte nutricional artificial de los pacientes en fase paliativa. Además, destacaban que rara vez

o nunca se les pidió que participaran en la toma de decisiones cuando se les presentaba a los pacientes y a sus familias las diferentes opciones sobre la nutrición artificial.

El estudio de Cannaby¹⁹, destacó que el **53% de las enfermeras** consideraban que los médicos tenían la autoridad predominante para decidir cuando un paciente necesitaba una alimentación artificial.

Y el estudio de Pasma¹⁹, detalló que las enfermeras tenían **menos influencia** en el proceso de toma de decisión que los médicos. El **62%** de estas enfermeras informo no haber tenido ninguna influencia en el proceso de decisión y **solo el 3%** de ellas encontraron su **influencia decisiva**.

Los resultados de los estudios ponen en evidencia las diferencias que hay entre médicos y enfermeras respecto al papel que ejercen las enfermeras en relación a la toma de decisión sobre el soporte nutricional artificial en pacientes terminales.

Los médicos percibían que las enfermeras participaban en los procesos de tomas de decisiones la mayor parte del tiempo, mientras que las enfermeras percibían que rara vez estaban involucradas. Estas discrepancias podrían ser debido a la distinta aportación profesional, a la mala comunicación entre profesionales y a la interpretación diferente del concepto “discusión” y “papel”¹⁹.

Ambos profesionales sí coincidieron en que las enfermeras tenían poca influencia en la decisión final y que su influencia era raramente o nunca decisiva. Esto sugiere que el **impacto directo** de las enfermeras en la toma de decisión es limitado. Sin embargo, diferentes estudios cualitativos, revelaron un **papel indirecto** muy valioso durante el proceso de toma de decisión en relación al soporte nutricional artificial en pacientes terminales. Este papel indirecto se puede visualizar en la orientación que ofrecen las enfermeras sobre el apoyo nutricional artificial en pacientes terminales¹⁹.

Otro aspecto a considerar, es que el **médico tiene la mayor influencia** en la decisión final sobre el soporte nutricional artificial en pacientes terminales. Un estudio cualitativo realizado en pacientes con demencia avanzada concluyó que el médico, en todos los casos, ejerció la mayor influencia en el proceso de decisión. Solo el 33 % de las enfermeras se incluyeron en el proceso de toma de decisión en relación al inicio de la terapia intravenosa¹⁹.

Una vez acabada la revisión bibliográfica de la influencia que tienen las enfermeras en la toma de decisión en relación a la nutrición artificial en pacientes terminales, vamos hablar sobre los principales conflictos éticos experimentados por los profesionales sanitarios en relación al apoyo nutricional artificial en fase paliativa.

4. ¿Cuáles son los principales conflictos éticos detectados por los profesionales sanitarios en relación al soporte nutricional artificial en pacientes terminales?

A la hora de intentar hablar de los conflictos éticos hay que tener en cuenta que, de todos los cuidadores, las enfermeras tienen la relación más cercana a los pacientes y familias durante todo el proceso de atención al final de la vida. Las decisiones sobre el soporte nutricional artificial son emocionalmente complejas y desafiantes para todos los profesionales sanitarios. El debate clínico y ético sobre la retención o retirada de la nutrición artificial afecta a los pacientes, a sus familias y a los cuidadores profesionales¹⁹.

Además, la toma de decisión en relación a la nutrición artificial en fase paliativa debe estar de acuerdo con las preferencias y valores del paciente, aunque muchas veces, los pacientes terminales no tienen la capacidad de comunicar sus deseos y en muchos casos, no está disponible una directiva anticipada. Todos estos factores complican un proceso de toma de decisión emocional y éticamente difícil¹⁹.

Revisando la bibliografía, se han encontrado algunos conflictos éticos a los que los profesionales sanitarios se encuentran sometidos a la hora de tomar la decisión de iniciar o no el soporte nutricional artificial en pacientes terminales.

