

"Cuestiones éticas alrededor de la hidratación y nutrición del paciente anciano y al final de la vida: casos clínicos"

## Adecuación del Esfuerzo e hidratación en el final de vida

**Dra Yolanda Zuriarrain Reyna**  
yzreyna@lagunacuida.org

## Conceptos:

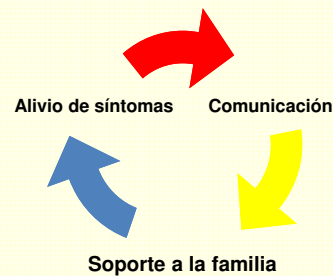
### 1-Cuidados paliativos:

La SECPAL define los cuidados paliativos como un **enfoque integral** que mejora la **calidad de vida** de pacientes con enfermedades avanzadas, progresivas e incurables, a través de:

- El control de síntomas,
- La atención a las necesidades emocionales, sociales y espirituales
- El apoyo a la familia y cuidadores.

## Cuidados paliativos: una alternativa eficaz al Sufrimiento en la Enfermedad

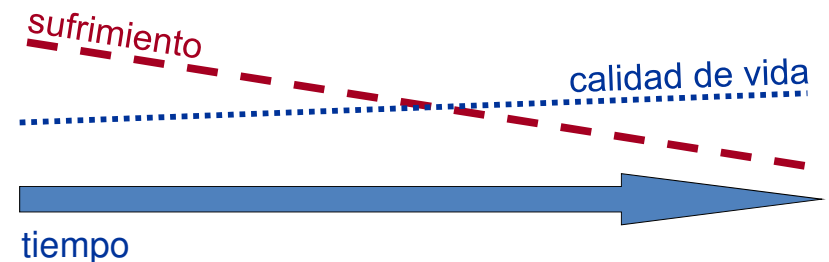
- Con una **base científica**
- Utilizando la **valoración y la planificación de los cuidados**
- Desde un **equipo Interdisciplinar**
- Basados en la **coordinación de profesionales**



## 2 Objetivos de los Cuidados Paliativos

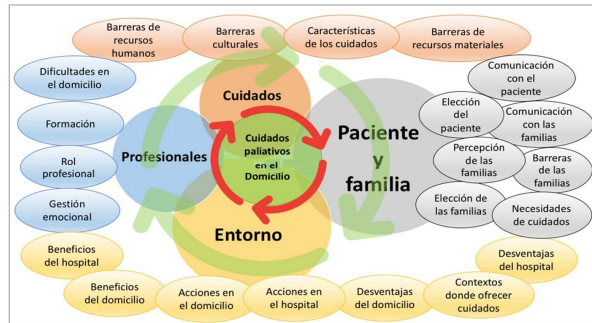
- Rescate de la mejor calidad de vida posible
- Alivio del sufrimiento

Sepulveda C, et al. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. JPSM 2002; 24 (2): 91-6.



## Dificultades de los Cuidados paliativos Hospitalarios/ Domiciliarios

La medicina paliativa en el contexto hospitalario ha jugado un rol vital en el alivio del dolor y otros síntomas en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas. Sin embargo, el enfoque en a menudo se centra exclusivamente en la **enfermedad**, dejando de lado las **dimensiones emocional, social y espiritual** del cuidado. Este modelo tecnificado, aunque efectivo en el manejo de síntomas físicos, puede **deshumanizar la atención** al tratar al paciente como un conjunto de síntomas en lugar de **una persona integral**.



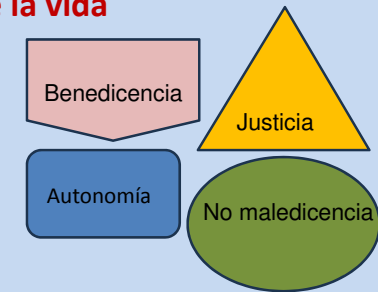
- La **dignidad** es una cualidad intrínseca de la persona, que deberíamos **mantener y respetar** hasta el momento de la muerte.
- El establecimiento de un **acuerdo de prioridades y objetivos** con el paciente y la familia, es importante para restablecer y mantener la confianza.
- El **alivio de síntomas** y el mantenimiento del **apoyo psicosocial** favorecen la muerte digna y **previenen el duelo** patológico en la familia.

