

Universidad Panamericana
Dirección de Sistema Bibliotecario

Tesis Digitales - Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

Queda **prohibida la reproducción total o parcial** de este trabajo, por cualquier medio o procedimiento, sin la autorización expresa y por escrito del autor. Cualquier uso no autorizado será sancionado conforme a la Ley Federal del Derecho de Autor.

El uso de esta obra podrá ser utilizado únicamente con fines **académicos e informativos** y deberá citar la fuente dónde la obtuvo mencionando el autor o autores.



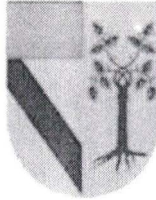
Biblioteca

Campus CDMX

BIBLIOTECA
UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

FACULTAD DE FILOSOFIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
SECRETARIA DE EDUCACION PÚBLICA



“Reflexiones Bioéticas en la Práctica de la Nutrición Clínica general y en el Paciente Terminal”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

**MAESTRÍA EN HISTORIA DEL
PENSAMIENTO**

P R E S E N T A :

ALICIA PARRA CARRIEDO

**DIRECTOR DE TESIS: DR. HÉCTOR VELÁZQUEZ
FERNÁNDEZ**

MÉXICO, D.F.

2009



* 1 1 6 8 1 8 *

T
FIL
2009
P32r
Es.2

CLASIF: _____
ADQUIS. 116818
FECHA. _____
COSTO. _____

*Dedico este trabajo a cinco mujeres de las
que he aprendido tanto...*

Mi Mamá,

*Tu sabiduría, el camino a seguir; tu fortaleza, el ejemplo para
persevera; Tu amor, el ingrediente más importante para ser*

Mi hija Paulina,

*Eres increíble, me contagia tu alegría y tu gran sentido común, estoy
orgullosa de ti, me has enseñado tanto...*

Mi tía Angela,

tu ánimo y ejemplo de vida me han inspirado siempre

Mi colega, maestra y amiga Ana Bertha,

Tu guía, apoyo y ánimo ha sido determinantes en mi carrera

Mi maestra Marcela

Me abriste los ojos al mundo...

*Hay gentes en tu vida que a su paso tocan
tu alma y te convierten en una mejor
persona...gracias.*

Indice General

Introducción	1
I. Bioética: historia, posturas, fundamento y principios	
I.1.-Breve historia de la Bioética	3
I.2.-Posturas Bioéticas	8
I.3.-La dignidad personal como fundamento de la bioética	12
I.4. Principios Bioéticos	15
II. Nutrición Clínica y Bioética	
II.1. Nutrición Clínica. Qué es y cómo funciona	21
II.1. 1. Ambitos de aplicación de la bioética en Nutrición	23
II.1.2. Evaluación Nutricional y la entrevista	24
II.2. La bioética en la práctica clínica	28
II. 2.1. La estructura ética del acto de alimentarse	29
II.2.2. La actitud profesional: Actos clínicos. Actualización. Secreto Profesional. Colegiación. Relaciones profesionales con colegas	31
II.2.3. La responsabilidad de la salud personal	34
II.2.4. Fraudes. Manipulación comercial e influencia de los medios de comunicación	36

II.2.5. Concepto de Calidad de Vida	53
II.3. La investigación en nutrición y los derechos de los enfermos	54
III. Nutrición en el Paciente Terminal. Reflexiones Bioéticas	
III.1. La enfermedad terminal y la agonía	56
III.2. La Eutanasia	59
III. 3. Apoyo Nutricio en el paciente terminal	61
III.3.1. Alimentación natural y artificial (Apoyo Nutricio)	61
III.3.2..Aspectos Técnicos del apoyo nutricio	62
III.3.3. Aspectos Bioéticos de la nutrición en el paciente terminal	72
III.4. Manejo de la alimentación en las diferentes etapas del enfermo terminal según Elizabeth Kübler-Ross	83
Conclusiones	85
Anexos	
Anexo #1- Código de Etica Profesional. Colegio Mexicano de Nutriólogos	93
Anexo #2-NOM-174-SSA-1998 Para el manejo integral de la obesidad. Cap. 11 y 12	101

Anexo # 3- Capítulo único de la regulación sanitaria en materia de etiquetado de suplementos alimenticios- Ley General de Salud	103
Bibliografía General	108

Indice de Tablas

Tabla No. 1 Principios, Normas y Obligaciones de los profesionales de la salud	21
Tabla No. 2 –Aspectos éticos en la Investigación epidemiológica	55
Tabla 3- Diagnóstico de la fase agónica	59
Tabla No. 4- Situaciones que requieren técnicas de alimentación artificial	63
Tabla No. 5- Indicaciones para la alimentación por vena periférica o vena central	70
Tabla No. 6- Manifestaciones clínicas de la deshidratación terminal	81

Reflexiones Bioéticas en la Práctica de la Nutrición Clínica General y en el Paciente Terminal

