

Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología

Artículo

Alimentación del paciente de cáncer en fase avanzada y terminal: consideraciones éticas y recomendaciones prácticas.

Ethical and practical recommendations: How to food terminal and advanced stage cancer patents.

Ángela J. Suárez Pérez. Doctor en Ciencias Médicas. Investigador agregado Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología D e/ 29 y Zapata, Vedado, Plaza, Ciudad de la Habana, Cuba. Telefax: 55 25 93 e-mail: ajsuarez@infomed.sld.cu

Resumen

El objetivo fundamental del tratamiento al paciente de cáncer en fase avanzada y terminal es alcanzar la mejor calidad de vida posible. Para ello se requiere una atención integral cuya base científica, filosófica y ética preserve, en el final de la vida, la dimensión humana. La eficiencia y eficacia de la atención depende de cuanto se adapte a las peculiaridades y condiciones concretas de cada paciente. Entre los síntomas que inciden con mayor frecuencia en estos pacientes se encuentra la anorexia, la que tiene consecuencias no sólo físicas sino que afecta otras esferas de la vida personal del enfermo. Se exponen las posibles causas de la anorexia, se plantean algunas consideraciones éticas en torno a la alimentación de estos pacientes y se brindan recomendaciones prácticas encaminadas a lograr un manejo adecuado de la alimentación que contribuya a mantener una calidad de vida aceptable en esta etapa de la vida.

Palabras clave: MÉTODOS DE ALIMENTACIÓN/ ética

Introducción

El enfermo de cáncer, sobre todo en la fase avanzada y terminal, es un enfermo plurisintomático y multicambiante (1-5) que requiere de un enfoque ético dinámico que permita resolver los múltiples dilemas que se presentan durante el proceso de la enfermedad. Cada día impone nuevos retos, que deben ser resueltos sobre la base de los principios fundamentales de la bioética 6-9 y de la continua reflexión, discusión y cambio. La eficacia del tratamiento radica en la adaptación a las peculiaridades y condiciones concretas de cada paciente (10-11). Centrarse en el enfermo como un individuo, respetar su complejidad como ser humano y sus procesos personales, y considerar la dolencia o padecimiento más que la enfermedad (12,13) dota a la intervención asistencial de una dimensión humana.

Entre los múltiples síntomas que inciden en el enfermo en la fase avanzada y terminal, la anorexia es un síntoma frecuente (14-19) . La pérdida del apetito causa sufrimiento al paciente y la familia. El momento de la ingestión de alimentos se transforma en un momento de angustia. Esta situación constituye un dilema para el equipo terapéutico e impone la búsqueda de la mejor solución, entre aquellas posibles y moralmente aceptables, que contribuya a mantener una calidad de vida aceptable, a aliviar el sufrimiento, que evite riesgos al paciente y que respete sus derechos.

Desarrollo

CAUSAS DE LA ANOREXIA

La anorexia que se presenta en el paciente oncológico en fase avanzada y terminal puede tener diversas causas. Estas pueden estar relacionadas directamente con la enfermedad –nauseas, vaciamiento gástrico lento, irritación de la boca o de la garganta, sepsis, dolor, fatiga, deshidratación, estreñimiento, hipercalcemia, hiponatremia, insuficiencia renal o hepática– o deberse a los efectos del tratamiento antitumoral, tanto durante la fase de tratamiento como posterior a este, u obedecer a causas circunstanciales –olor de la comida durante la cocción, exceso de alimentos, dentadura mal ajustada-. Otras

causas de la anorexia pueden estar asociadas a los estados emocionales – ansiedad, depresión - presentes en estos enfermos (15-20).

Lo más frecuente es que coexistan varias causas en un mismo paciente. Si al menos una de las causas es reversible, ya hay alguna posibilidad de beneficio, pero es importante comprender que una anorexia progresiva también forma parte del cuadro natural que conduce a la muerte (15-20).

La anorexia coincide, en general con la caquexia en el llamado síndrome de anorexia-caquexia (15-20). La pérdida de peso es progresiva, no puede explicarse únicamente por la reducción en la ingestión de alimentos y no regresa aún cuando aumenten los niveles de ingestión, ya que parece estar relacionada con una incapacidad para retener las proteínas del tejido muscular. Todo ello conduce a una astenia grave y, finalmente, a la muerte. La anorexia agrava la caquexia pero no es su causa principal.

ALIMENTACIÓN, UN TEMA ÉTICO.

Con relación a la alimentación de los pacientes en fase avanzada o terminal, las discusiones se han centrado, básicamente, en la pertinencia o no de la alimentación artificial y el momento del cese de la misma (21,22). Las opiniones coinciden en no aconsejar la nutrición parenteral en los pacientes en fase terminal, ya que no conlleva a un aumento de peso ni prolonga la vida, y la nutrición enteral, por cualquier vía de acceso, debe utilizarse sólo en aquellos pacientes que puedan beneficiarse de ella, planteándose que en fase terminal resulta de poca utilidad (15,23). Poca atención se ha dedicado, sin embargo, al papel que puede desempeñar un manejo adecuado de la alimentación por vía oral en los pacientes que, en estas fases, sean capaces de ingerir alimentos por esta vía. Comer es un acto natural en el hombre; responde a una necesidad biológica que se concreta en un medio social y cultural que lo particulariza, es uno de los actos más placenteros del ser humano y contribuye de forma importante a la calidad de vida.

