

Dimensión ética de la nutrición e hidratación artificial en los pacientes terminales

Miguel Ângelo Basto Clemente de Oliveira e Magalhães¹, Maria Paula Correia Ribeiro da Costa e Silva², Ivone Maria Resende Figueiredo Duarte¹

1. Universidade do Porto, Porto, Portugal. 2. Instituto Português de Oncologia, Porto, Portugal.

Resumen

Dada la insuficiente evidencia científica, las decisiones sobre el uso de la nutrición e hidratación artificiales en los pacientes terminales constituyen un importante dilema ético. Se identifica un conflicto entre las perspectivas de “tratar” y “cuidar”, con variaciones en su uso según el contexto legal y cultural de los diferentes países. El objetivo de este estudio es dilucidar si esta práctica constituye una medida de atención básica o un tratamiento fútil y desproporcionado. Se realiza una revisión de las directrices y códigos deontológicos de diferentes países europeos. En Portugal, Italia y Polonia, se considera esta práctica como una medida de atención básica; mientras que en países como Francia, Inglaterra, Noruega, Irlanda, Alemania, Finlandia, Holanda, Bélgica y Suiza, se considera un tratamiento fútil. En Rumanía, Croacia y Hungría, el marco ético y jurídico es insuficiente. Las diferencias en el tratamiento de los pacientes terminales pueden reflejar diferentes perspectivas culturales.

Palabras clave: Alimentación artificial. Fluidoterapia. Fin de la vida. Ética médica. Código de ética. Medicina. Deontología.

Resumo

Dimensão ética da alimentação e hidratação artificiais no doente terminal

Dada a insuficiente evidência científica, decisões relativas à utilização de nutrição e hidratação artificiais em pacientes terminais configuram um importante dilema ético. Identifica-se um conflito entre as perspetivas de “tratar” e “cuidar”, com variação quanto a sua utilização conforme o contexto legal e cultural de diferentes países. O intuito deste estudo é esclarecer se essa prática constitui uma medida de cuidado básico ou um tratamento fútil e desproporcionado. Procede-se a uma revisão das diretrizes e dos códigos deontológicos de diferentes países europeus. Em Portugal, na Itália e na Polónia, tal prática é vista como uma medida de cuidado básico; já em países como França, Inglaterra, Noruega, Irlanda, Alemanha, Finlândia, Holanda, Bélgica e Suíça, é considerada um tratamento fútil. Na Romênia, na Croácia e na Hungria, verifica-se um enquadramento ético e legal insuficiente. As diferenças de abordagem a doentes terminais podem ser reflexo das diferentes perspetivas culturais.

Palavras-chave: Alimentação artificial. Hidratação. Fim de vida. Ética médica. Código de ética. Medicina. Deontologia.

Abstract

Ethics, artificial nutrition, and hydration in terminal patients

Given the lack of scientific evidence, decisions regarding the administration of artificial nutrition and hydration in terminally ill patients constitute an important ethical dilemma due to the conflict between “treat” and “care” perspectives and the varying usage depending on the legal and cultural background across countries. This study aims to explain whether this practice configures a basic care intervention or a futile medical treatment. Therefore, we review the national guidelines and codes of ethics from several European countries. Countries such as Portugal, Italy, and Poland view it as a basic care intervention, whereas France, England, Norway, Ireland, Germany, Finland, Netherlands, Belgium, and Switzerland, as a medical treatment. Moreover, countries such as Romania, Croatia, and Hungary lack such legal framework. The different approaches regarding the care of terminally ill patients can reflect differences on cultural perspectives.

Keywords: Artificial feeding. Fluid therapy. End of life. Ethics, medical. Code of ethics. Medicine. Deontology.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Los pacientes al final de la vida reúnen una serie de características y necesidades particulares, y las decisiones acerca del tratamiento adecuado para ellos pueden resultar bastante difíciles, ya que implican dilemas éticos y diferentes opiniones entre los profesionales de la salud. En este contexto, uno de los temas que ha sido especialmente controvertido en los cuidados paliativos es el tema de la nutrición e hidratación artificiales (NHA)¹.

La progresiva disminución de la ingesta oral de alimentos y líquidos que evidencian estos pacientes a medida que se acerca la muerte constituye una de las características del síndrome de anorexia-caquexia, una condición muy común en pacientes al final de la vida, afectados por enfermedades crónicas avanzadas, tales como enfermedades neoplásicas y demencia terminal². Esta reducción también puede constituir una causa importante de estrés para los pacientes, familiares y profesionales de la salud que cuidan al paciente². De hecho, cuando los pacientes con una enfermedad terminal pierden la capacidad de mantener una ingesta oral adecuada, pronto se hace presente la cuestión del hambre y de la eventual muerte³.

Tanto la alimentación como la hidratación tienen un significado importante en la vida humana y abarcan dimensiones físicas, pero también psicológicas, sociales, culturales y, aun, espirituales⁴. Por ejemplo, la alimentación de los niños y de las personas enfermas es un instinto humano importante, que a menudo es difícil de reprimir. “Si no nos alimentamos, morimos” se asume como una verdad elemental, transversalmente conocida y sentida. A su vez, lo contrario, es decir, “las personas que están al borde de la muerte a menudo no se alimentan”, aunque también es verdad, no es tan conocido, y, sobre todo, es mucho más difícil de aceptar⁴.

Ante la anorexia evidenciada por los pacientes al final de la vida, muchos profesionales sienten la necesidad de presionar a los pacientes para que ingieran alimentos o líquidos. Si no es posible alimentar e hidratar a los pacientes de esta forma, muchos cuidadores exigen que estos pacientes sean alimentados a toda costa⁴.

Esto plantea la cuestión de si iniciar o no la NHA en pacientes al final de la vida. El objetivo de este estudio es aclarar si esta práctica constituye una medida de cuidado básico o un tratamiento fútil y desproporcionado. Para lograr

este objetivo, se procede a una revisión de las directrices y de los códigos deontológicos de diferentes países europeos.

Pacientes al final de la vida

Disminución de la ingesta oral

Entre las diferentes causas de la disminución de la ingesta oral en estos pacientes, se encuentran el síndrome de anorexia-caquexia y la pérdida de interés por la comida y la bebida, por ejemplo, por cambios en el gusto, problemas en la deglución o digestión o simplemente por la ausencia de la sensación de hambre. De hecho, la pérdida del apetito y del interés por los alimentos es parte del proceso fisiológico de la muerte^{4,5}.

Esta anorexia suele asociarse a un cuadro de caquexia, con pérdida ponderal relacionada con una reducción de la masa muscular y del tejido adiposo⁶. En pacientes terminales, la caquexia se considera actualmente refractaria al tratamiento⁷ y se asocia con una respuesta inflamatoria y un estado catabólico general, lo que resulta en una pérdida ponderal persistente, con deterioro funcional, requiriendo incluso un abordaje dirigido a reducir la ingesta oral de los pacientes⁷. En una etapa avanzada, no existe evidencia de que el tratamiento de este síndrome, incluso si se realiza de forma eficaz, tenga un impacto en la supervivencia de los pacientes⁷. Dicho esto, el objetivo del tratamiento en estos casos debe ser principalmente aliviar los síntomas, y no revertir los déficits nutricionales⁶.

