



NUTRICIÓN PARENTERAL EN OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MALIGNA.

PARENTERAL NUTRITION IN MALIGNANT BOWEL OBSTRUCTION.

Álvaro Sanz Rubiales¹, María Luisa del Valle², Javier Jaramillo³.

Enviado 30.12.2025
Aprobado 09.01.2026

RESUMEN

La mayor parte de las guías señalan que el principal criterio que limita la instauración de una nutrición parenteral en un enfermo con cáncer avanzado con un aporte nutritivo insuficiente es la expectativa de supervivencia del paciente debido a su proceso oncológico. De esta manera se asume que el objetivo de la nutrición parenteral es de sustitución de una función desde que el paciente no sea capaz de realizarla y hasta que se encuentre en una situación de muerte cercana debido al cáncer para que no fallezcan por desnutrición. Junto a esta variable también hay que tener en cuenta los valores y el deseo del paciente o el posible impacto en la calidad de vida. Sin embargo, a la vista del problema diagnóstico, pronóstico y terapéutico que supone una obstrucción intestinal maligna no susceptible de paliación local, consideramos que el criterio principal de empleo de la nutrición parenteral en este perfil de pacientes debería ser si puede cumplir un posible papel como puente para superar una situación transitoria en que el enfermo no es capaz de nutrirse por sus medios, pero es previsible que pueda hacerlo más adelante. Si no es previsible que la situación del paciente pueda mejorar, emplear este tipo de intervención nutricional como un soporte mantenido se podría entender en ocasiones como un medio desproporcionado, aunque siempre se deberían respetar las decisiones personalizadas que se puedan tomar desde un equipo interdisciplinar.

Palabras clave: Nutrición parenteral. Obstrucción intestinal maligna. Bioética.

¹ Profesor Asociado. Universidad de Valladolid. Comisión de Ética Asistencial. Hospital Universitario del Río Hortega. Correspondencia: Álvaro Sanz Rubiales, Oncología Médica Hospital Universitario del Río Hortega. Calle Dulzaina 1, 47012 Valladolid, España.

Teléfono: (+34)983420400 E-mail: asrubiales@hotmail.com

² Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

³ Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. España.



ABSTRACT

Most guidelines indicate that the primary criterion limiting the initiation of parenteral nutrition in a patient with advanced cancer and insufficient nutritional intake is the patient's life expectancy due to their oncological process. Thus, it is assumed that the objective of parenteral nutrition is to replace a function from the moment patients with advanced cancer cannot perform it until they are close to death due to cancer so that they do not die from malnutrition. Along with this variable, the patient's values and wishes, as well as the potential impact on their quality of life, must also be considered. However, in view of the diagnostic, prognostic, and therapeutic challenges posed by malignant intestinal obstruction not amenable to local palliation, we consider the main criterion for using parenteral nutrition in this patient profile should be whether it can serve as a bridge to overcome a temporary situation in which the patient is unable to feed himself but is expected to do so later. If the patient's condition is not expected to improve, using this type of nutritional intervention as sustained support could be sometimes considered a disproportionate measure, although the personalized decisions made by an interdisciplinary team should always be respected.

Keywords: Parenteral nutrition. Malignant bowel obstruction. Bioethics.

Introducción.

Culturalmente se entiende que el alimento es vida¹: privar al ser humano del alimento es llevarlo a la muerte. Desde una perspectiva también sociológica, la alimentación integra un acto de relación familiar y social que muchos enfermos no pueden llevar a cabo tal como desearían tanto ellos como su propio entorno. Por otra parte, fomentar y facilitar la alimentación del enfermo avanzado es un signo de humanidad y de compasión² y forma parte de los cuidados que los familiares confían en poder darle: proporcionar alimento es el modo que tienen de ayudar para que no le falte algo que ven como imprescindible no solo para mantenerse sino para poder luchar contra la enfermedad. Es normal que los cuidadores entienden la ingesta y el peso como una medida indirecta de la salud: si el paciente come en abundancia, si gana peso, se considera que va bien; si no es así, la ingesta y el peso se convierten en motivo de



preocupación. En cierto modo, alimentar al paciente es la manera en que el cuidador siente que él también está interviniendo de manera activa para vencer la enfermedad que sea, desde una infección al cáncer.

Esta carga cultural en torno a la alimentación y la nutrición genera una atmósfera de ansiedad y de expectativas que puede influir en la toma de decisiones en relación con la salud de los enfermos, sobre todo de los pacientes oncológicos. Por este motivo, la nutrición no se debería entender de una manera fría como si solo fuera un mero componente más de los cuidados o del tratamiento.

La asociación entre pérdida de peso y peor pronóstico en el enfermo oncológico avanzado no supone necesariamente causalidad (¿el enfermo con cáncer está deteriorado porque está desnutrido... o está desnutrido porque está deteriorado por su cáncer?) y menos aún que sea posible revertir ese peor pronóstico con un mayor aporte nutricional. Aun así, durante años se ha transmitido la idea de que la caquexia es *per se* la causa de muerte del 20% de los enfermos oncológicos avanzados. Hace pensar que uno de cada cinco pacientes no hubiera fallecido o, al menos, no hubiera fallecido en ese momento ni en un estado de depauperación si hubiese recibido una nutrición adecuada. Sin embargo, este mito del 20%, basado en publicaciones antiguas con criterios peculiares que no son extrapolables se ha copiado de manera acrítica de una publicación a otra³ y se ha presentado durante decenios no solo como una evidencia de la importancia de actuar sobre la nutrición sino como un criterio *ético* que ayudaba a respaldar cualquier tipo de medida nutricional -desde los suplementos dietéticos a la nutrición artificial- que ayudara a minimizar esta mortalidad *prematura* en enfermos avanzados.