En un estudio observacional nacional realizado en 2013, los profesionales sanitarios destacaron **tres conflictos éticos** que habían experimentados en su práctica clínica en relación a la nutrición artificial en fase paliativa. Dichos profesionales destacaron los siguientes desafíos éticos¹¹:

1. Conseguir el acuerdo mutuo entre profesionales, paciente y familia sobre los objetivos del tratamiento nutricional a seguir.
2. Estimar con precisión el tiempo de supervivencia del paciente.
3. La diferente percepción que tienen los pacientes, los familiares y los profesionales sanitarios respecto a la relación que hay entre la comida y la vida.

En busca de más conflictos éticos, en una revisión bibliográfica realizada en 2008, se encontró otro desafío ético. El problema ético que detallaron, fue encontrar un acuerdo mutuo entre pacientes, familias y profesionales respecto al concepto de nutrición artificial, es decir, que todas las partes implicadas estuvieran de acuerdo en percibir el soporte nutricional artificial o como un cuidado básico o bien como un tratamiento médico¹.

En otra revisión bibliográfica del 2011, se encontró otro dilema ético presente en la práctica asistencial de los profesionales sanitarios. El conflicto ético era si éticamente estaba justificado utilizar dispositivos de restricción física o sedación farmacológica en pacientes terminales para mantener la sonda de alimentación²⁰.

Del mismo modo, dos conflictos más detectados por los profesionales sanitarios fueron saber cuándo el soporte nutricional artificial produce más perjuicios que beneficios y determinar la eficacia del soporte nutricional artificial en pacientes terminales⁴.

CONCLUSIONES

En respuesta a la pregunta inicial de este trabajo, según la literatura revisada, se puede afirmar que el soporte nutricional artificial en pacientes terminales sigue planteando muchos interrogantes en relación a su eficacia, a sus indicadores de iniciación, a la información proporcionada por los profesionales sanitarios y a la influencia de las enfermeras en la toma de decisión, además de originar conflictos éticos en la práctica asistencial de los profesionales sanitario.

Haciendo hincapié en las cuatro preguntas secundarias, se ha podido llegar a ciertas conclusiones.

En respuesta a la primera pregunta (aspectos clínicos más relevantes del soporte nutricional artificial en pacientes terminales) según la literatura revisada, se puede resumir las siguientes conclusiones:

- No tenemos datos basados en evidencia científica capaz de indicar el método óptimo para la iniciación del soporte nutricional artificial en pacientes terminales. Existen **indicadores generales** para la iniciación del soporte nutricional artificial para la población en general, pero **no** se han encontrado **indicadores específicos** de iniciación de apoyo nutricional artificial en pacientes terminales.

-Pocos estudios clínicos han evaluado la relación riesgo-beneficio de la nutrición artificial en el contexto de los cuidados paliativos, poniendo en **duda los beneficios** reales del apoyo nutricional artificial en fase paliativa. En cambio, no hay duda alguna, sobre las **complicaciones** que aporta el soporte nutricional artificial en pacientes terminales.

- Hay una falta de estudios controlados aleatorizados para apoyar que la nutrición artificial en fase paliativa puede mejorar la calidad de vida, alargar la supervivencia y mejorar los síntomas. A pesar de ello, la bibliografía consultada, afirma que la **terapia nutricional artificial temprana** mejora la calidad de vida, prolonga la supervivencia y disminuye los síntomas relacionados con el tratamiento anticanceroso. En cambio, la **nutrición artificial tardía** en pacientes terminales es probable que, debido a la progresiva enfermedad, no genere grandes beneficios ni alargue la supervivencia del paciente.

En respuesta a la segunda cuestión (información – percepción recibida por el paciente y familia sobre el soporte nutricional artificial y factores influyentes), según la bibliografía consultada, se puede concluir que:

-La **información** proporcionada por el personal sanitario sobre el soporte nutricional artificial en pacientes terminales es **insuficiente**.

-Los pacientes y sus familias tienen **un bajo nivel de conocimientos** sobre los beneficios reales y riesgos clínicos del apoyo nutricional artificial.

- Existe la creencia que abstenerse a proporcionar soporte nutricional artificial es **cruel, inhumana** y condena al paciente a la **inanición**.