Es importante que los médicos reconozcan cuando un paciente se acerca al final de la vida y comprendan que muchos síntomas o complicaciones pueden no ser reversibles. Asimismo, es necesario transmitirlo a los familiares y cuidadores, para alinear sus expectativas respecto a la realidad de la condición del paciente⁷.

Métodos de administración de NHA

La nutrición artificial (NA) se puede administrar a través de sondas nasogástricas (SNG) o nasoduodenales, gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), colocación quirúrgica de una sonda de alimentación a nivel del duodeno o yeyuno y,

finalmente, nutrición parenteral (NP)⁸. Los métodos de hidratación artificial (HA) incluyen el uso de hipodermocclisis o hidratación intravenosa⁸.

Encuanto al beneficio nutricional obtenido, no existen diferencias entre la administración realizada por vía enteral o parenteral⁹. Sin embargo, es importante tener en cuenta que existe una distinción entre ellas en cuanto al riesgo de complicaciones¹⁰. Una de las ventajas de utilizar la vía enteral es el menor coste asociado, además de que supone un menor riesgo para el paciente, ya que la colocación de vías centrales aumenta el riesgo de sepsis y embolia gaseosa⁸.

Por lo tanto, cuando aún existe intestino funcional, se debe optar por la vía enteral⁸. Si no se dispone de esta alternativa, es imprescindible utilizar la vía intravenosa para la administración de nutrición artificial, mientras que la hidratación se puede realizar por vía subcutánea, además de la vía intravenosa⁹.

En cuanto a la HA, la hipodermocclisis ha sido un método ampliamente utilizado en pacientes ancianos a lo largo de las últimas dos décadas⁸. Consiste en administrar líquidos por vía subcutánea y es el método preferido frente a la administración de líquidos por vía intravenosa, ya que se considera más seguro, más eficaz y tiene menos costes asociados⁸. Estos riesgos normalmente están asociados con reacciones locales, como edema o infección⁸.

Rara vez se recomienda el cateterismo central o periférico con el único fin de proporcionar hidratación intravenosa en pacientes al final de la vida⁸. Sin embargo, si esta vía ya está disponible por otras razones, la vía intravenosa para la administración de líquidos es la vía preferida⁸.

Principios éticos

Aplicación al tema de la NHA

Con respecto al uso de NHA en el paciente terminal, surgen varias cuestiones éticas pertinentes. Es importante discutir y reflexionar sobre el tema, con base en los cuatro principios éticos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia¹¹.

El respeto al principio de beneficencia implica que la decisión se toma con base en el interés superior del paciente, teniendo en cuenta su

contexto clínico¹¹. Por lo tanto, el primer punto que establecer debe ser si la actitud del profesional será beneficiosa o no para el paciente en cuestión.

A su vez, el principio de no maleficencia se refiere a evitar intervenciones que puedan causar daño al paciente¹¹. Es decir, los daños causados por las intervenciones médicas solo podrán ser aceptables si los beneficios superan inequívocamente los riesgos.

Comenzando por aplicar estos dos principios al tema de la NHA, es importante mencionar que si bien existen escasas evidencias sobre los beneficios de la NA en pacientes terminales, es importante considerar que tanto la nutrición enteral como la parenteral constituyen procedimientos invasivos, que pueden dar lugar a diversas complicaciones y, en consecuencia, influir negativamente en el confort y en la calidad de vida del paciente¹².

No hay evidencia que demuestre una relación significativa entre la administración de NHA en los últimos días de vida y una mejor calidad de vida o una mayor supervivencia en este grupo de pacientes⁷. Algunos estudios sugieren que el uso de NHA no se asoció con una mejora en el estado nutricional, con la reducción de los marcadores inflamatorios, con la prevención de la neumonía por aspiración, con la reducción de la incidencia de úlceras por presión o con la reducción de las hospitalizaciones¹³.

En el caso de la SNG, dado que se trata de un método de alimentación incómodo, puede agravar o precipitar la aparición de cierta agitación psicomotriz, y, en ocasiones, hace que sea necesario aplicar medidas de contención física o química, para evitar la exteriorización de la sonda por parte del paciente¹⁴. El hecho de que el paciente esté inmóvil puede aumentar el riesgo de incidencia de úlceras por presión¹⁴. También existe la posibilidad de complicaciones locales y de infección en el sitio de inserción de la PEG¹³, así como obstáculos asociados a la presencia de un catéter central, tales como infección, hemorragia o trombosis¹². Estos, junto con los cambios en la imagen corporal, constituyen un conjunto de factores que contribuyen al malestar asociado a los métodos de NA⁷.

A diferencia de la NA, que generalmente no se recomienda en los últimos días de vida, la decisión de hidratar a los pacientes al final de la vida ha sido objeto de más debates⁷.

En el caso particular de la HA, una revisión de Cochrane del 2014, realizada con el objetivo de determinar los efectos de la HA en la mejora de la calidad de vida y en el aumento del tiempo de supervivencia en pacientes en cuidados paliativos, concluyó que no había suficientes estudios de buena calidad para que se pudieran dar recomendaciones definitivas al respecto¹⁵.

La asociación entre la existencia de síntomas y la presencia de deshidratación al final de la vida está envuelta en cierta controversia. Si bien algunos estudios asocian la disminución de la ingesta de líquidos con un importante impacto sintomático¹⁶, otros consideran que la relación entre el estado de hidratación del paciente y la observación de los síntomas no es significativa¹⁷. Por ejemplo, el síntoma de la sed suele ser una de las principales preocupaciones de la familia cuando disminuye la ingesta de líquidos por vía oral del paciente.

Sin embargo, algunos estudios indican que la relación entre la presencia de sed y el estado de hidratación en pacientes terminales no es significativa¹⁷. De hecho, hay quienes consideran que no existe asociación directa entre la sensación de sed y el estado de hidratación, sugiriendo que tanto la sed como el síndrome de anorexia-caquexia no son reversibles con el uso de NHA⁶. Además, la sensación de sed muchas veces se puede aliviar utilizando medidas tópicas, no invasivas, como hidratación fraccionada, cubitos de hielo y un buen cuidado oral, como la hidratación bucal¹². Rara vez se recomienda administrar hidratación parenteral únicamente con el fin de aliviar la xerostomía^{18,19}.

Por otra parte, se ha establecido una relación entre la hidratación intravenosa y la sobrecarga hídrica, lo que, a su vez, conduce a un aumento de las secreciones pulmonares, congestión, aumento del débito urinario, náuseas, vómitos, secreciones gastrointestinales, ascitis y edemas, especialmente en pacientes con función renal reducida o ausente^{12,13}.