En la práctica la primera medida para facilitar la nutrición del enfermo oncológico avanzado es el alivio de los síntomas y los problemas que dificultan la ingesta: desde disfagia a estreñimiento, pasando por odinofagia, náuseas y vómitos, dolor, sensación de plenitud, estomatitis, enteritis, diarrea, ascitis o depresión⁴. Y junto a ello se encuentran los tratamientos dirigidos a mejorar la hiporexia debida al cáncer y al cuadro inflamatorio asociado. Aunque hay fármacos que han evidenciado cierta eficacia en el



alivio de la hiporexia y que ayudan a aumentar la ingesta, ninguno de ellos ha demostrado por ahora un impacto favorable en la supervivencia⁵.

Más allá del tratamiento sintomático, las medidas específicas dirigidas a mejorar la nutrición se suelen emplear de una manera *progresiva*: se comienza por el consejo dietético y se avanza a los suplementos nutricionales orales (los “batidos”), la nutrición enteral -mediante sonda nasogástrica o gastrostomía- y, por último, la nutrición parenteral (NP). Las opciones intervencionistas (nutrición enteral y NP) se plantean cuando las más sencillas (consejo y suplementos) no resultan factibles o son insuficientes para conseguir un aporte nutricional adecuado. La NP supone el aporte de nutrientes por una vía central y se limita a situaciones en que no es posible nutrir adecuadamente por otras vías⁶. Aparte de la complejidad de los preparados y del necesario control del aporte, la NP exige el cuidado del acceso venoso y se asocia a un riesgo de problemas tanto metabólicos como, sobre todo, infecciosos, más probables cuanto más tiempo se mantiene.

En este trabajo se pretende aportar una orientación ética sobre el uso de NP en enfermos con cáncer avanzado y cuadros de obstrucción digestiva de origen tumoral⁷.

¿Cuál es el problema clínico?

Cáncer avanzado y problemas nutricionales son dos conceptos muy relacionados. El cáncer puede inducir un proceso inflamatorio en el paciente que se relaciona con un deterioro global y un cuadro constitucional (astenia, anorexia, adelgazamiento) con alteraciones en la nutrición que se asocia a un peor pronóstico. También los tratamientos del cáncer pueden influir en la nutrición: en el periodo perioperatorio el enfermo puede ser incapaz de nutrirse y como consecuencia de la radioterapia o de la quimioterapia puede padecer disgeusia, náuseas, vómitos o alteraciones de las mucosas (estomatitis, enteritis...) que también pueden dificultar la ingesta. Por otra parte, el cáncer puede limitar la ingesta por motivos físicos que impiden el tránsito de los alimentos en el aparato digestivo. Estos cuadros obstructivos pueden ser debidos a procesos digestivos altos secundarios a tumores de cabeza y cuello, esofágicos, de la unión esofagogástrica, gastroduodenales o biliopancreáticos. En estos casos, la limitación para la nutrición puede ser un compromiso local susceptible de alivio con algún tipo de técnica dirigida⁸.



Es el caso de las endoprótesis o las derivaciones que permiten puentear una zona de obstrucción o el empleo de sondas para nutrición enteral (nasogástrica o de gastrostomía, en función de la duración previsible). En procesos digestivos bajos, intestinales, también pueden presentarse, sobre todo en las fases iniciales, obstrucciones localizadas susceptibles de intervención quirúrgica y/o de la colocación de endoprótesis. En pacientes con tumores ya avanzados y compromiso intestinal, entre los que no son candidatos a un tratamiento local paliativo la mayoría se suelen deber a carcinomatosis peritoneal, es decir, a una diseminación del tumor dentro de la cavidad peritoneal. Esta obstrucción intestinal por carcinomatosis peritoneal puede tener una evolución incierta, al menos inicialmente, ya que no es extraño que puedan ser cuadros suboclusivos y que se pueda lograr una resolución temporal con manejo conservador⁹ sin olvidar que una proporción de los procesos oclusivos en estas carcinomatosis pueden deberse a causas no tumorales como adherencias o hernias potencialmente corregibles mediante cirugía¹⁰. Aunque algunos estadios iniciales, habitualmente subclínicos, de carcinomatosis peritoneal pueden ser incluso candidatos a un tratamiento quirúrgico *radical*, los procesos avanzados con procesos obstructivos raramente son susceptibles de paliación mediante cirugía ya que en estos cuadros establecidos se asume la presencia de más de un nivel de compromiso del tránsito, lo que reduce la probabilidad de mejoría con técnicas paliativas localizadas y se asocia a un pronóstico vital de semanas o bien ocasionalmente de (pocos) meses.

¿Cuáles son las recomendaciones sobre NP en el paciente oncológico?

En líneas generales, la nutrición artificial o intervencionista -enteral y/o parenteral- se plantea en enfermos en que por su situación mantienen o se prevé que van a mantener durante, al menos, una o dos semanas una ingesta de nutrientes inferior al 60% de la que se consideraría adecuada⁶. Esta nutrición artificial, como tantas otras medidas en situaciones agudas, se suele entender como transitoria ya que se supone que se dirige a servir de soporte para superar una situación recuperable: una infección y/o alteraciones metabólicas, un postoperatorio, una estancia en cuidados intensivos... En esta línea de transitoriedad, en el paciente oncológico las recomendaciones con mayor respaldo en la evidencia científica se refieren al uso de nutrición intervencionista -enteral y, si no es



suficiente o no es factible, NP- cuando la nutrición oral está comprometida o no es factible como consecuencia de los tratamientos: perioperatorio o mucositis y/o enteritis severa por radioterapia y/o quimioterapia¹¹. En estos casos en que la complicación es previsible que se recupere al cabo de un tiempo, la nutrición enteral y/o la NP tendrían una función de *punte* para ayudar a superar la fase aguda al paciente que, por estar sometido a tratamientos activos, se entiende que tiene de fondo un pronóstico de supervivencia razonable e incluso que pueda ser curable.