- Se tiende a considerar **beneficioso y útil** el apoyo nutricional, ya que para los pacientes y sus familias existe una estrecha relación entre la comida y la vida, creyéndose que el soporte nutricional artificial mejora la comodidad, la dignidad y calidad de vida.

- La bibliografía consultada pone de manifiesto que hay **seis factores influyentes** en la toma de decisión respecto a la iniciación del soporte nutricional artificial en pacientes terminales. De los seis factores influyentes se pueden destacar los siguientes:

-Cuidado básico-tratamiento.

-El valor de la santidad y la calidad de la vida.

-Análisis de los riesgos, beneficios y costos.

-Utilidad vs futilidad.

-Barreras emocionales, culturales y religiosas.

-Conflicto de valores entre profesionales, pacientes y cuidadores.

Además, la literatura también destaca que los **factores emocionales y culturales** están involucrados en la toma de decisión.

El análisis de dichos factores, nos permite decir que la iniciación del soporte nutricional artificial en pacientes terminales está menos guiado por la evidencia científica y más por motivaciones subjetivas vinculadas con las creencias, tradiciones culturales o religiosas, el simbolismo de la función de comer, el temor profundo de morir de hambre y la visión de cuidado.

Siguiendo con la respuesta a la tercera pregunta (influencia de las enfermeras en la toma de decisión sobre el soporte nutricional artificial en pacientes terminales), la bibliografía, afirma que las opiniones de los médicos y enfermeras sobre la influencia que ejercen las enfermeras en la toma de decisión del soporte nutricional artificial en pacientes terminales **son diferentes**. Además, la literatura, aclara que las enfermeras ejercen un **impacto directo limitado**, ya que tienen poca influencia en la decisión final y raramente o nunca decisiva. Sin embargo, si ejercen un **impacto indirecto muy importante** sobre la instauración de la alimentación artificial, empezando por la orientación que ofrecen al paciente y a su familia sobre el soporte nutricional artificial.

Y haciendo mención a la última cuestión planteada (conflictos éticos experimentados por los profesionales sanitarios en relación al soporte nutricional artificial en pacientes terminales), en la literatura revisada se encuentran **algunos dilemas éticos**, pudiéndose destacar los siguientes:

- Conseguir mutuo acuerdo entre el paciente, familia y profesionales sanitarios sobre los objetivos de la nutrición.

- Estimar con precisión la supervivencia en un paciente terminal.

- Tener diferente percepción sobre la relación que hay entre la comida y la vida.
- Que todas las partes involucradas estén de acuerdo en tratar el soporte nutricional artificial en fase paliativa como un cuidado básico o bien como tratamiento médico.
- Utilizar restricción física o sedación farmacológica para mantener la sonda de alimentación en fase paliativa.
- Saber detectar cuando el soporte nutricional artificial en pacientes terminales produce más prejuicios que beneficios, además de determinar su eficacia.

Analizados dichos conflictos éticos, podemos decir que si existen dilemas éticos en la práctica asistencial. A pesar de haber realizado una búsqueda bibliográfica de los últimos diez años, no se han encontrado problemas éticos bien definidos. Es necesario definir mejor los conflictos éticos presentes en fase paliativa para que así los profesionales sanitarios sepan cómo solucionar dichos dilemas y así puedan ofrecer mejores cuidados a los pacientes terminales.

A partir de estas conclusiones, lo único que queda es plantear una propuesta de futuro.