En cambio, la deshidratación puede actuar como anestésico natural a nivel del SNC, mediante la producción de cetonas y otros metabolitos⁸. La disminución de la diuresis como consecuencia del menor estado de hidratación del paciente puede provocar una menor necesidad de vaciado de la vejiga o del uso de catéteres¹.

El tratamiento o la prevención del delirio hiperactivo, un síntoma común que suele ser causa de sufrimiento para los pacientes y sus familias y dificulta el manejo de los pacientes en las salas de enfermería por parte de los profesionales de salud, es un beneficio importante de la administración de hidratación artificial⁶. En este contexto, la neurotoxicidad debido a la acumulación de metabolitos opioides puede asociarse con diversos síntomas neurológicos, en concreto disminución de la capacidad cognitiva, alucinaciones, mioclonías o hiperalgesia⁶.

La hidratación puede prevenir la acumulación de metabolitos de fármacos opioides, así como de metabolitos de otros fármacos, lo que resulta en una mejora o prevención del delirio⁶. De hecho, se considera que la administración de hidratación artificial, mediante hipodermoclitosis, puede tener un papel en el alivio de los síntomas, ya sean precipitados o empeorados por la deshidratación^{1,12}.

Permitir que el proceso de muerte ocurra en ausencia de la administración de NHA en pacientes terminales es justificable desde una perspectiva ética¹. El argumento de que se produciría una sensación de dolor y sufrimiento sustanciales si no se iniciara o si se interrumpiera la NHA no está respaldado por estudios realizados con pacientes al final de la vida¹.

Se debe fomentar el suministro de alimentos y líquidos por vía oral en los casos en que aún sea posible, ya que además de proporcionar comodidad y placer a los pacientes, también les proporciona un sentimiento de autonomía y dignidad^{14,19}.

El principio de autonomía corresponde al reconocimiento del derecho de los pacientes a tomar decisiones con respecto a los cuidados de salud que se les brindan^{10,11}. En muchos países, el respeto de este principio se garantiza mediante el proceso de consentimiento libre, previo e informado, en el que el paciente debe recibir toda la información, decidiendo si acepta o no someterse al tratamiento en cuestión⁴. El respeto a la autonomía del paciente implica, por lo tanto, que comprenda la naturaleza de su problema de salud, los objetivos, beneficios y riesgos de las intervenciones, así como las alternativas al tratamiento propuesto, incluida la opción de no realizar ninguna intervención^{10,11}.

El establecimiento de directivas anticipadas de voluntad es una forma de optimizar el respeto al principio de autonomía, resaltando la importancia del testamento vital o la designación de un apoderado de salud, de modo que se pueda seguir respetando el principio de autonomía, si el paciente ya no es capaz de tomar estas decisiones¹².

También es importante señalar que el respeto a la autonomía no implica que los pacientes tendrán acceso a cualquier intervención médica que soliciten, independientemente de si se considera adecuada o no con base en el contexto clínico¹⁰.

El principio de justicia presupone que se ofrezca el mismo tratamiento a pacientes con iguales necesidades médicas. Este principio está asociado al concepto de proporcionalidad de las actitudes adoptadas en cada situación clínica, con una distribución equitativa de los recursos de salud^{10,11}.

Entendimientos deontológicos acerca de la NHA

Tanto en términos de discusión ética como en términos de toma de decisiones, es fundamental aclarar si la NHA constituye una medida básica de cuidado o un tratamiento médico.

Algunos autores sostienen que la NHA es un tratamiento médico, dado que, a diferencia de la alimentación y la hidratación oral, en la NHA existe la necesidad de intervenciones o procedimientos realizados por profesionales de la salud¹². Cuando se considera un tratamiento, es legítimo no iniciarlo o interrumpirlo, en función del análisis de los riesgos y beneficios de su uso¹².

A su vez, otros autores consideran que la nutrición y la hidratación, aunque se administren de forma artificial, constituyen una medida de cuidados básicos que se debe proporcionar a cualquier ser humano. Para ellos, mientras el individuo esté vivo, necesariamente debe recibir los medios para mantenerse adecuadamente nutrido e hidratado²⁰. También existe el argumento de que, además de las razones fisiológicas, la nutrición y la hidratación pueden aliviar las sensaciones de hambre y sed, que constituyen emociones primordiales de la consciencia humana²⁰.

Por ejemplo, la Academy of Nutrition and Dietetics considera la NHA como cualquier otro

tratamiento médico²¹. A su vez, en el Código Deontológico del Colegio Médico portugués, se considera que la nutrición y la hidratación, aunque administradas artificialmente, configuran una intervención básica de soporte, y no un medio extraordinario para mantener la vida²².

En las *guidelines* del 2016 de la European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) se indican los prerrequisitos que se deben cumplir antes de administrar NHA. A saber: la existencia de una indicación para su realización, la definición de un objetivo de tratamiento y la voluntad del paciente, así como la existencia de su consentimiento informado²³.

Por lo tanto, al considerar la NHA como un tratamiento médico, su realización requiere la existencia de una indicación y un objetivo de tratamiento^{10,23}. La indicación se basa en la evidencia científica, teniendo en cuenta los beneficios esperados y los posibles riesgos. También se requiere el consentimiento informado del paciente o de su representante, si el paciente no es capaz de decidir^{10,23}.

Al considerar la NHA como un tratamiento, los médicos no están obligados a proporcionársela al paciente si, según su criterio clínico, no existe evidencia suficiente que respalde su implementación o si los riesgos o efectos adversos asociados a ella superan los beneficios¹⁹.

En países como Portugal, los pacientes que son capaces de tomar decisiones pueden expresar su voluntad sobre el tipo de tratamiento deseado, relacionado con la nutrición y la hidratación, para el final de su vida. Esta elección se puede hacer mediante la elaboración de directivas anticipadas de voluntad o de la designación de un apoderado para los cuidados de salud¹². De esta forma, los pacientes aseguran que se cumplan sus decisiones, incluso en una etapa más avanzada en la que ya no sean capaces de expresar su voluntad. Por lo tanto, se debe priorizar la autonomía del paciente sobre la elección de los profesionales de la salud en cuanto a la mejor opción¹². Así, es importante que los profesionales de la salud incentiven la elaboración de directivas anticipadas de voluntad antes de que se pierda la capacidad de tomar decisiones.

Por otra parte, los familiares pueden considerar que el individuo debe recibir siempre alimentos y

líquidos, aunque se administren de forma artificial, como medida básica de soporte^{10,24}. Esta visión está asociada en gran medida al significado que los alimentos y los líquidos tienen en la vida humana, ya que, ya sea por vía oral o artificial, representan una forma de afecto y cuidado¹². El simbolismo del afecto asociado al acto de alimentarse y la idea de sufrimiento relacionada con el hambre y la sed están profundamente arraigados en varias sociedades^{12,24}.