En el paciente oncológico avanzado las recomendaciones sobre el empleo de NP suelen estar condicionadas por la estimación pronóstica. Esta valoración viene marcada por el tiempo de vida que se podría perder en caso de no administrar NP, no por el tiempo de vida que se pudiera ganar gracias a la NP sobre una estimación pronóstica previa. El sentido de este tener en cuenta la expectativa de vida debida al cáncer es el de evitar que el enfermo “muera de inanición y no de cáncer”, es decir, que el motivo del fallecimiento no sea un problema que se pudiera haber evitado con una NP sino la progresión tumoral resistente al tratamiento oncológico. No se trata, por tanto, de un criterio meramente utilitarista (“en qué enfermos *compensa* la NP y en qué enfermos *no compensa*”).

En función de la guía, se aceptaría la indicación de NP solo si la expectativa de supervivencia estimada por el cáncer es de al menos uno, dos o tres meses^{6,12,13,14,15} o de más de tres a seis meses¹⁶. Todas las guías entienden que si un paciente tiene un pronóstico (debido a su tumor) superior a seis meses¹⁷ sería adecuado mantener nutrición intervencionista, también NP, si la nutrición oral no es suficiente. Junto a esta estimación de la expectativa de supervivencia se sugieren también criterios pronósticos como el estado funcional o ciertos parámetros bioquímicos. Incluso, aunque la gran mayoría de las guías incluyen el pronóstico como un criterio selectivo, al que añaden la situación del pacientes o la actitud y el deseo de enfermo y familia, alguna sugiere la NP domiciliaria en enfermos avanzados de manera independiente del pronóstico si con ello se mejora la calidad de vida¹⁸. En todo caso, si existe una duda razonable en cuanto a la conveniencia o no de iniciar una NP la recomendación sería “in dubio, pro vita”, es decir, optar por lo que ayudaría a mantener al enfermo con vida, de modo que situaciones de



clara incertidumbre resultaría prudente “probar” con NP y mantenerla o no en función de la evolución^{14,19}.

En estos casos, sobre todo en enfermos avanzados y situaciones que se mantienen en el tiempo, la NP se plantea de ordinario como un tratamiento domicilio (normalmente con el apoyo de equipos especializados¹⁵) que facilitaría que el paciente permaneciese en su medio, aunque pudiera suponer una carga añadida a los cuidadores.

¿De qué evidencia disponemos?

Cualquier valoración bioética se debería fundamentar en el conocimiento de la evidencia científica. En el caso de la NP en enfermos con cáncer avanzado y, de manera específica, en obstrucción digestiva maligna esta evidencia es heterogénea en el tipo de estudios (la mayor parte observacionales, muchos de ellos retrospectivos), en el perfil de los pacientes, los objetivos que se plantean y las variables que se estudian (desde parámetros nutricionales a calidad de vida y supervivencia) y, sobre todo, en los resultados^{20,21}. Los pocos trabajos comparativos con distribución aleatoria que valoran la NP en pacientes oncológicos avanzados con diferentes perfiles pronósticos de supervivencia (días²², semanas²³ o meses^{24,25}), muestran de manera uniforme, a pesar de sus limitaciones metodológicas, que el empleo de NP no modifica la supervivencia de estos enfermos. Aunque, en conjunto no hay una evidencia consistente que muestre que la NP mejora globalmente la supervivencia en enfermos con cáncer avanzado²⁶, entre tanta diversidad es posible que cada uno “encuentre lo que quiera”, es decir, que se puedan seleccionar datos parciales que permitan respaldar cualquier actitud preconcebida²⁷.

En el caso específico de la obstrucción intestinal la mayoría de los estudios sobre NP son retrospectivos. En estos trabajos la NP se asocia a supervivencias más prolongadas en pacientes con una situación global “favorable”, es decir, con mejor estado general (Karnofsky superior al 50%), sin un cuadro inflamatorio severo de base (valorado mediante proteína C), niveles adecuados de albúmina¹⁵ y sin anemia ni edemas, lo que también expresa una situación nutritiva basal aceptable. También se señala como perfil adecuado la ausencia de metástasis¹⁵ (lo que prácticamente excluiría la carcinomatosis peritoneal). Si se tiene en cuenta que en los cuadros obstructivos intestinales malignos



hay una proporción relevante de reversibilidad espontánea y de nuevas recaídas -hasta el punto de que algunos estudios admiten de manera indistinta tanto pacientes con cuadros oclusivos como subocclusivos)²⁸- la sospecha es que la NP se ha podido administrar sobre todo a enfermos de “mejor perfil”, sin cuadros severos y permanentes sino iniciales y potencialmente reversibles⁹, que son de los que cabe esperar en todo caso una mayor supervivencia. Es posible pensar en un sesgo de selección en que los candidatos a NP y a medidas más intervencionistas (entre ellas el tratamiento con quimioterapia) han podido ser precisamente estos pacientes con mejores condiciones o factores pronósticos favorables, que son también los que viven más (reciban o no NP)²⁶. Por otra parte, uno de los ensayos clínicos comparativos con distribución aleatoria sobre NP en pacientes con cáncer avanzado incluye exclusivamente enfermos con incapacidad para la nutrición oral. De los 31 enfermos, 29 (94%) padecían obstrucción intestinal -18 (58%) por efecto masa intra o extraluminal y once (36%) por carcinomatosis peritoneal- y dos (6%) estaban en reposo digestivo por sangrado. En este ensayo con una muestra reducida de pacientes de mal pronóstico no se encontró mejoría de la supervivencia con NP ($p = 0,89$)²².

¿Es adecuado el criterio pronóstico para definir la indicación de NP?