A pesar que los ensayos controlados aleatorios en la fase paliativa son complejos debido a las consideraciones éticas y prácticas relacionadas con la asignación al azar, el consentimiento informado y el seguimiento, sería interesante **investigar más a fondo** sobre la nutrición artificial en pacientes terminales. Se necesitan métodos clínicamente útiles para evaluar los efectos y beneficios del soporte nutricional artificial en fase paliativa para poder ayudar a los profesionales sanitarios en las tomas de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reiriz AB, Motter C, Buffon VR, Scatola RP, Fay AS, Manzini M. Artigo de Revisão Cuidados paliativos - há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal? 2008;6(4):150-155.
2. Morais SR de, Bezerra AN, Carvalho NS de, Viana ACC. Nutrition, quality of life and palliative care: integrative review. *Rev Dor*. 2016;17(2):136-140. doi:10.5935/1806-0013.20160031.
3. Buamden SA. Alimentación en pacientes terminales internados y su relación con los principios bioéticos: Feeding terminal patients in hospital and its relationship with bioethics principles. *Diaeta*. 2009;27(129):7-10.
4. Azulay Tapiero a., Hortelano Martínez E. El soporte nutricional en la situación de enfermedad terminal: Dilemas éticos. *An Med Interna*. 2003;20:434-437. doi:10.4321/S0212-71992003000800011.
5. Desarrollo NY, Bioética DELA. Origen y concepto. 1971:1-25.
6. Felix ZC, Batista PS de S, Costa SFG da, Lopes MEL, Oliveira RC de, Abrão FM da S. Nursing care in terminality: compliance with principles of bioethics. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014;35(3):97-102. doi:10.1590/1983-1447.2014.03.46405.
7. Pazart L, Cretin E, Grodard G, et al. Parenteral nutrition at the palliative phase of advanced cancer: the ALIM-K study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014;15:370. doi:10.1186/1745-6215-15-370.
8. Cotogni P. Enteral versus parenteral nutrition in cancer patients: evidences and controversies. *Ann Palliat Med*. 2016;5(1):42-9. doi:10.3978/j.issn.2224-5820.2016.01.05.
9. Hui D, Dev R, Bruera E. The last days of life: symptom burden and impact on nutrition and hydration in cancer patients. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2015;9(4):346-54. doi:10.1097/SPC.0000000000000171.
10. Bozzetti F, Arends J, Lundholm K, Micklewright A, Zurcher G, Muscaritoli M. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Non-surgical oncology. *Clin Nutr*. 2009;28(4):445-454. doi:10.1016/j.clnu.2009.04.011.
11. Orrevall Y, Tishelman C, Permert J, Lundström S. A national observational study of the prevalence and use of enteral tube feeding, parenteral nutrition and intravenous glucose in cancer patients enrolled in specialized palliative care. *Nutrients*. 2013;5(1):267-82. doi:10.3390/nu5010267.
12. Holmes S. Nutrition in the palliative care of chronic and life-threatening illness. *Br J Community Nurs*. 2010;15(11 Suppl):24-20.
13. Mitchell J, Jatoi A. Parenteral nutrition in patients with advanced cancer: merging perspectives from the patient and healthcare provider. *Semin Oncol*. 2011;38(3):439-42. doi:10.1053/j.seminoncol.2011.03.020.
14. Rio M, Shand B, Bonati P, et al. Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions, and decision-making among patients, family, and health care staff. *Psycho-Oncology*. 2012;21(9):913-921.
15. Boulanger A, Chabal T, Fichaux M, et al. Opinions about the new law on end-of-life issues in a sample of french patients receiving palliative care. *BMC Palliat Care*. 2017;16(1):7. doi:10.1186/s12904-016-0174-8.
16. Graciela A G, Maria Daniela R. Aproximación al Soporte Nutricional desde una mirada Bioética: Todo lo técnicamente posible, ¿es éticamente admisible? *Diaeta*. 2014;32(146):7-15. Available at: /scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lang=pt.

17. Benarroz M de O, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Cad Saude Publica*. 2009;25(9):1875-1882. doi:10.1590/S0102-311X2009000900002.
18. Van Der Riet P, Higgins I, Good P, Sneesby L. A discourse analysis of difficult clinical situations in relation to nutrition and hydration during end of life care. *J Clin Nurs*. 2009;18(14):2104-2111. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02760.x.
19. Bryon E, Gastmans C, De Casterlé BD. Decision-making about artificial feeding in end-of-life care: Literature review. *J Adv Nurs*. 2008;63(1):2-14. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04646.x.
20. Collazo Chao E, Girela E. Problemas éticos en relación a la nutrición y a la hidratación: aspectos básicos. *Nutr Hosp*. 2011;26(6):1231-1235. doi:10.3305/nh.2011.26.6.5314.