Los familiares suelen informar que es la falta de alimentos y líquidos lo que está matando al paciente, y no la progresión de su enfermedad subyacente¹². Estas creencias alejadas de la realidad pueden ser fuente de conflictos entre la familia y los profesionales de la salud^{12,24}. En ese sentido, se debe aclarar a los familiares que el uso de NHA no es necesario para que los pacientes se encuentren cómodos²⁴. De hecho, cuando se brindan cuidados paliativos adecuados, síntomas como el hambre y la sed pueden controlarse eficazmente sin necesidad de administrar NHA²⁴.

Pero, de hecho, en algunos países o culturas, la NHA se considera una medida de cuidado básico, y no un tratamiento¹⁹. En estas circunstancias, la NHA solo puede retirarse si el paciente se encuentra en una etapa terminal y ha expresado su voluntad de interrumpir la nutrición y la hidratación¹⁹.

En el punto 5 del artículo 67 del Código Deontológico de los Médicos portugueses se establece que *no se consideran medios extraordinarios para mantener la vida, incluso si se administran artificialmente, la hidratación y la alimentación*²², considerando por lo tanto que la NHA es una necesidad básica del paciente, y no un tratamiento.

Al contrario de lo que se ve en el Código portugués, en el Código español no hay ninguna referencia a la forma en que se entienden intervenciones como la NHA desde un punto de vista deontológico²⁵. Sin embargo, existe un consenso generalizado respecto al hecho de que tanto la interrupción como la no iniciación de medidas de soporte vital (respiratorias, hemodinámicas, nutricionales, entre otras), cuando no existe un objetivo curativo, constituyen una buena práctica médica²⁶. Asimismo, el uso de fármacos para aliviar el sufrimiento, incluso si redundaba en una reducción de la sobrevida, también se considera una buena práctica médica²⁶.

En Francia, por ejemplo, la suspensión de la nutrición y la hidratación artificial no constituye una violación de la ley desde abril del 2005^{27,28}. De hecho, la citada ley especifica que cualquier tratamiento puede limitarse o interrumpirse en pacientes al final de la vida, considerándose la nutrición e hidratación artificiales un tratamiento en el sentido de dicha ley^{27,28}.

En el Reino Unido, en 1992 se estableció una ley que define la NHA como una forma de tratamiento más que como un medio de soporte básico. En las *guidelines* de 2018 de la British Medical Association (BMA), aplicables a Inglaterra y Gales, se utiliza el término *clinically assisted nutrition and hydration* (CANH) en lugar de nutrición e hidratación artificiales (NHA), enfatizando la idea de que la nutrición y la hidratación proporcionadas por esta vía constituyen una forma de tratamiento médico²⁹. Aun según estas *guidelines*, no se recomienda el uso de NHA en pacientes con demencia avanzada²⁹.

Asimismo, el General Medical Council, en las líneas de orientación relativas a los tratamientos y cuidados de los pacientes al final de la vida, considera la NHA una intervención médica, afirmando además que debe verse de la misma manera que otras intervenciones médicas: *la nutrición y la hidratación proporcionadas mediante sonda se consideran legalmente un tratamiento médico y deben tratarse de la misma manera que otras intervenciones médicas*³⁰.

En las *guidelines Care of dying adults in the last days of life* del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) se recomienda realizar un seguimiento continuo de los pacientes sometidos a hidratación artificial, así como una revisión de los riesgos y beneficios asociados al procedimiento. La decisión de continuar o suspender la administración de hidratación artificial debe tomarse teniendo en cuenta el balance riesgo-beneficio y la voluntad del paciente³¹.

Hasta el 2018, en Inglaterra, en Gales y en Irlanda del Norte, se requería autorización judicial para que los médicos pudieran retirar la nutrición y la hidratación artificiales en pacientes en estado vegetativo permanente o en estado de mínima consciencia, incluso en los casos en los que tanto la familia como los profesionales de salud estaban de acuerdo en que esta decisión serviría al interés superior del paciente³². Sin embargo, desde julio

del 2018, en el seguimiento de una decisión del Tribunal Supremo, en los casos en que exista un consenso entre los médicos y la familia con relación a la retirada de NHA, se puede proceder a la interrupción sin que sea necesaria la aprobación judicial en Inglaterra y en Gales³⁰.

En Noruega, la NHA también se considera una forma de tratamiento: *si se decide que los tratamientos de soporte vital no corresponden al interés superior del paciente, se debe considerar suspender la nutrición y la hidratación*³³.

En el Código Deontológico irlandés, *Guide to Professional Conduct and Ethics for Registered Medical Practitioners*, también se considera que la NHA constituye una forma de tratamiento, y no existe obligación de administrarlo si no aporta beneficio al paciente: *no existe obligación de iniciar o de continuar tratamientos, incluida la reanimación, ni de proporcionar nutrición e hidratación mediante intervenciones médicas, si se decide que el tratamiento tiene poca probabilidad de ser eficaz; o puede causar al paciente más daño que beneficio; o probablemente causará dolor, malestar o estrés al paciente, que superen los beneficios que puedan aportar*³⁴.

Asimismo, en las *guidelines* irlandesas de la Irish Hospice Foundation, relativas al manejo de la nutrición y la hidratación en cuidados paliativos para personas con demencia, se recomienda que no se utilicen en personas con demencia avanzada³⁵.

Aunque el Código Deontológico Médico alemán no hace ninguna referencia concreta a la NHA³⁶, la German Medical Association considera la HA como una forma de tratamiento, por lo que puede ser limitada, quedando la obligación de abordar síntomas como la sed mediante métodos de cuidados paliativos³⁷. Sin embargo, en la práctica, lo que sucede a veces es que hay cierta reserva por parte de los médicos en Alemania respecto a la limitación, no solo de la NHA en particular, sino de los tratamientos de soporte vital en general, aspecto que, en parte, está relacionado con la historia particular del país, más específicamente con las atrocidades que ocurrieron durante el período nazi³⁷. Además, en las *guidelines* alemanas de oncología, relativas a los cuidados paliativos para pacientes con neoplasias incurables, no se recomienda la administración de NHA en pacientes terminales³⁸.

El código deontológico médico rumano no especifica normas relativas al tratamiento de los pacientes al final de la vida³⁹. En Austria, desde un punto de vista ético y legal, la NHA se considera equivalente a otras medidas de soporte vital. En las recomendaciones relativas a la limitación y suspensión terapéutica en las unidades de cuidados intensivos (UCI), elaboradas por consenso de las Asociaciones Austríacas de Medicina Intensiva, se considera que la NHA constituye un tratamiento médico y puede retirarse en los casos en que el paciente se encuentre en un proceso de muerte irreversible⁴⁰.