Prácticamente todos los pacientes con una obstrucción intestinal maligna no susceptible de tratamiento local cumplen el criterio de tener un aporte nutricional inferior al 60% del adecuado al menos una semana, sin posibilidad tanto de nutrición oral como enteral, lo que los haría candidatos potenciales a una NP continuada mientras no se resolviera el cuadro⁸. Pero para mantener una NP a lo largo de toda la expectativa de vida del paciente, hasta que fallezca o se encuentre en una situación de muerte cercana, hace falta un fundamento que no solo sea clínico (suplir una ingesta insuficiente) sino también ético (proporcionalidad, conveniencia, información, valores, actitud, afrontamiento del sesgo emocional...). Por este motivo, en la mayor parte de las guías un criterio elemental de empleo de NP en cáncer avanzado no es solo la mera reducción del aporte o de calidad de vida sino el *pronóstico*, es decir, la estimación de la expectativa de vida del paciente. Y, como se ha mencionado, las guías coinciden en que solo con una expectativa de supervivencia debida al cáncer superior a tres a seis meses sería aconsejable (porque



se consideraría *ético*) mantener una NP si la nutrición oral fuera inadecuada o insuficiente.

Este criterio pronóstico *numérico* resulta más sencillo de plantear en una guía que en la práctica clínica real. La mayoría de estos cuadros de obstrucción intestinal maligna que no son susceptibles de una paliación local en el enfermo avanzado se deben a carcinomatosis peritoneal. En este caso, la oclusión intestinal es un efecto directo del cáncer que no se puede revertir sin atacar al propio tumor. El perfil de estos enfermos avanzados suele ser de deterioro importante, por el cáncer y/o los tratamientos previos, y de presencia de complicaciones debidas al cáncer: digestivas y a otros niveles. Como consecuencia, su pronóstico suele ser de semanas o pocos meses²⁷, asimilable al del paciente oncológico avanzado sintomático en situación terminal salvo que haya motivos para esperar que el tratamiento oncológico tenga una probabilidad alta de ser lo suficientemente activo como para cambiar sensiblemente la historia natural de la enfermedad²⁹. Por lo que este cuadro oclusivo se puede entender, sobre todo en tumores digestivos avanzados, como una manifestación más de la etapa final de enfermedad³⁰.

En este escenario es importante reconocer la *discapacidad pronóstica* para estimar la supervivencia de estos pacientes con cáncer avanzado que pudieran ser candidatos a NP, algo que se puede apreciar en los cuatro estudios con distribución aleatorizada que incluyen este perfil de enfermos. En uno que incluía pacientes con un pronóstico de supervivencia de al menos seis meses, cerca del 40% fallecieron antes de alcanzar ese plazo ese plazo. En otro en que el plan de tratamiento era de 24 semanas (algo menos de seis meses)²⁴, el 60% de los pacientes falleció antes de cumplir ese tiempo²⁵. En un tercero que tenía como criterio de inclusión un pronóstico de vida de entre dos y doce meses, la mediana de supervivencia no llegó ni a tres meses y casi uno de cada dos enfermos falleció antes de ese plazo mínimo de dos meses²³. Y en un estudio con enfermos con incapacidad para nutrición enteral y una expectativa de vida inferior a doce semanas, la mediana de supervivencia fue de solo nueve días²², es decir, los que se incluyeron fueron en su mayoría no solo enfermos terminales en situación de últimos días. A pesar del mal pronóstico de estos pacientes, tanto los investigadores como el



Institutional Review Board consideraron ético que comenzaran a recibir NP, se supone que porque veían razonable que incluso enfermos tan avanzados se pudieran beneficiar de esta NP. Estos ejemplos muestran que si al médico que atiende a un paciente avanzado se le pide una valoración pronóstica de cara a administrar NP es probable que su estimación sea *demasiado optimista*. Esta *discapacidad pronóstica* -por desconocimiento de la historia natural, por una focalización excesiva en el proceso digestivo obviando los problemas debidos a la progresión del tumor y la fragilidad del paciente o por una desmedida implicación emocional- es una limitación a la hora de adecuar las medidas, entre ellas la NP, a la situación del enfermo.

Por otra parte, en una situación de obstrucción intestinal maligna establecida, la angustia, la ignorancia o la negación pueden llevar a entender la NP como una necesidad que puede prolongar la vida del paciente incapaz de nutrirse. Se obvia que una NP en un cuadro de oclusión intestinal maligna mantenida en un enfermo oncológico avanzado genera una dependencia que se mantiene hasta que se llega al fallecimiento o a una situación de muerte inmediata. Sin contar con que un sesgo cognitivo puede llevar a pensar que, si con la NP se puede ganar tiempo de vida, la duración de la NP sería la misma que la de ese “tiempo ganado” cuando si la NP se mantiene hasta el fallecimiento o una situación de últimos días el tiempo con NP siempre es mayor que el tiempo de vida ganado.