Valentin V., Síntomas al final de la vida. Psicología 2004

## Conceptos:

### 2.- Principios bioéticos que deben guiar la toma de decisiones en el final de la vida

- 2.1- Autonomía del paciente
- 2.2. Beneficencia
- 2.3. No maleficencia
- 2.4. Justicia



### 3-Situación de últimos días:

- La **Agonía** aborda los últimos **2-3 días** de vida aunque a veces **este periodo es más largo**, de ahí que sea mejor utilizar el término de **Situación de Últimos Días (SUD)**
- Es un **Proceso** por lo que **no** podemos predecir de forma exacta la hora en la que va a ocurrir aunque **si** podemos y debemos anticiparnos a los **múltiples síntomas que aparecen en esta etapa**.



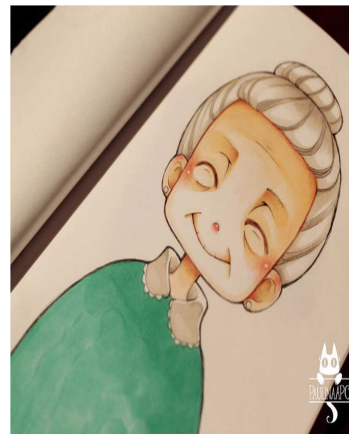
## Adecuación del Esfuerzo terapéutico( SECPAL)

La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) es la adaptación de las medidas diagnóstico-terapéuticas que se indican a un paciente, de acuerdo con su situación clínica y pronóstico.

Supone aceptar la irreversibilidad de una enfermedad o situación clínica y la conveniencia de suspender o no iniciar tratamientos que tengan escasa posibilidad de éxito o cuya finalidad única sea prolongar la vida biológica, sin posibilidad de recuperación funcional o de mantener una calidad de vida mínima.

### Caso Clínico de AET:

María es una paciente de 85 años, diagnosticada hace ocho años de enfermedad **de Alzheimer**, actualmente en fase muy avanzada (GDS 7). En los últimos meses ha sido remitida a Urgencias de forma repetida por episodios **de broncoaspiración** en contexto de disfagia, tratándose en cada ocasión con antibioterapia parenteral. En cada ingreso, María ha presentado episodios de **síndrome confusional, con cuadros de agitación psicomotriz de difícil control, y ha desarrollado una úlcera por presión en sacro**. Su equipo de atención primaria tiene **dudas acerca de cómo actuar** de cara a próximas descompensaciones...



## ¿Qué implicaciones éticas tiene la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico?

- La AET supone un abordaje ético al entrar en juego el **valor de la vida del paciente**.
- Se basa en los **4 principios éticos**:
  - **No maleficencia** (no es adecuado indicar procedimientos contraindicados para el paciente)
  - **Justicia** (buen uso de los recursos, evitando las medidas fútiles)
  - **Autonomía** (información y consenso con el paciente)
  - **Beneficencia** (valoración integral del paciente, respetando su dignidad y calidad de vida).

## ¿Qué implicaciones éticas tiene la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico?

- El profesional debe **recabar toda la información posible sobre su situación**, identificar las distintas opciones, reflexionar sobre ellas y optar por las 3 más prudentes.
- Exige acordar con el paciente los **objetivos terapéuticos**, explicándole las medidas que claramente **no están indicadas** y consensuando con él las **dudosas**.
- Aunque suele ser más difícil para el clínico **suspender tratamientos que no iniciarlos**, ambas opciones son correctas desde el punto de vista ético.
- Es imprescindible dejar constancia en la **historia clínica** del paciente de todas las decisiones tomadas

## ¿Qué diferencia hay entre AET y Eutanasia?

Aunque antes se conocía la AET o LET como “**eutanasia pasiva**”, hoy en día ese término no es adecuado, porque da pie a confundir conceptos claramente diferenciados: **La AET no solo está recomendada, sino que, además, es un indicativo de buena práctica médica.**

Aunque en ocasiones el resultado final de **la AET** sea el **fallecimiento** del paciente, esto es resultado de la evolución natural de su **enfermedad**. Sin embargo, en **la eutanasia**, el propósito es producir el fallecimiento del paciente, tras petición expresa y reiterada de este, mediante la **administración deliberada de fármacos**.