En un dictamen elaborado por el National Advisory Board on Social Welfare and Health Care Ethics (ETENE), publicado por el Ministerio de Salud Finlandés en el 2012, se afirma que proporcionar NHA a pacientes en estado de muerte inminente no es compatible con permitirles morir naturalmente: *permitir una muerte natural implica renunciar a medidas cuya aplicación en el momento de la muerte inminente del paciente estaría dirigida a alteraciones patológicas en el organismo del paciente y que en la práctica no tendrían ningún impacto. Estas incluyen el suministro de líquidos y nutrientes o hemoderivados al paciente al final de su vida*⁴¹.

En el Código Deontológico Médico Esloveno tampoco hay ninguna referencia concreta al caso particular de la NHA, solo se afirma que *al realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos en pacientes terminales, el médico debe considerar la calidad de vida del paciente y su voluntad. El médico no debe iniciar ni suspender medidas cuando se consideren fútiles o cuando los riesgos del tratamiento superen los beneficios. No iniciar o suspender los cuidados paliativos es éticamente inaceptable*⁴².

En las recomendaciones éticas eslovenas para decidir sobre tratamientos y cuidados paliativos para pacientes terminales en las UCI, se entiende que un tratamiento, una vez considerado fútil después de sopesar los riesgos y beneficios, puede limitarse o interrumpirse, debiendo mantenerse unos cuidados paliativos adecuados⁴³.

En Croacia, un país con el que Eslovenia comparte un contexto sociocultural similar, la percepción de los médicos es que el marco legal del país es manifiestamente vago y restrictivo⁴⁴. Consideran que el marco legal establece la supervivencia del

paciente como objetivo final de cada intervención médica, sin que exista respaldo legal para retirar tratamientos a los pacientes al final de sus vidas⁴⁴. Además, en este país, aún no existe una normativa clara en materia de directivas anticipadas de voluntad⁴⁴. De hecho, en Croacia, ninguna de las formas de decisión anticipada está regulada por ley, con la excepción del trasplante de órganos humanos con fines médicos, en cuyo caso se permite la directiva anticipada de voluntad⁴⁴.

En el Código Deontológico Médico de Croacia, elaborado por la Croatian Medical Chamber e pela Croatian Medical Association, hay una breve referencia al caso de los pacientes al final de la vida: *la continuación del tratamiento intensivo en un paciente terminal irreversible no es clínicamente justificable, ya que priva al paciente moribundo de su derecho a una muerte digna*⁴⁵. Sin embargo, no se discriminan los tratamientos que se consideran cuidados básicos y los que no lo son.

En Hungría, al igual que en otros países, el paciente puede optar por aceptar o rechazar el tratamiento propuesto, con excepción de las intervenciones de soporte vital, ya que en este caso el tratamiento solo puede rechazarse si el paciente tiene una enfermedad incurable, con una corta esperanza de vida a pesar del tratamiento médico adecuado⁴⁶. Además, la expresión de esta voluntad deberá realizarse formalmente, mediante testamento vital⁴⁶.

Al igual que lo que se observa en otros países, en Hungría también existe un marco ético y legal insuficiente a la hora de tomar decisiones sobre el abordaje de pacientes al final de la vida. De hecho, en ese país, el marco legal limita la opción de suspender el tratamiento de soporte vital incluso si existe una solicitud explícita del paciente, mientras que temas como la futilidad de los tratamientos médicos no son abordados por la ley⁴⁶.

Por lo tanto, los médicos se ven obligados a tomar estas decisiones sin ningún respaldo ético ni legal, y, por esta misma razón, se constata una gran variabilidad individual en términos de decisiones al respecto⁴⁶. Otro factor que también parece influir significativamente en este proceso de decisión es la disponibilidad o la falta de recursos⁴⁶.

En un estudio en el que se analizaron las diferencias en términos de prevalencia de tratamientos

potencialmente inapropiados en la última semana de vida en seis países europeos (Inglaterra, Países Bajos, Finlandia, Bélgica, Italia y Polonia), se concluyó que, con relación al uso de la NHA, el país en el que se encontró la mayor frecuencia de uso fue Polonia, mientras que los Países Bajos fue el país en el que la frecuencia de uso fue más baja⁴⁷. También se concluyó que, en los casos de demencia avanzada, la frecuencia de uso de NHA fue baja en Inglaterra, Finlandia, Países Bajos y Bélgica, pero fue considerablemente mayor en Italia y Polonia, particularmente la administración de HA⁴⁷.

Además de lo que ya se ha mencionado acerca de la política de uso de NHA en pacientes terminales en Inglaterra y Finlandia, la baja prevalencia similar del uso de estos medios en Bélgica y en los Países Bajos puede explicarse por la cultura de estos países en términos de cuidados paliativos, concretamente por la existencia de una mayor aceptación con relación a las diferentes opciones y decisiones en lo que respecta a los cuidados prestados a los pacientes terminales⁴⁷.

De hecho, en los Países Bajos, la administración de NHA a pacientes al final de la vida a menudo se considera una medida desproporcionada, y se evitan tratamientos considerados fútiles en pacientes con demencia avanzada⁴⁸. Por lo tanto, la decisión de suspender la NHA en estos pacientes es relativamente frecuente en este país, administrándose la NHA sobre todo por un período corto⁸. Esta práctica está en línea con la política defendida por la Dutch Association of Nursing-Home Physicians (NVVA), que recomienda cierta reserva en la decisión de iniciar NHA en pacientes con demencia avanzada⁴⁸.

En Bélgica, el Consejo Nacional del Colegio Médico, en el 2003, emitió un dictamen sobre temas como la eutanasia y los cuidados paliativos, así como otras decisiones médicas relativas a pacientes al final de la vida, afirmando que *suspender o no proporcionar un tratamiento es éticamente aceptable si se establece científicamente que ya no hay ninguna esperanza de que conduzca a una mejora significativa en la condición del paciente, y que los tratamientos destinados a prolongar la vida no aumentan el confort del paciente, sino que solo causan malestar y sufrimiento*⁴⁹, lo que puede contribuir a la baja prevalencia del uso de NHA encontrada en ese país.

Además, de acuerdo con la ley belga del 2002 relativa a los derechos del paciente, se afirma que si el representante del paciente no está de acuerdo con la decisión de interrumpir o no iniciar un determinado tratamiento y solicita al médico responsable que prolongue la vida del paciente por medios artificiales, el interés superior del paciente prevalece sobre la opinión del representante. Este principio no solo se aplica a las intervenciones, sino también a la suspensión o al no inicio de un tratamiento⁴⁹.

Por otra parte, la alta prevalencia del uso de NHA en Polonia e Italia puede explicarse, entre otras razones, por el contexto legal y, posiblemente, por una menor política de planificación anticipada de cuidados de salud. Por lo tanto, no se discuten temas como las decisiones de tratamiento para pacientes al final de la vida, lo que provoca, por un lado, el surgimiento de problemas éticos y legales y, por otro, una mayor presión de los familiares para que se realicen tratamientos como la NHA⁴⁷.