Para ganar unas semanas o algún mes de vida el enfermo avanzado tendría que permanecer con NP (vía central, recambios de material, controles analíticos) durante dos, tres o quizás cuatro meses; raramente más³¹. En una situación así, la intención debería ser la de evitar arrancar al enfermo de su medio ya que no tendría sentido condenar a un paciente con una expectativa de vida de (pocos) meses a vivir la mayor parte de ese tiempo ingresado. Por ello, una NP mantenida en un enfermo oncológico avanzado se sobreentiende como un tratamiento domiciliario; algo que en la práctica que es excepcional. Los datos de España en 2019 hacen referencia a solo 53 adultos con cáncer avanzado (en situación paliativa) con NP domiciliaria, aparte de otros 20 con NP y quimioterapia³². Esto supone que solo uno de en torno a cada dos mil enfermos oncológicos en situación paliativa recibe NP en el domicilio. Incluso si se asumiera que



en todos los casos la indicación de esta NP fuera un cuadro de obstrucción intestinal, la NP domiciliaria se administraría en menos de 1% de los enfermos avanzados con obstrucción intestinal maligna. Y, aunque hay guías que lo proponen¹⁵, la idea de pactar a priori con el enfermo unos criterios que llevarían a retirar la NP en caso de futilidad evidente resulta algo más teórico que real: en la medida en que la progresión del tumor limita cada vez más la capacidad de nutrición autónoma, la NP tiende a verse como *más necesaria aún* (para la supervivencia, para la calidad de vida...) aunque, en realidad, pueda ser cada día menos eficaz. SE trata, e n todo caso, de un beneficio así que, si lo hay, se limitaría a *unas semanas* en una fase avanzada y sintomática de la enfermedad y que se podría entender, más que como un modo de ganar tiempo de vida, como una manera de alargar el proceso de morir.

La conclusión sería que, salvo algunos procesos menos severos como los episodios suboclusivos en que el ritmo intestinal se recupera con medidas conservadoras o procesos más indolentes debidos a tumores apendiculares o a pseudomixoma peritoneal, el criterio teórico de una supervivencia estimada debido al cáncer superior a (tres o) seis meses en una obstrucción intestinal maligna sería una referencia teórica pero poco realista en la práctica ya que el pronóstico real de estos pacientes suele ser de semanas o (muy) pocos meses.

¿NP como tratamiento *de prueba*?

Ya se ha mencionado que en caso de duda razonable en cuanto a la conveniencia o no de iniciar una NP se recomienda seguir el aforismo “in dubio, pro vita” (en caso de duda, optar por aquello que ayude a mantener al paciente vivo). Esta actitud se podría concretar en iniciar una NP *de prueba* con idea de retirarla o mantenerla en función de la evolución^{14,19}. Esta recomendación, sin embargo, no es tan sencilla de concretar en la práctica.

Se podría hablar de una futilidad *absoluta* cuando el beneficio de la medida que sea (diagnóstica, preventiva, terapéutica) es nulo. Sin embargo, lo normal es afrontar futilidades *relativas* en que un cierto efecto favorable -a veces subjetivo o sobre parámetros intermedios o con menor relevancia clínica- se valora en relación con la carga y los efectos secundarios en el paciente y el coste que supone al enfermo y/o al sistema.



Es esta futilidad relativa la que hace que un tratamiento u otro tipo de medidas se consideren *potencialmente inapropiados*³³. Por otra parte, también se podrían distinguir una futilidad *primaria*, universal, fundamentada en la evidencia científica y que sería posible (e incluso obligado) conocer antes de comenzar el tratamiento, y una futilidad *secundaria*, personalizada. En la futilidad primaria los datos de ineficacia que desaconsejan la medida son previos a su aplicación con lo que no estaría justificado ni siquiera “intentarlo”, sobre todo si esta futilidad es *absoluta*. En la futilidad secundaria es el paso del tiempo el que permite evaluar el posible impacto, de modo que es la experiencia en cada paciente concreto la que aconseja suspender en su caso una medida ya instaurada y que se ha mostrado ineficaz o, a menos, desproporcionada³⁴.

No sería razonable definir de manera absoluta una futilidad primaria de la NP en el paciente oncológico avanzado con obstrucción intestinal ya que no hay datos incontestables que evidencien una *ausencia de eficacia* en cuanto al pronóstico, los síntomas o la calidad de vida o los parámetros nutricionales o porque el daño o los efectos secundarios que produce sean desproporcionados al posible efecto favorable³⁵. E incluso para poder afirmar una probable futilidad *relativa* habría que definir cuánto sería razonable o “ético” retrasar el desenlace irreversible en un enfermo con cáncer avanzado mediante una NP, cuánto se debería mantener una NP en una obstrucción intestinal para considerar que el fallecimiento del paciente se ha debido a la progresión tumoral (“al cáncer”) y no al deterioro del estado nutritivo o cuál es la mejoría en síntomas o en calidad de vida mínima que se consideraría proporcionada. No es posible encontrar una respuesta cerrada a estas cuestiones porque el valor que se dé a cualquier beneficio en calidad de vida o en supervivencia en días, en semanas o en meses tiene un componente subjetivo³³ que, además, es probable que esté sesgado por inercias, expectativas y ansiedades. Y entre los sesgos que influyen en esta valoración habría que incluir también el valor cultural que se da a la alimentación del enfermo². Aunque la amenaza real no sea tanto el menor aporte de nutrientes como la progresión del cáncer, paciente y cuidadores suelen ver la nutrición -también la NP- como el cordón umbilical necesario para la vida³⁶: su vivencia es la de tener que optar entre aceptar la NP o morir (“do or die”²⁶). De hecho, en un ensayo con distribución aleatoria de NP en pacientes oncológicos que de promedio vivieron menos de dos semanas, el problema de aceptar



entrar en el estudio era el miedo a que se le asignara al brazo control, es decir, solo hidratación, sin NP, porque se entendía como una condena a morir por desnutrición²². En este escenario emocional, cualquier conversación *serena* con el paciente para definir a priori *cuándo* y *por qué* se le debería retirar una NP¹⁵ parece algo más teórico que real.

