



## CASO: NUTRICIÓN PACIENTE ONCOLÓGICO

### CASE: NUTRITION IN ONCOLOGICAL PATIENT

TERESA GARCÍA GARCÍA

*Hospital General Universitario Morales Meseguer*

*Hematología y Oncología Médica*

*Avda. Marqués de Los Vélez, s/n. 30008 Murcia*

*tggarc@gmail.com*

#### 1. Descripción del caso clínico

Paciente varón de 45 años diagnosticado hace 1,5 años de carcinoma indiferenciado de recto, tratado con quimioterapia, quimio-radioterapia, cirugía con hallazgo de metástasis peritoneales con resección incompleta, y otras dos líneas de quimioterapia, sin respuesta al tratamiento y con progresión peritoneal causante de suboclusiones intestinales repetidas con desnutrición evidente, por lo que ha iniciado hace tres meses nutrición parenteral intermitente (ingreso hospitalario tres noches por semana), con mejoría clínica y cierta ganancia de peso.

Ingresa en el Hospital por dolor en flanco y miembro inferior izquierdo, y la TAC muestra una gran absceso en el psoas izquierdo e implantes peritoneales múltiples con asas de intestino delgado dilatadas en múltiples puntos, lo que indica atrapamiento en varios niveles por la enfermedad peritoneal. Al ingreso se realiza drenaje radiológico del absceso, se administra tratamiento antibiótico y analgésico y se indica nutrición parenteral total, además de la alimentación vía oral que tolere, que es escasa.

La evolución es tórpidas, con inicial mejoría pero sin acabar de resolverse el absceso, y con progresiva instauración de obstrucción intestinal completa, que provoca náuseas y vómitos continuos, más llevaderas éstas que

los vómitos. A lo largo del ingreso cada vez va siendo más evidente que el paciente no va a salir del Hospital por la imposibilidad de prestarle en casa la atención que requiere, y que la esperanza de vida es de varias semanas en el mejor de los casos. Mantiene un nivel de conciencia completamente normal, y un estado general progresivamente peor, con hipoproteinemia y edema generalizado.

En un momento de la evolución nos planteamos la continuidad de la nutrición parenteral, que aporta un elevado volumen de líquido, lo que empeora los edemas. Sin embargo el paciente está consciente, sin dolor, débil pero con buen control de síntomas, y absolutamente cerrado a hablar de la situación. Tras comentar el caso entre los facultativos responsables, y con ciertas dudas, se llega a la conclusión de que la nutrición parenteral únicamente está alargando el proceso final, y de acuerdo con la familia se decide suspenderla, dejando una pequeña cantidad de suero glucosado en infusión diaria. El paciente mantiene la sonda nasogástrica y la imposibilidad de alimentación enteral. Transcurre así casi una semana, sin mejoría ni empeoramiento. El fin de semana el médico responsable del paciente, en vista de que el desenlace no parece inminente, decide reinstaurar la nutrición parenteral. Esa noche, el paciente sufre un edema agudo de pulmón y fallece a las 24 h.

## 2. Consideraciones éticas

Se trata de un paciente diagnosticado de una enfermedad neoplásica incurable, en situación irreversible, sin más posibilidad de tratamiento específico. Por complicaciones de la enfermedad que dificultan la alimentación enteral, lleva meses dependiendo de alimentación por vía intravenosa tres noches por semana. Ingresa por una complicación que parece solucionable, en una situación que no parece de muerte inminente, por lo que está indicado el tratamiento básico de la complicación, y el soporte mínimo necesario, que incluye en este enfermo la nutrición parenteral. En otros casos de enfermedad avanzada incurable e irreversible con poca expectativa de vida la nutrición parenteral se considera un medio desproporcionado (requiere vía intravenosa central, ingreso continuo, análisis repetidos para ajustar el aporte de glucosa y electrolitos, el riesgo de infección es elevado y también lo es el coste). Pero en este enfermo concreto, cuya alimentación oral es insuficiente, este tipo de nutrición se ha considerado justificado desde unos meses antes.

A lo largo del ingreso, con empeoramiento progresivo y expectativa de vida decreciente, así como inicio de efectos secundarios adversos por la misma nutrición, parece justificado retirarla, considerando que esta retirada no será la causa de la muerte. Pero ante la cronificación de la situación, y sin posibilidad de vía oral, nos planteamos el problema ético de que realmente llegue a morir por falta de alimentación, y -con dudas- decidimos reinstaurarla. Por otra parte, ni el enfermo ni la familia se han pronunciado acerca de este tema, ni han manifestado ningún deseo de acortar el proceso (lo cual probablemente no cambiaría el planteamiento ético del caso, pero al menos daría cabida a tener en cuenta los deseos y valores del paciente).

Esto da lugar a una sobrecarga hídrica que, junto a la extrema debilidad y resto de circunstancias, finalmente conduce al encharcamiento pulmonar y a la muerte.

Pensamos que la decisión fue adecuada, tanto en el momento de la retirada como el de la reinstauración de la nutrición parenteral. Aunque retrospectivamente, de haber sabido que reiniciarla precipitaría el desenlace, o que la expectativa de vida era tan corta, no lo habríamos hecho.