En el caso de Polonia, la alta prevalencia del uso de NHA se puede explicar por el hecho de que en ese país la NHA se considera una medida de cuidado básica, no un tratamiento médico, y por lo tanto no puede suspenderse⁵⁰. Asimismo, la alta prevalencia del uso de NHA en Italia puede explicarse por el marco legal del país. De hecho, en el 2009, el Consejo de Ministros italiano aprobó un proyecto de ley que determinaba que siempre se debería administrar nutrición e hidratación artificiales, independientemente de las circunstancias, al considerarse medidas básicas de soporte, fundamentales para la vida humana⁴⁷.

Por otra parte, en el 2017, se aprobó una ley (conocida como *Legge sul testamento biologico*) que estipula el derecho a rechazar o suspender tratamientos en curso, pruebas diagnósticas o cualquier tipo de medios de soporte vital, incluidas la nutrición e hidratación artificiales. Otro factor que también puede contribuir a la alta prevalencia del uso de NHA, particularmente en Italia, es la fuerte tradición religiosa católica en ese país, que defiende que la vida es sagrada y debe preservarse a toda costa⁵¹.

En un estudio similar, en el que se compararon las prácticas de suspensión de la NHA en seis países europeos (Bélgica, Dinamarca, Italia, Países

Bajos, Suecia y Suiza), se obtuvieron resultados similares. En él, Italia fue el país donde esta práctica fue menos frecuente y los Países Bajos, donde fue más frecuente, seguidos de Suiza, Bélgica y Suecia⁵². En todos los países, la no iniciación fue más común que la suspensión de la NHA, lo que puede justificarse en parte por el hecho de que la familia puede percibir esta última como la causa de la muerte⁵².

De hecho, en Suiza se verificó un aumento progresivo del porcentaje de pacientes que mueren tras la suspensión de tratamientos realizados con el objetivo de prolongar la vida por medios artificiales⁵³. Esta práctica está en línea con las *guidelines* nacionales de la Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS) relativas al cuidado de pacientes al final de la vida. Manifiestan que la suspensión o el no inicio de medidas de soporte vital pueden estar indicados o justificados cuando un paciente se encuentra en proceso de muerte, incluyendo en esta definición a la NHA, así como la respiración artificial y la reanimación cardiopulmonar⁵⁴.

Consideraciones finales

Los sucesivos avances médicos y tecnológicos a lo largo de los años han conducido a un aumento de la esperanza media de vida, con el consiguiente envejecimiento de la población.

Tanto los profesionales de la salud como las instituciones se encuentran con pacientes de edad cada vez más avanzada, por lo que el número de personas con enfermedades en estado avanzado o terminal es cada vez mayor. Por lo tanto, las decisiones relacionadas con la NHA serán cada vez más comunes. Por ello, es fundamental que los profesionales de la salud y las instituciones tengan conocimiento sobre los beneficios y riesgos de esta práctica y sobre la forma de abordarla.

Si bien existen algunas evidencias en el sentido de que la deshidratación y la no alimentación no contribuyen al sufrimiento de los pacientes al final de la vida, e incluso pueden contribuir a un mayor confort para estos pacientes, el uso de NHA en este contexto sigue constituyendo un importante debate ético.

La variabilidad en términos de prácticas de cuidados a las personas al final de la vida, así como

las diferencias en cuanto a los entendimientos deontológicos relativos a estas acciones entre diferentes países, da lugar a numerosos desafíos en ese sentido.

De hecho, se constata que el tratamiento de estos pacientes depende en gran medida de los sistemas de salud y del contexto cultural del lugar en el que viven.

Teniendo en cuenta los entendimientos deontológicos analizados, se verifica que en el norte de Europa la NHA se considera mayoritariamente un tratamiento fútil y desproporcionado y, por tanto, no se recomienda. Por otra parte, en el sur de Europa, la NHA se considera a menudo una medida de cuidado básico que debe mantenerse.

Aun así, la importancia de respetar la autonomía del paciente constituye un punto de consenso transversal en casi todos los países analizados.

Finalmente, cabe resaltar el hecho de que actualmente, en algunos países, los cuidados de pacientes al final de la vida, como la NHA, aún no están adecuadamente legislados desde una perspectiva política y legal. En ese sentido, es importante señalar que una adecuada planificación en este ámbito puede ser importante no solo para reducir los costos asociados al tratamiento de estos enfermos, sino también para mejorar la calidad de los cuidados prestados a los pacientes.

Para ello, establecer normas y lineamientos, así como aclarar el marco legal, puede ser una herramienta importante. Esta falta de marco legal y de respaldo a las decisiones médicas, además de poder crear tensión en la relación entre la familia del paciente y los profesionales de la salud, propicia la adopción de la práctica de la “medicina defensiva” a la hora de abordar a estos pacientes al final de la vida.

Referencias

1. Geppert CMA, Andrews MR, Druyan ME. Ethical issues in artificial nutrition and hydration: a review. *J Parenter Enteral Nutr* [Internet]. 2010 [acceso 19 out 2023];34(1):79-88. DOI: 10.1177/0148607109347209
2. Del Río MI, Shand B, Bonati P, Palma A, Maldonado A, Tobada 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. *Psychooncology* [Internet]. 2012 [acceso 19 out 2023];21(9):913-21. DOI: 10.1002/pon.2099
3. Whitworth MK, Whitfield A, Holm S, Shaffer J, Makin W, Jayson GC. Doctor, does this mean I'm going to starve to death? *J Clin Oncol* [Internet]. 2004 [acceso 19 out 2023];22(1):199-201. DOI: 10.1200/JCO.2004.02.056
4. Van de Vathorst S. Artificial nutrition at the end of life: ethical issues. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* [Internet]. 2014 [acceso 19 out 2023];28(2):247-53. DOI: 10.1016/j.bpg.2014.02.005
5. Hallenbeck J. Tube feed or not tube feed? *J Palliat Med* [Internet]. 2002 [acceso 19 out 2023];5(6):909-10. DOI: 10.1089/10966210260499104
6. Dev R, Dalal S, Bruera E. Is there a role for parenteral nutrition or hydration at the end of life? *Curr Opin Support Palliat Care* [Internet]. 2012 [acceso 19 out 2023];6(3):365-70. DOI: 10.1097/SPC.0b013e328356ab4a
7. 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* [Internet]. 2015 [acceso 19 out 2023];9(4):346-54. DOI: 10.1097/SPC.000000000000171
8. Heuberger RA. Artificial nutrition and hydration at the end of life. *J Nutr Elder* [Internet]. 2010 [acceso 19 out 2023];29(4):347-85. DOI: 10.1080/01639366.2010.521020
9. Bozzetti F, Amadori D, Bruera E, Cozzaglio L, Corli O, Filiberti A *et al.* Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. *European Association for Palliative Care. Nutrition* [Internet]. 1996 [acceso 19 out 2023];12(3):163-7. DOI: 10.1016/s0899-9007(96)91120-x
10. Schwartz DB, Barrocas A, Annetta MG, Stratton K, McGinnis C, Hardy G *et al.* Ethical aspects of artificially administered nutrition and hydration: an ASPEN position paper. *Nutr Clin Pract* [Internet]. 2021 [acceso 19 out 2023];36(2):254-67. DOI: 10.1002/ncp.10633