El problema ético en el empleo de NP en una obstrucción intestinal maligna sería cómo definir y afrontar una futilidad relativa primaria en que los datos de la evidencia científica hacen pensar que el beneficio en supervivencia -si lo hay- es demasiado limitado como para recomendarla. Es cierto que en cáncer avanzado se considera que las dos variables más relevantes son la supervivencia y la calidad de vida, sin darle a cada una un peso definido ya que, en función de las circunstancias, podría ser razonable desde una perspectiva ética que un tratamiento se administre tanto “con la intención de prolongar o preservar la vida (aceptando si es necesario que la calidad de vida pueda empeorar de manera transitoria)” como “con la intención de mejorar o preservar la calidad de vida (aceptando si no queda más remedio que la expectativa de supervivencia se pueda acortar)”¹⁹. En esta línea, al considerar que puede haber no tanto un impacto en supervivencia como, sobre todo, en variables como parámetros nutricionales (datos analíticos que el paciente no percibe) o calidad de vida, la NP habría que valorarla desde la perspectiva ética de una futilidad relativa pero secundaria³⁷, lo que justificaría “probar” a emplearla en pacientes concretos con el compromiso de suspenderla en caso de que por falta de eficacia y/o complicaciones “no se alcance el objetivo deseado”¹⁹, si bien los criterios de evaluación pueden ser poco objetivos. Si lo que se busca es un beneficio en supervivencia, puede ser muy difícil determinar en un paciente si *sigue vivo* gracias o no a la NP. Y en un escenario en que la ausencia de NP genera un impacto emocional muy alto es también muy complicado hacer una evaluación objetiva del origen de la posible mejoría en la calidad de vida a la vez que se tiende a minimizar el peso tanto de las limitaciones y de los riesgos médicos (infecciones, ingresos) como del coste que supone.

En todo caso, habría que evitar esta “prueba” sea la justificación o la excusa para comenzar una NP en que luego (por inercia y por el conflicto emocional que supone retirar medidas de soporte) se minimice el peso de los criterios objetivos para



suspenderla. No sería de extrañar que, en la práctica, una NP “de prueba” se pueda llegar a mantener no como algo transitorio y en evaluación sino como un tratamiento de soporte necesario -vital- que genere una dependencia (física y emocional) que lleve a que pacientes y cuidadores rechacen retirarla una vez iniciada.

¿NP como función de *punte*?

Es fácil entender la función de *punte* de la NP cuando hay un compromiso localizado del tránsito digestivo susceptible de una medida paliativa local. Si la demora para aliviar este problema local (mediante una derivación o una endoprótesis) se prolonga puede ser prudente emplear en ese tiempo nutrición artificial ya que se prevé que tras esta técnica el paciente vuelva a ser capaz de nutrirse de manera autónoma.

Como se ha comentado, en una obstrucción intestinal maligna establecida tiene poco sentido pautar una NP únicamente en función de una estimación *pronóstica* incierta y poco fiable, sabiendo que además es probable que genere una situación de dependencia sin un impacto relevante en la supervivencia. A la vista de esta limitación, sería razonable que también en estos pacientes el criterio ético de una posible indicación de NP se fundamentara, más que en el pronóstico estimado, en el posible efecto de la NP como *punte* que permita dar soporte nutricional a un paciente con una expectativa razonable de mejoría que le pueda permitir dejar de depender de esta NP a corto o medio plazo. De este modo, la NP se situaría en un contexto ético cercano al de los tratamientos, como la ventilación mecánica, que sustituyen una función orgánica. Son terapias invasivas que suelen hacer de *punte* para que el paciente supere un periodo en que él es incapaz de realizar la función, pero con la expectativa de que la recupere. Y, precisamente porque suele faltar esta condición de reversibilidad, muy raramente tienen indicación en un enfermo con una enfermedad progresiva que ensombrece el pronóstico a corto (o medio) plazo, como es el paciente oncológico avanzado. Este perfil ético coincide también con cómo se valora un posible ingreso en cuidados intensivos: no se tiene en cuenta solo el problema actual de insuficiencia funcional o de inestabilidad en las constantes vitales sino las expectativas de recuperación.

Aceptar este criterio supone asumir que es muy poco probable, casi excepcional⁸, administrar NP como *punte* hacia una recuperación esperable en enfermos con



obstrucción intestinal maligna establecida ya que no es previsible que la causa que está originando la obstrucción intestinal (y, con ella el problema nutricional) desaparezca. En cierto modo, entender la NP como *punte* supone aceptar que no va a haber una indicación basada en una estimación pronóstica *numérica*, sino que su empleo estará condicionado a una eficacia futura entendida como la capacidad de recuperar la ingesta autónoma. En un escenario así, el papel de *prueba* del empleo de la NP sería fácil de evaluar ya que se podrían definir plazos concretos con un criterio sencillo como es la recuperación de la ingesta autónoma suficiente, que se encuentra al margen de valoraciones subjetivas de eficacia de la NP.

En todo caso, la posibilidad de valorar una la NP en el enfermo oncológico avanzado con obstrucción intestinal maligna como *punte* está necesariamente abierta a personalizar la indicación en un equipo multidisciplinar que tenga también en cuenta las circunstancias y los valores de cada paciente. Haría falta considerar en cada caso el contexto de la historia natural del proceso y de la situación y de la actitud del enfermo y conocer “cómo se ha llegado hasta aquí”, es decir, la evolución del tumor y de los tratamientos y cómo la ha vivido el paciente. Esta personalización puede ayudar a discernir si hay o no una expectativa razonable de que la NP pueda ayudar a mejorar no tanto la calidad de vida del paciente como, sobre todo, a cambiar de manera sensible el pronóstico y la evolución de la enfermedad. En esta línea, la NP se podría plantear como una ayuda para que el enfermo oncológico con un compromiso intestinal que no consigue una nutrición adecuada vía oral o enteral pueda estar en condiciones de recibir quimioterapia, sobre todo si hay expectativas razonables, basadas en la evidencia, de respuesta con este tratamiento⁴. Es cierto que hay estudios que sugieren un beneficio en supervivencia en pacientes que reciben NP y quimioterapia, aunque es probable que se trate de enfermos seleccionados, en buenas condiciones y con cuadros obstructivos incompletos en que la NP tendría más una finalidad de ayuda nutricional que de soporte vital. En todo caso, esta NP dirigida a poder administrar quimioterapia se debería entender igualmente como *punte* y, por tanto, se debería restringir a situaciones con una expectativa razonable de respuesta (mantenida) que permita recuperar la autonomía para una nutrición autónoma. Por este motivo, no sería prudente justificar una NP de cara a una quimioterapia en tumores poco sensibles o cuando ya se han



administrados líneas previas de tratamiento con escaso beneficio: una quimioterapia sin unas condiciones adecuadas se asocia a un riesgo desproporcionado de que las posibles toxicidades se potencien.