## ¿Qué dificultades supone la AET ?

- Con frecuencia, encontramos **dificultades** a la hora de realizar una adecuación del esfuerzo terapéutico, tanto por parte de:
- **Pacientes y familiares** (visión de la enfermedad y la muerte como un tabú, falta de información de su situación, negación del pronóstico, defensa de la sacralidad de la vida por encima de todo...),
- **Profesionales** (vivencia de la muerte como un fracaso, actitud evitativa a la hora de afrontar conversaciones difíciles, falta de formación en cuidados paliativos y bioética...).
- Para salvar estas barreras, **es fundamental la formación a los profesionales y la divulgación a la comunidad.**



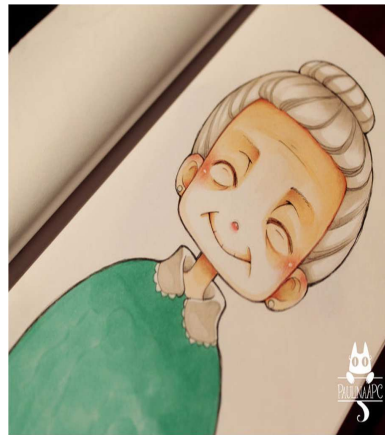
## ¿Qué consecuencias tiene no realizar una AET?

- Si no se adecúa el esfuerzo terapéutico cuando está indicado, se producirá la “**obstinación terapéutica**”, que es :
- *“La adopción de medidas diagnósticas o terapéuticas, generalmente con objetivos curativos no indicados en fases avanzadas, de manera desproporcionada, o el uso de medios extraordinarios o de tratamientos no indicados con el objeto de alargar innecesariamente la supervivencia en la situación de final de vida”.*
- Las **consecuencias** de la obstinación terapéutica son:
  - **Sufrimiento** del paciente , familiares y profesionales
  - El **uso inadecuado de recursos**.



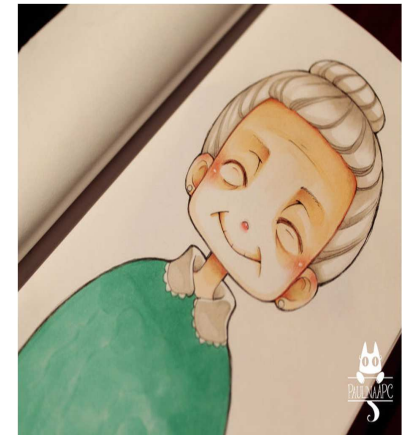
## Caso Clínico de AET:

El equipo de atención primaria decide reunirse para comentar el caso de María, haciendo un diagnóstico situacional y valorando las posibles opciones. Están de acuerdo en que no están indicadas medidas agresivas, como ventilación mecánica o ingreso en cuidados intensivos, y que los traslados repetidos a Urgencias están suponiendo un perjuicio para ella. Se plantean como opciones prudentes optimizar las recomendaciones sobre disfagia (adecuación de la dieta, medidas posturales)..



## Caso Clínico de AET:

Posteriormente el equipo se reúne con Ana, hija única de María, informando de la situación, explicando las opciones desestimadas por ausencia de beneficio y planteándole las distintas alternativas. Al explorar los valores y preferencias de la paciente a través de su hija, Ana comenta que su madre no quería que se le realizaran medidas que pudieran alargar su situación. De acuerdo con ella, se decide finalmente probar con los ajustes dietéticos (textura de la dieta, espesantes) y medidas posturales, activar el equipo domiciliario de cuidados paliativos y priorizar control de síntomas y confort ante un nuevo episodio de broncoaspiración.