11. Varkey B. Principles of clinical ethics and their application to practice. *Med Princ Pract* [Internet]. 2021 [acceso 19 out 2023];30(1):17-28. DOI: 10.1159/000509119
12. Pinho-Reis C, Sarmiento A, Capelas ML. Nutrition and hydration in the end-of-life care: ethical issues. *Acta Port Nutr* [Internet]. 2018 [acceso 19 out 2023];15:36-40. DOI: 10.21011/apn.2018.1507
13. De D, Thomas C. Enhancing the decision-making process when considering artificial nutrition in advanced dementia care. *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2019 [acceso 19 out 2023];25(5):216-23. DOI: 10.12968/ijpn.2019.25.5.216
14. Pessoa A, Marinho R, Amaral TF, Santos M, Mendes L, Marinho A *et al*. Alimentação na demência avançada: documento de consenso da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica. *Med Interna* [Internet]. 2020 [acceso 19 out 2023];27(1):80-8. DOI: 10.24950/Guidelines/Consensus/1/2020
15. Good P, Richard R, Syrmis W, Jenkins-Marsh S, Stephens J. Medically assisted hydration for adult palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 [acceso 19 out 2023];(4):CD006273. DOI: 10.1002/14651858.CD006273.pub3
16. Bozzetti F, Amadori D, Bruera E, Cozzaglio L, Corli O, Filiberti A *et al*. Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. *Nutrition* [Internet]. 1996 [acceso 19 out 2023];12(3):163-7. DOI: 10.1016/s0899-9007(96)91120-x
17. Fainsinger RL, MacEachern T, Miller MJ, Bruera E, Spachynski K, Kuehn N *et al*. The use of hypodermoclysis for rehydration in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 1994 [acceso 19 out 2023];9(5):298-302. DOI: 10.1016/0885-3924(94)90187-2
18. Cerchietti L, Navigante A, Sauri A, Palazzo F. Hypodermoclysis for control of dehydration in terminal-stage cancer. *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2000 [acceso 19 out 2023];6(8):370-4. DOI: 10.12968/ijpn.2000.6.8.9060
19. Cardenas D. Ethical issues and dilemmas in artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr ESPEN* [Internet]. 2021 [acceso 19 out 2023];41:23-9. DOI: 10.1016/j.clnesp.2020.12.010
20. Rady MY, Verheijde JL. Nonconsensual withdrawal of nutrition and hydration in prolonged disorders of consciousness: Authoritarianism and trustworthiness in medicine. *Philos Ethics Humanit Med* [Internet]. 2014 [acceso 19 out 2023];7:9-16. DOI: 10.1186/1747-5341-9-16
21. Maillet JO, Schwartz DB, Posthauer ME. Position of the academy of nutrition and dietetics: ethical and legal issues in feeding and hydration. *J Acad Nutr Diet* [Internet]. 2013 [acceso 19 out 2023];113(6):828-33. DOI: 10.1016/j.jand.2013.03.020
22. Lisboa. Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. Regulamento n° 707/2016, de 21 de julho. Regulamento de Deontologia Médica [Internet]. Lisboa: Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa; 2016 [acceso 19 out 2023]. Disponível: <https://bitly.ws/3esoj>
23. Druml C, Ballmer PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P *et al*. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr* [Internet]. 2016 [acceso 19 out 2023];35(3):545-56. DOI: 10.1016/j.clnu.2016.02.006
24. Casarett D, Kapo J, Caplan A. Appropriate use of artificial nutrition and hydration-fundamental principles and recommendations. *N Engl J Med* [Internet]. 2005 [acceso 19 out 2023];353(24):2607-12. DOI: 10.1056/NEJMs052907
25. España. Organización Médica Colegial de España, Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de deontología médica: guía de ética médica [Internet]. Madrid: CGCOM; 2011 [acceso 19 out 2023]. Disponível: <https://bitly.ws/3espp>
26. Cabré L, Casado M, Mancebo J. End-of-life care in Spain: legal framework. *Intensive Care Med* [Internet]. 2008 [acceso 19 out 2023];34(12):2300-3. DOI: 10.1007/s00134-008-1257-7
27. Baumann A, Audibert G, Claudot F, Puybasset L. Ethics review: end of life legislation – the French model. *Crit Care* [Internet]. 2009 [acceso 19 out 2023];13(1):204. DOI: 10.1186/cc7148
28. Lemaire F. The project of a law concerning patients' rights at the end of life. *Presse Med* [Internet]. 2005 [acceso 19 out 2023];34(7):525-8. DOI: 10.1016/s0755-4982(05)83965-x