ANEXO 1

RESULTADOS

PUBMED (Base de datos de carácter clínico)

Estrategia de búsqueda	Resultados	Artículos seleccionados
Terminal care AND nutritional support	136 Abstract; free full text; 10 years 21	<ol style="list-style-type: none">1) Opinions about the new on end-of-life issues in a sample of French patients receiving palliative care2) Parenteral nutrition in patients with advanced cancer: merging perspectives from the patient and healthcare provider.3) The last days of life: symptom burden and impact on nutrition and hydration in cancer patients
Enteral nutrition AND palliative care	217 Abstract; free full text; 10 years 14	<ol style="list-style-type: none">1) A national observational study of the prevalence and use of enteral tube feeding, parenteral nutrition and intravenous glucose in cancer patients enrolled in specialized palliative care2) Enteral vs parenteral nutrition in cancer patients: evidences and controversies
Parenteral nutrition AND palliative care	137 Abstract; free full text; 10 years	<ol style="list-style-type: none">1) Parenteral nutrition at the palliative phase of advanced cancer: ALIM-K study protocol for a randomized controlled trial

	8	
--	---	--

CINAHL (Base de datos de carácter clínico)

Estrategia de búsqueda	Resultados	Artículos seleccionados
Terminally ill AND nutritional support	<p style="text-align: center;">295</p> <p style="text-align: center;">Texto completo; 10 años; tema principal: palliative care, nutritional support, terminal care</p> <p style="text-align: center;">39</p>	<p>1) Decision-making about artificial feeding in end-of-life care: literature review</p> <p>2) Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions and decision making among patients, family and health care staff</p>

Estrategia de búsqueda	Resultados	Artículos seleccionados
Terminally ill AND nutritional support	<p>320</p> <p>Texto completo; Asunto principal: cuidados paliativos, cuidado terminal, enfermo terminal, apoyo nutricional, cuidado al final de la vida</p> <p>8</p>	<p>1) Problemas éticos en relación a la nutrición y a la hidratación</p> <p>2) A discourse analysis of difficult clinical situations in relation to nutrition and hydration during end of life care</p> <p>3) Palliative care – Are there benefits on end – stage-disease-patient nutrition</p> <p>4) El soporte nutricional en la situación de enfermedad terminal. Dilemas éticos</p>
Terminally ill AND nutritional support AND bioethics	<p>9</p> <p>Apoyo nutricional; enfermo terminal; cuidado terminal; bioética</p> <p>6</p>	<p>1) Aproximación al Soporte Nutricional desde una mirada Bioética: Todo lo técnicamente posible, ¿es éticamente admisible?</p>
Palliative care AND nutritional support AND bioethics	<p>7</p> <p>Texto completo</p> <p>4</p>	<p>1) Nutrition, quality of life and palliative care: integrative review</p> <p>2) Bioethics and nutrition in adult patients with cancer in palliative care</p>
Terminally ill AND bioethics	<p>237 Texto completo; asunto principal: bioética, enfermo terminal, cuidado terminal, cuidado al final de la vida</p> <p>73</p>	<p>1) Nursing care in terminally: compliance with principles of bioethics</p> <p>2) Alimentación en pacientes terminales internados y su relación con los principios bioéticos</p>

Terminal cancer AND nutritional support	<p style="text-align: center;">213</p> <p style="text-align: center;">Texto complete; asunto principal: cuidado terminal, cuidado paliativo, nutrición enteral y parenteral, enfermo terminal</p> <p style="text-align: center;">37</p>	<p>1) Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients. A systematic literature review of practices and effects</p>
Parenteral nutrition AND palliative care	<p style="text-align: center;">265</p> <p style="text-align: center;">Texto complete; asunto principal: cuidado paliativo, nutrición parenteral, cuidado terminal, apoyo nutricional, nutrición enteral, cuidados al final de la vida</p> <p style="text-align: center;">62</p>	<p>1) ESPEN: Guidelines on Parenteral Nutrition: Non-surgical oncology</p> <p>2) Nutrition in the palliative care of chronic and life – threatening illness</p>

TOTAL ARTÍCULOS: 20
La gran mayoría de artículos son revisiones bibliográficas