## Beneficios de la AET:



- 1. Mejora de la calidad de vida:** La adecuación del esfuerzo terapéutico busca garantizar que los tratamientos médicos y las intervenciones terapéuticas se ajusten a las necesidades y deseos del paciente, priorizando su comodidad, bienestar emocional y calidad de vida en sus últimos días.
- 2. Respeto a la autonomía:** Al permitir que los pacientes ancianos participen en las decisiones sobre su atención al final de la vida, se respeta su autonomía y se les da la oportunidad de expresar sus preferencias, valores y metas personales en relación con su tratamiento.

## Beneficios de la AET:



- 3. Evitación de tratamientos fútiles:** La adecuación del esfuerzo terapéutico implica evitar tratamientos agresivos o invasivos que puedan ser fútiles o causar más sufrimiento que beneficios al paciente anciano en el final de la vida. En su lugar, se priorizan intervenciones que mejoren la calidad de vida y alivien los síntomas.
- 4. Reducción de la sobrecarga del sistema de salud:** Al tomar decisiones basadas en la adecuación del esfuerzo terapéutico, se evita el uso excesivo de recursos sanitarios en tratamientos innecesarios, permitiendo una distribución más equitativa y eficiente de los recursos disponibles en el sistema de salud.



## HIDRATACIÓN AL FINAL DE LA VIDA ¿ES NECESARIA O NO?

La hidratación es considerada una **necesidad básica** para el organismo humano. El agua es esencial para mantener la vida y el funcionamiento adecuado de nuestro organismo.

En este sentido, la hidratación se considera más como una **necesidad básica que como un tratamiento**. El agua desempeña funciones fundamentales en nuestro cuerpo como:

- Regular la temperatura
- Transportar nutrientes y desechos
- Lubricar las articulaciones, ayudar en procesos metabólicos
- Mantener la hidratación de las células.



En el contexto de los cuidados paliativos y en el final de la vida, el manejo de la hidratación es un aspecto importante para considerar, pero siempre **teniendo en cuenta las preferencias y necesidades individuales del paciente**.

## Revisión de la evidencia: fluidoterapia en SUD

Existe escasez de **evidencia científica** sobre la hidratación en pacientes al final de la vida, siendo un tema complejo y en constante evolución.

Existen diversos estudios que han explorado los efectos de la hidratación en pacientes paliativos, con la administración de líquidos iv y oral:

### 1. Hidratación intravenosa en pacientes terminales:

En la **revisión Cochrane de 2008**, solo 5 estudios de buena calidad y son insuficientes para hacer recomendaciones para la práctica paliativa.

Algunos estudios han demostrado que en pacientes terminales con deshidratación leve o moderada **no siempre proporciona beneficios claros en términos de alivio de síntomas, calidad de vida o supervivencia**.

En algunos casos, puede llevar a **complicaciones como la sobrecarga hídrica, edema y dificultades para la eliminación de líquidos**.

En otros estudios hay apoyo de que **mejora los síntomas neurocognitivos asociados con el déficit de fluidos (sedación, mioclonías)**

## Revisión de la evidencia: fluidoterapia en SUD

J Clin Oncol 2013

VOLUME 31 | NUMBER 1 | JANUARY 1, 2013  
**JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY** ORIGINAL REPORT

**Parenteral Hydration in Patients With Advanced Cancer: A Multicenter, Double-Blind, Placebo-Controlled Randomized Trial**  
 Eleanor Davies, David Fox, Shalini Datta, Isabel Torres-Vigil, Joseph Trumble, Joseph Booth, Susan Kravitz, Carol Strickland, Kenneth Unger, J. Lynn Palmer, Julio Alza, Susan Pribaz-Hume, and Kenneth Tarlton

**ABSTRACT**

**Purpose:** The best practice of patients with cancer at the end of the disease parenteral hydration in hospitals and no hydration in hospices, with limited evidence supporting either practice. In this randomized controlled trial, we determined the effect of hydration on symptoms associated with dehydration, quality of life, and survival in patients with advanced cancer.