29. England. Royal College of Physicians. British Medical Association. Clinically-assisted nutrition and hydration (CANH) and adults who lack the capacity to consent: guidance for decision-making in England and Wales [Internet]. London: BMA; 2018 [acceso 19 out 2023]. Disponible: <https://bitly.ws/3esq4>
30. England. General Medical Council. Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making [Internet]. Manchester: GMC; 2022 [acceso 19 out 2023]. p. 56. Disponible: <https://bitly.ws/3esqU>
31. Hodgkinson S, Ruegger J, Field-Smith A, Latchem S, Ahmedzai SH. Care of dying adults in the last days of life. *Clin Med* [Internet]. 2016 [acceso 19 out 2023];16(3):254-8. DOI: 10.7861/clinmedicine.16-3-254.
32. Kitzinger C, Kitzinger J. Court applications for withdrawal of artificial nutrition and hydration from patients in a permanent vegetative state: family experiences. *J Med Ethics* [Internet]. 2016 [acceso 19 out 2023];42(1):11-7. DOI: 10.1136/medethics-2015-102777
33. Norway. Norwegian Directorate of Health. Decision-making processes in the limitation of life-prolonging treatment [Internet]. Oslo: Norwegian Directorate of Health; 2013 [acceso 1 mar 2023]. p. 28. Disponible: <https://bitly.ws/3esrZ>
34. Ireland. Medical Council. Guide to professional conduct and ethics for registered medical practitioners (Amended) [Internet]. Dublin: Medical Council; 2019 [acceso 19 out 2023]. p. 33-4. Disponible: <https://bitly.ws/3estg>
35. Hartigan I, Robinson S, O'Sullivan M, McLoughlin K, Gallagher P, Timmons S. Palliative Care for the Person with Dementia: Guidance Document 4: Management of Hydration and Nutrition [Internet]. Dublin: Irish Hospice Foundation; 2016 [acceso 19 out 2023]. Disponible: <https://bitly.ws/3estQ>
36. Germany. German Medical Association. Professional Code for Physicians in Germany [Internet]. Berlin: German Medical Association; 2021 [acceso 19 out 2023]. Disponible: <https://bitly.ws/3esuW>
37. Jox RJ, Krebs M, Fegg M, Reiter-Theil S, Frey L, Eisenmenger W *et al.* Limiting life-sustaining treatment in German intensive care units: a multiprofessional survey. *J Crit Care* [Internet]. 2010 [acceso 19 out 2023];25(3):413-9. DOI: 10.1016/j.jcrc.2009.06.012
38. Alemanha. German Cancer Society, German Cancer Aid, AWMF. German Guideline Programme in Oncology: Palliative care for patients with incurable cancer, Extended version- Consultation version 0.1 [Internet]. Berlin: German Cancer Society, German Cancer Aid, AWMF; 2014 [acceso 19 out 2023]. AWMF-registration number 128/0010L. Disponible: <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>
39. Romania. Romanian College of Physicians. Code of Medical Ethics of the Romanian College of Physicians from November 4, 2016 [Internet]. Bucharest: Romanian College of Physicians; 2016 [acceso 19 out 2023]. Disponible: <https://bitly.ws/3esyH>
40. Valentin A, Druml W, Steltzer H, Wiedermann CJ. Recommendations on therapy limitation and therapy discontinuation in intensive care units: consensus paper of the Austrian Associations of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med* [Internet]. 2008. [acceso 19 out 2023];34:771-6. DOI: 10.1007/s00134-007-0975-6
41. Finland. National Advisory Board on Social Welfare and Health Care Ethics. Human dignity, hospice care and euthanasia [Internet]. Helsinki: ETENE; 2012 [acceso 19 out 2023]. p. 3. Disponible: <https://bitly.ws/3eszL>
42. Slovenia. Medical Association of Slovenia. Medical Chamber of Slovenia. Code of Medical Ethics [Internet]. Ljubljana: Medical Chamber of Slovenia; 2016 [acceso 19 out 2023]. p. 4. Disponible: <https://bitly.ws/3esAU>
43. Grosek S, Orazem M, Groselj U. Notes on the development of the Slovenian ethical recommendations for decision-making on treatment and palliative care of patients at the end of life in intensive care medicine. *Pediatr Crit Care Med* [Internet]. 2018 [acceso 19 out 2023];19(8S Suppl 2):48-52. DOI: 10.1097/PCC.0000000000001606
44. Ćurković M, Brajković L, Jozepović A, Tonković D, Župan Ž, Karanović N *et al.* End-of-Life decisions in intensive care units in Croatia-pre covid-19 – perspectives and experiences from nurses and physicians. *J Bioeth Inq* [Internet] 2021 [acceso 19 out 2023];18(4):629-43. DOI: 10.1007/s11673-021-10128-w
45. Croatia. Croatian Medical Chamber Assembly. Code of medical ethics and deontology [Internet]. Zagreb: Croatian Medical Chamber Assembly; 2016 [acceso 19 out 2023]. p. 4. Disponible: <https://bitly.ws/3esF4>
46. Zubek L, Szabó L, Diószeghy C, Gál J, Élő G. End-of-life decisions in Hungarian intensive care units. *Anaesth Intensive Care* [Internet]. 2011 [acceso 19 out 2023];39(1):116-21. DOI: 10.1177/0310057X1103900119

47. Honinx E, Van den Block L, Piers R, Van Kuijk SMJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Payne SA *et al.* Potentially inappropriate treatments at the end of life in nursing home residents: findings from the PACE cross-sectional study in six European countries. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2021 [acceso 19 out 2023];61(4):732-42. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.09.001
48. Van Wigcheren PT, Onwuteaka-Philipsen BD, Roeline H, Pasma W, Ooms ME, Ribbe MW *et al.* Starting artificial nutrition and hydration in patients with dementia in the Netherlands: frequencies, patient characteristics and decision-making process. *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2007 [acceso 19 out 2023];19(1):26-33. DOI: 10.1007/BF03325207
49. Belgium. Belgian Advisory Committee on Bioethics. Opinion n° 41 of 16 April 2007 on informed consent and "D.N.R." Codes [Internet]. Brussels: Belgian Advisory Committee on Bioethics; 2007 [acceso 19 out 2023]. p. 15. Disponible: <https://bitly.ws/3esFV>
50. Pawlikowski J, Muszala A, Gajewski P, Krajnik M. Discontinuation of hydration and nutrition in vegetative or minimally conscious state: position statement of the Polish Association for Spiritual Care in Medicine. *Pol Arch Intern Med* [Internet]. 2021 [acceso 19 out 2023];131(1):111-3. DOI: 10.20452/pamw.15746
51. Giammatteo J, Treglia M, Pallocci M, Petroni G, Cammarano A, Quintavalle G *et al.* LAW n° 219/17: reflecting on shared care plan. *Clin Ter* [Internet]. 2020 [acceso 19 out 2023];171(5):e401-6. DOI: 10.7417/CT.2020.2248
52. Buiting HM, Van Delden JJM, Rietjens JAC, Onwuteaka-Philipsen BD, Bilsen J, Fischer S *et al.* Forgoing artificial nutrition or hydration in patients nearing death in six European countries. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2007 [acceso 19 out 2023];34(3):305-14. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2006.12.006
53. Bosshard G, Zellweger U, Bopp M, Schmid M, Hurst SA, Puhan MA *et al.* Medical end-of-life practices in Switzerland: a comparison of 2001 and 2013. *JAMA Intern Med* [Internet] 2016 [acceso 19 out 2023];176(4):555-6. DOI: 10.1001/jamainternmed.2015.7676
54. Switzerland. Swiss Academy of Medical Sciences. End-of-life care [Internet]. Basel: SAMS; 2013 [acceso 19 out 2023]. Disponible: <https://bitly.ws/3esHh>


Miguel Ângelo Basto Clemente de Oliveira e Magalhães – Estudiante de máster – miguel.a.oliveira00@gmail.com

 0009-0006-4440-6530

Maria Paula Correia Ribeiro da Costa e Silva – Magíster – mpaulasilvajc@gmail.com

 0009-0004-4364-5535

Ivone Maria Resende Figueiredo Duarte – Doctora – iduarte@med.up.pt

 0000-0002-5160-7043

Correspondencia

Miguel Ângelo Basto Clemente de Oliveira e Magalhães – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Alameda Prof. Hernâni Monteiro CEP 4200-319. Porto, Portugal.

Participación de los autores

Miguel Magalhães participó en la conceptualización, metodología, redacción y preparación de este manuscrito, bajo la supervisión de Ivone Duarte, quien también participó en la conceptualización, revisión y edición del texto. Maria Paula Silva participó en la revisión y edición del texto.

Recibido: 24.5.2023

Revisado: 20.10.2023

Aprobado: 6.2.2024