Conclusión.

Hay tres problemas que se asocian entre sí a la hora de valorar la posibilidad de emplear NP en la desnutrición debida a obstrucción intestinal maligna. El primero es un problema diagnóstico ya que se etiquetan como obstrucciones intestinales desde los procesos obstructivos irreversibles por carcinomatosis peritoneal a los cuadros suboclusivos que tiene un curso ondulante con agudizaciones y remisiones que, aunque pueden limitar la nutrición oral o enteral, no llegan a impedirla completamente³⁸. El segundo problema es pronóstico. Por una parte, mientras que los episodios transitorios pueden asociarse a supervivencias prolongadas, los cuadros irreversibles suelen tener una expectativa de vida de semanas o pocos meses, aunque se tienda a sobreestimar el pronóstico de estos enfermos. Por último, está el problema terapéutico, derivado de los dos anteriores junto con el sesgo de tratamiento propio del personal sanitario y la carga cultural y psicoemocional de la alimentación y la nutrición que llevan a administrar NP a pacientes en que el beneficio probablemente no sea proporcional a la complejidad y el riesgo de complicaciones.

La mayoría de las guías consideran que un criterio selectivo para pautar NP en un enfermo con cáncer avanzado es el pronóstico debido al cáncer. Sin embargo, en pacientes con obstrucción intestinal esta referencia no suele ser realista salvo en algún subgrupo de buen pronóstico como los tumores de origen peritoneal con crecimiento lento y un comportamiento más indolente³⁹. En este escenario parece más adecuado considerar como criterio de empleo de la NP en el paciente oncológico avanzado con obstrucción intestinal maligna que sirva como *punte* de soporte nutritivo para superar una situación transitoria en que el aporte se prevé insuficiente para las necesidades del paciente.



Referencias.

- 1 de Oliveira Benarroz M, Borges Damião Faillace G, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Cad Saúde Púb.* 2009; 25(9): 1875-1882.
- 2 Cardenas D, Raynard B, Blot F. Nutrition, ethics and cancer, “to name things wrongly is to add to the misfortune of the world”. *Clin Nutr Open Sci.* 2023; 48: 17-26.
- 3 Sanz Rubiales A, del Valle Rivero ML, Flores Pérez LA. Datos que se transmiten por tradición. *Med Paliat.* 2016; 23(2): 106-108.
- 4 Arends J, Baracos V, Bertz H, Bozzetti F, Calder PC, Deutz NEP, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer related malnutrition. *Clin Nutr.* 2017; 36: 1187-1196.
- 5 Roeland EJ, Bohlke K, Baracos VE, Bruera E, Del Fabbro E, Dixon S, et al. Management of cancer cachexia: ASCO Guideline. *J Clin Oncol.* 2020; 38(21): 2438-2453.
- 6 de las Peñas R, Majem M, Perez-Altozano J, Virizuela JA, Cancer E, Diz P, et al. SEOM clinical guidelines on nutrition in cancer patients (2018). *Clin Transl Oncol.* 2019; 21: 87-93.
- 7 Basto Clemente de Oliveira e Magalhães MA, Correia Ribeiro da Costa e Silva MP, Resende Figueiredo Duarte IM. Dimensión ética de la nutrición e hidratación artificial en los pacientes terminales. *Rev Bioet.* 2024; 32: e3604ES 1-13.
- 8 Bozzetti F. The role of parenteral nutrition in patients with malignant bowel obstruction. *Support Care Cancer.* 2019; 27: 4393-4399.
- 9 Tuca A, Guell E, Martinez-Losada E, Codorniu N. Malignant bowel obstruction in advanced cancer patients: epidemiology, management, and factors influencing spontaneous resolution. *Cancer Manag Res.* 2012; 4: 159-169.
- 10 Laval G, Marcelin-Benazech B, Guirimand F, Chauvenet L, Copel L, Durand A, et al. Recommendations for bowel obstruction with peritoneal carcinomatosis. *J Pain Symptom Manage.* 2014; 48: 75-91.
- 11 Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr.* 2017; 36: 11-48.
- 12 Bozzetti F, Arends J, Lundholm K, Micklewright A, Zurcher G, Muscaritoli M. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Non-surgical oncology. *Clin Nutr.* 2009; 28: 445-454.