El momento de compartir la comida es importante en todas las culturas y en el ámbito familiar constituye, además, un momento de comunicación e

intercambio. Por ello, la alteración del patrón de alimentación que tiene lugar en el paciente avanzado o terminal anoréxico tiene implicaciones no sólo físicas, sino que afecta otras esferas de la vida personal y contribuye a aumentar el displacer subjetivo en el enfermo.

El manejo adecuado de la alimentación de estos pacientes permite no sólo satisfacer las necesidades físicas, sino también brindarles apoyo emocional y manifestar la preservación de la dignidad y de la autonomía del enfermo, contribuyendo a aumentar el bienestar subjetivo de los mismos y a mantener una calidad de vida aceptable.

El cuidado del paciente en fase avanzada y terminal puede tener lugar en el ambiente hospitalario o en su domicilio. En ambos casos debe procurarse que la alimentación se adapte lo más posible a las peculiaridades y condiciones de cada paciente. Todo ello con la base científica, filosófica y ética necesaria sin la cual pueden desarrollarse patrones inadecuados en la práctica y conducir a desarrollar debates idílicos alejados de la realidad (24).

Al adecuar la alimentación a un contexto personal único, que contemple las peculiaridades, necesidades y posibilidades concretas del enfermo, estamos dotando a esta actividad de toda su dimensión humana. Según Kluber-Ross unas cuantas cucharadas de sopa casera pueden hacer más bien al paciente que una infusión intravenosa suministrada en el hospital (11).

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

La atención de un enfermo avanzado o terminal representa una fuerte carga física y emocional para el equipo terapéutico y para los familiares cercanos. Frente a un paciente anoréxico, es frecuente que los familiares y personas que lo atienden reaccionen presionándolo constantemente para que ingiera los alimentos, lo que no sólo no lo beneficia, sino que le causa mayor sufrimiento. La variación en la selección y presentación de los platos, la adecuación a las condiciones específicas y al gusto de cada paciente, el momento del día en que estos se ofertan, entre otros, son elementos básicos para lograr que las comidas constituyan una experiencia agradable para el enfermo. Se plantea

que se debe hacer énfasis en estas características más que en la cantidad o el valor nutritivo de las comidas (15,20).

Elección del menú. Debe ajustarse, dentro de lo posible, a los gustos habituales del paciente, permitiéndole que participe en la elección de los platos del día. La variación es un aspecto importante a lograr. **Sabor.** En los pacientes oncológicos se producen, con frecuencia, alteraciones en las sensaciones olfativas y gustativas que contribuyen a la anorexia. Generalmente, el umbral de reconocimiento para el dulce aumenta y para el amargo disminuye, observándose tendencia al aumento del umbral para el salado y el ácido. Por ello, los sabores dulces y el uso adecuado de especias y condimentos favorecen la ingestión.

Olor. Evitar que los aromas fuertes de las comidas, durante su preparación, sean captados por el enfermo. Cuando existen náuseas, el olor de los alimentos calientes puede agravar los síntomas.

Preparación. Las carnes rojas pueden resultar más apetitosas si se sazonan antes de cocinarlas o se preparan en formas para servir frías, ya que a menudo los pacientes rechazan el sabor amargo. En lugar de carnes rojas se puede ofrecer pescado, aves o queso que son bien tolerados.

Valor nutritivo. Se sugiere que es más importante lograr que el paciente disfrute las comidas que el cumplimiento de recomendaciones nutricionales. Se sugiere favorecer el consumo de alimentos ricos en energía y de poco volumen. **Presentación.** La comida debe presentarse de forma atractiva con variedad de colores y texturas, en dependencia de la situación específica del paciente. **Secuencia de platos.** Los platos deben ofrecerse uno a uno, procurando no poner muchos platos en una sola comida. De esa manera se intimida menos al paciente y la comida mantiene la temperatura y aspecto adecuados. Se sugiere evitar los líquidos durante las comidas y cuando se utilicen elegir los ricos en energía.

Temperatura. La comida debe servirse a la temperatura que corresponde a cada plato. Los platos fríos tienen buena aceptación. Cuando hay lesiones en

la cavidad oral o el esófago, los alimentos blandos y líquidos a temperatura moderada o ambiental disminuyen la disfagia.

Tamaño de la ración. Se recomienda servir porciones pequeñas en platos pequeños.

Frecuencia. Las comidas pequeñas y frecuentes resultan más fáciles de ingerir que las grandes comidas a las horas habituales.

Momento del día. Los pacientes de cáncer manifiestan una disminución de la disposición a ingerir alimentos al avanzar el día por lo que se debe hacer énfasis en la ingestión en el horario de la mañana, al levantarse, con flexibilidad en el horario durante el resto del día. Las comidas se deben realizar en el momento de mejor situación emocional del enfermo.

Entorno. Las comidas deben realizarse en el entorno familiar adecuado y favorable, si es posible, en compañía. El apetito suele mejorar cuando se come acompañado.