**Patients and Methods:** We randomly assigned 129 patients with cancer from six hospices to receive parenteral hydration (normal saline, 1 L per day or placebo [normal saline 500 mL, one daily] over 4 hours. The primary outcome was change in the sum of four dehydration symptoms (thirst, myalgia, sedation and hallucinations, 0 = best and 40 = worst possible) between day 0 and baseline. Secondary outcomes included Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), Memorial Deterioration Assessment Scale (MDAS), Nursing Delirium Screening Scale (NuDESC), Unified Myoclonus Rating Scale (UMRS), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACT-F), Delirium Assessment Scale, incontinence scale, and overall survival. Intention-to-treat analysis was conducted to examine the change by day 4 ± 2 and day 7 ± 2 between groups.

**Results:** The hydration (n = 63) and placebo (n = 66) groups had similar baseline characteristics. We found no significant differences between the two groups for change in the sum of four dehydration symptoms (-2.3 v -2.6, P = .7), ESAS all nonpainful items (1 v 2.3, P = .68), NuDESC (0 v 0, P = .13), and UMRS (0 v 0, P = .54) by day 4. Results for day 7, including FACT-F, were similar. Overall survival did not differ between the two groups (median, 21 v 19 days, P = .32).

**Conclusions:** Hydration vs 1 L per day did not improve symptoms, quality of life, or survival compared with placebo.

J Clin Oncol 31:111-118. © 2012 by American Society of Clinical Oncology

**ECA de Bruera y cols.** La hidratación parenteral de 1 litro al día en pacientes en situación de últimos días **No** mejora síntomas, calidad de vida o supervivencia comparada con placebo

N: 129 pacientes, supervivencia de 2-3 semanas, hidratación 4horas/al día y valoración a los 4 +/- 2 días.

## Revisión de la evidencia: fluidoterapia en SUD

Estudios publicados en la revista "Palliative Medicine" en 2018 y "Palliative and Supportive Care" en 2019 Encontraron que **la evidencia existente es limitada y no concluyente, destacando la importancia de evaluar cada situación de forma individualizada, considerando los beneficios y riesgos de la hidratación intravenosa en cada caso en las últimas 3 semanas de vida.**

2. **Hidratación oral y cuidados paliativos:** La hidratación oral se considera generalmente **segura y efectiva** en pacientes paliativos al final de la vida, especialmente cuando se utiliza para **aliviar la sed y mejorar el confort del paciente**. Es importante **fomentar una adecuada ingesta de líquidos y ofrecer alternativas** como *hielo, sorbetes o piruletas bucales* para mantener la hidratación y el confort del paciente.



## Argumentos sobre la Sueroterapia en la SUD

### Argumentos

#### A favor

- La deshidratación produce confusión, incapacidad de descansar e irritabilidad neuromuscular.
- Mas confortable si reciben la hidratación adecuada. Porque no dar sc/iv ,si se les hidrata oralmente, al tener sed.
- Presión familiar: suspenderla puede ser visto como un abandono del paciente.
- Mas confortables si reciben la hidratación adecuada.

#### En contra

- Aumento de la diuresis: riesgo de globo vesical y aumento de movilizaciones para orinar y lavado posterior.
- Aumento de secreciones pulmonares (aumento de disnea y estertores).
- Aumento de secreciones digestivas : nausea, vómitos, aspiraciones.
- Aumento del edema, ascitis, derrame pleural si lo hubiera.
- Puede producir descenso del nivel conciencia y por tanto menos sufrimiento.

## Hidratación al final de la vida

La recomendación de las Guías de Práctica clínica es **individualizar las decisiones** sobre hidratación al final de la vida teniendo en cuenta **la opinión del paciente y sus familiares y las necesidades clínicas**



## Conclusiones

- Cada paciente es único y requiere una **evaluación individualizada de su situación clínica, necesidades y preferencias** en cuanto a la hidratación.
- Es importante considerar **Factores** como:
  - La capacidad de ingesta oral
  - La presencia de síntomas como la sed,
  - La presencia de deshidratación clínica
  - La comodidad del paciente al recibir líquidos.



**Muchas Gracias por vuestra  
atención**