- 13 Ocón Bretón MJ, Luengo Pérez LM, Virizuela JA, Álvarez Hernández J, Jiménez Fonseca P, Cervera Peris M, et al. Soporte nutricional y nutrición parenteral en el paciente oncológico: informe de consenso de un grupo de expertos. *Endocrinol Diabetes y Nutr.* 2018; 65: 17-23.
- 14 Del Olmo García MD, Moreno Villares JM, Álvarez Hernández J, Ferrero López I, Bretón Lesmes I, Virgili Casas N, et al. Nutrición en cuidados paliativos: resumen de recomendaciones del Grupo de Trabajo de Ética de la SENPE. *Nutr Hosp.* 2022; 39(4): 936-944.
- 15 Moreno Villares JM, Virgili Casas N, Ashbaugh RA, Wanden-Berghe Lozano C, Cantón Blanco A. Grupo de Ética de SENPE. Nutrición parenteral domiciliaria en pacientes con obstrucción intestinal maligna. Consideraciones éticas. *Nutr Hosp.* 2024; 41(1): 255-261.
- 16 Arends J, Strasser F, Gonella S, Solheim TS, Madeddu C, Ravasco P, et al. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open.* 2021; 6: 3100092
- 17 Fine RL. Ethical issues in artificial nutrition and hydration. *Nutr Clin Pract.* 2006; 21: 118-125.
- 18 Madariaga A, Lau J, Ghoshal A, Dzierżanowski T, Larkin P, Sobocki J, et al. MASCC multidisciplinary evidence-based recommendations for the management of malignant bowel obstruction in advanced cancer. *Support Care Cancer.* 2022; 30: 4711-4728.
- 19 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.* 2016; 35(3): 545-556.
- 20 Mcluskie A, Bowers M, Bayly J, Yule MS, Maddocks M, Fallon M, et al. Nutritional interventions in randomised clinical trials for people with incurable solid cancer: A systematic review. *Clin Nutr.* 2025; 44: 201-219.
- 21 Sowerbutts AM, Lal S, Sremanakova J, Clamp A, Todd C, Jayson GC, et al. Home parenteral nutrition for people with inoperable malignant bowel obstruction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018, Issue 8. Art. No.: CD012812.
- 22 Oh SY, Jun HJ, Park SJ, Park IK, Lim GJ, Yu Y, et al. A randomized phase II study to assess the effectiveness of fluid therapy or intensive nutritional support on survival in patients with advanced cancer. who cannot be nourished via enteral route. *J Palliat Med.* 2014; 17; 1266-1270.
- 23 Bouleuc C, Anota A, Cornet C, Grodard G, Thiery-Vuillemin A, Dubroeuq O, et al. Impact on health-related quality of life of parenteral nutrition for patients with advanced cancer cachexia: results from a randomized controlled trial. *Oncologist.* 2020; 25; e843-e851.



- 24 Lundholm K, Daneryd P, Bosaeus I, Körner U, Lindholm E. Palliative nutritional intervention in addition to cyclooxygenase and erythropoietin treatment for patients with malignant disease: Effects on survival, metabolism, and function. A randomized prospective study. *Cancer*. 2004; 100(9): 1967-1977.
- 25 Obling SR, Wilson BV, Pfeiffer P, Kjeldsen J. Home parenteral nutrition increases fat free mass in patients with incurable gastrointestinal cancer. Results of a randomized controlled trial. *Clin Nutr*. 2019; 38: 182-190.
- 26 Patterson M, Greenley S, Ma Y, Bullock A, Curry J, Smithson J, et al. Inoperable malignant bowel obstruction: palliative interventions outcomes - mixed-methods systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2023; 13: e515-e527.
- 27 Ong XS, Sultana R, Tan JS, Tan QX, MinWong JS, Chia CS, et al. The Role of total parenteral nutrition in patients with peritoneal carcinomatosis: a systematic review and meta-analysis. *Cancers*. 2021, 13, 4156.
- 28 Bozzetti F, Santarpia L, Pironi L, Thul P, Klek S, Gavazzi C, et al. The prognosis of incurable cachectic cancer patients on home parenteral nutrition: a multi-centre observational study with prospective follow-up of 414 patients. *Ann Oncol*. 2014; 25: 487-493.
- 29 Seow H, Barbera L, Sutradhar R, Howell D, Dudgeon D, Atzema C, et al. Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. *J Clin Oncol*. 2011; 29(9): 1151-1158.
- 30 Franke AJ, Iqbal A, Starr JS, Nair RM, George TJ. Management of malignant bowel obstruction associated with GI cancers. *JCO Oncol Practice*. 2017; 13: 426-434.
- 31 Dzierzanowski T, Sobocki J. Survival of patients with multi-level malignant bowel obstruction on total parenteral nutrition at home. *Nutrients*. 2021; 13: 889.
- 32 Wanden-Berghe C, Virgili Casas N, Cuerda Compes C, Ramos Boluda E, Pereira Cunill JL, Maiz Jiménez MI. Nutrición parenteral domiciliaria en España, 2019: informe del Grupo de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria NADYA. *Nutr Hosp*. 2021; 38(6): 1304-1309.
- 33 Honrubia Fernández T. Tratamiento potencialmente inapropiado en oposición a futilidad y otras cuestiones éticas del caso de Charlie Gard. *Rev Bio Der*. 2018; 43: 245-259.
- 34 Swetz KM, Burkle C.M, Berge KH, Lanier WL. Ten common questions (and their answers) on medical futility. *Mayo Clinic Proc*. 2014;89(7): 943-959.
- 35 Mendoza del Solar G. El concepto de futilidad en la práctica médica. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2008; 21(1): 26-35.



-
- 36 Orrevall Y, Tishelman C, Herrington MK, Permert J. The path from oral nutrition to home parenteral nutrition: a qualitative interview study of the experiences of advanced cancer patients and their families. *Clin Nutr.* 2004; 23: 1280-1287.
 - 37 Pardo A. Comentario al caso: Nutrición en paciente oncológico. *Cuad Bioet.* 2016; 27: 97-99.
 - 38 Tobberup R, Thoresen L, Falkmer UG, Yilmaz MK, Solheim TS, Balstad TR. Effects of current parenteral nutrition treatment on health-related quality of life, physical function, nutritional status, survival and adverse events exclusively in patients with advanced cancer: A systematic literature review. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2019; 139: 96-107.
 - 39 Velasquez DA, Dhiman A, Brottman C, Eng OS, Fenton E, Herlitz J, et al. Outcomes of parenteral nutrition in patients with advanced cancer and malignant bowel obstruction. *Support Care Cancer.* 2024; 32(3): 206.