Medidas físicas.

1. Posición. Al paciente generalmente le resultará más fácil comer sentado en una silla. De no ser posible se le debe ayudar a mantener una posición lo más cercana posible a ésta, en la cama o buscar otras variantes.
2. Ayudas físicas. Algunos pacientes pueden necesitar utensilios especiales para evitar que los alimentos se derramen, entre otras.

Conclusiones

La adaptación de la alimentación de cada paciente a sus necesidades y posibilidades concretas, tomando en cuenta las anteriores recomendaciones, contribuye a mantener la mejor calidad de vida posible en esta etapa de la vida, dotándola de toda su dimensión humana.

Summary

The main objective of the treatment to the cancer patient in advanced and terminal phases is to reach to the possible best quality of life. For this an integral attention is required, which scientific, philosophical and ethics base preserves, in the end of life, the human dimension. The efficiency and effectiveness of attention depends on how much attention is adapted to each patient's peculiarities and concrete conditions. Among the symptoms that more frequently impact in this patients is the anorexia, that not only carries physical consequences, but rather it anorexia are exposed, some ethical considerations around the feeding of these patients and practical recommendations are offered, guided to achieve an appropriate handling of the feeding that contributes to maintain an acceptable quality of life in this stage.

Key words: FEEDING METODOS/ ethics.

Recibido: 19/6/06

Aprobado: 26/6/06

Referencias bibliográficas

1. Chiu TY, Hu WY, Chen CY. Prevalence and severity of symptoms in terminal cancer patients: a study in Taiwan. *Support Care Cancer* 2000; 8: 311-3.
2. Cheville A. Rehabilitation of Patients with Advanced Cancer. *Cancer Suppl* 2001; 92(4): 1039-48.
3. Gómez Sancho, M. Cuidado paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS; 1994.
4. Twycross R, Lack SA. *Therapeutics in terminal cancer*. Churchill Livingstone. New York. 1990.
5. Bejarano E, Fonnegra I. *Morir con dignidad. Fundamentos de los cuidados paliativos*. Santa Fé de Bogotá: ITALMEX; 1992.
6. Organización Panamericana de la Salud. *Cuidados Paliativos: guías para el manejo clínico*. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 1998.

7. Mitelo L, Rufo F. Bioethics and care: from human rights to quality of care. *Proc Infirm* 2005 5 (2): 83-8.
8. Charlesworth M. Don't blame the "bio"-blame the ethics: varieties of (bio)ethics and the challenge of pluralism. *J Bioeth Inq* 2005; 2(1): 10-7.
9. Woods S. Respect for persons, autonomy and palliative care. *Med Heart Care Philos* 2005; 8(2): 243-5.
10. Singer A, Todkill AM. Bioethics for clinicians: continuing the series. *Can Med Assoc J* 2000; 163: 863.
11. Suardíaz J. Se puede ayudar a vivir la muerte? Reflexiones sobre el final de la vida. *Bioética* 2002; 3(3): 17-20.
12. Chacón M, Romero T, Grau J, et al. Reflexiones en torno a los problemas éticos bioéticos en el cuidado del paciente con cáncer en Cuba. *Rev Cubana Oncol* 1996; 12(1): 7-15.
13. Schraman FR. Death and finitude in our society: implications in palliative care education. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2002; 48 (1): 17-20.
14. Redondo B, Chacón M, Grau J et al. Evaluación de la sintomatología más frecuente en el paciente oncológico en fase terminal. *Rev Cubana Oncol* 1998; 14(2): 83-6.
15. Organización Mundial de la Salud. Alivio de los síntomas en el enfermo terminal. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1999.
16. Plonk WM, Arnold RM. Terminal care: the last weeks of life. *J Palliat Med* 2005; 8(5): 1042-54.
17. Bachmann P, Marti-Massoud C, Blanc-Vincent MP et al. Standards, options and recommendations: nutritional support in palliative or terminal care of adult patients with progressive cancer. *Bull Cancer*. 2001 88(10): 985-1006.
18. Karthaus M, Frieler F. Eating and drinking at the end of life. Nutritional support for cancer patients in palliative care. *Wien Med Wochenschr*. 2004; 154(9-10):192-8.

19. Krech R, Walsh D. Symptoms of pancreatic cancer. *J Pain Symptom Manage* 1991; 6: 360-7.
20. Krause MV, Mahan LK. *Food, Nutrition and Diet Therapy: A Textbook of Nutritional Care*. WB Saunders. Philadelphia. 1984.
21. Levy MH, Winstein SM, Carducci MA. Palliative Care. *Cancer Control* 8(6) Suppl 2001; 2: 66-71.
22. Griego LM, Bejerano P. *Morir con dignidad. Fundamentos del cuidado paliativo: atención interdisciplinaria del paciente terminal*. Bogota: ITALMEX; 1992.
23. Gabaldón F. *Soporte nutricional en medicina crítica*. Venezuela: Universidad de los Andes; 1997.
24. Rogés R, Martín T, Notario C, Bello J. Individualismo. *Reflexiones* 2002; 3 Diciembre.