Introducción

De las necesidades humanas básicas, donde se incluyen: la libertad, la recreación, el trabajo, la vivienda, el vestuario, el afecto, la salud, la educación; la alimentación juega un papel fundamental, vital para la subsistencia como seres vivos. Pensar la nutrición como un derecho humano sería como pensar en el derecho de respirar aire puro, o en el derecho a vivir. ¿Acaso es necesario declarar que tenemos derecho a comer? Pareciera que sí, y la reflexión acerca de algo tan obvio toma carácter universal, cuando vemos como comunidades enteras son devastadas por la hambruna y la desnutrición extrema al otro lado del mundo, y cómo en nuestros propios países y casi frente a nuestros propios ojos, la inseguridad alimentaria va en aumento y los casos de malnutrición por exceso o por déficit y el hambre oculta nos van rodeando.¹

Ante un panorama epidemiológico como el que tenemos en nuestro país y la mayoría de los países occidentales, en el cual las enfermedades crónico-degenerativas ocupan las primeras causas de morbi-mortalidad, nos encontramos cada día con más pacientes obesos, diabéticos, cardiopatas, hipertensos, etc. quienes viven más años, y viven “controlando” –en el mejor de los casos- estas condiciones crónicas que merman su

¹ Araujo Yaselli, M., *Bioética y Nutrición en Salud Pública.. Cuadernos de Bioética* ISSN 1132-1989 Vol.12 N° 46 . 2001 p.385-392 Cátedra Educación y Comunicación. Escuela de Nutrición y Dietética. Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. p.1.

calidad de vida y su economía. Los hábitos alimenticios contribuyen a la enfermedad o a la salud, dependiendo la calidad de los mismos. La dieta constituye un pilar fundamental en la conformación de la salud. Educar a la población, al paciente y a sus familiares, evaluar y dar tratamiento nutricional son algunas de las principales acciones del nutriólogo clínico. Sin embargo, en la práctica cotidiana nos encontramos con situaciones que requieren una valoración bioética, desde el orientar al paciente con obesidad quien está inundado de una serie de productos “milagrosos”, la paciente con trastornos de la conducta alimentaria obsesionada por los modelos de delgadez extrema que los medios de comunicación contribuyen a promover, decidir hasta qué punto debemos indicar una dieta super restringida en muchos nutrimentos –y por lo tanto casi incomible- en un paciente con nefropatía cuando nos dice que prefiere que su enfermedad progrese a comer así, hasta decidir si debemos de seguir alimentando e hidratando al paciente terminal....¿hasta donde la ciencia? No podemos considerarnos más allá del bien y del mal, tal como sugieren las tesis positivistas, es decir, como científicos moralmente neutros. Tan pronto como bajamos a la práctica desaparece la ciencia y nos encontramos con el científico, es decir, con el hombre que toma decisiones, y estas decisiones suyas son necesariamente buenas o malas.

La nutrición en su estatuto de ciencia requiere de un cuerpo de normas bioéticas que regulen su práctica en forma individual: la relación con los colegas, los clientes, la profesión y la sociedad, tal como de manera excelente lo declara el Código de Ética del Colegio Mexicano de Nutriólogos². Sin embargo, dada la complejidad y diversidad

² *Código de Ética Profesional del Nutriólogo*. Colegio Mexicano de Nutriólogos, A.C. Aprobado por la Asamblea General del CMN el 26 de Abril de 1999.

de las áreas que abarca la profesión y las situaciones cotidianas que se presentan en la práctica, se consideró necesario revisar aspectos de la práctica de la nutrición clínica que ameritan una reflexión bioética, y que teniendo dicho código carácter general, resulta insuficiente para dar luz específica a situaciones concretas de la práctica clínica. Se analizaron por un lado diversos aspectos tales como el significado del acto de alimentarse, la actitud profesional, la responsabilidad de la salud personal del paciente, la manipulación comercial y la curandería, el concepto de calidad de vida, por un lado, y por el otro los aspectos bioéticos de la nutrición en el paciente terminal. Estas reflexiones se hicieron desde una postura de la bioética personalista, cuyo fundamento yace en la dignidad del ser humano. Este trabajo deja ver la gran necesidad de ampliar y especificar este tipo de reflexiones en todas las áreas de nuestra profesión, y actualizarlas a las situaciones “del día”.

I. Bioética: historia, posturas, fundamento y principios

I.1.-Breve historia de la Bioética

La bioética es una corriente de pensamiento que hunde sus raíces en tiempos lejanos; los comienzos documentados históricamente son los escritos que tradicionalmente se atribuyen al médico griego Hipócrates (alrededor de 460-370 a.C.). Síntesis de lo esencial de esa ética puede ser considerado el llamado Juramento de Hipócrates. Elaborado en ambiente y cultura paganos, fue recogido y parece también que completado en algún punto, en ambiente cristiano.

En épocas más cercanas, a finales del siglo XIX los problemas morales sobre la vida y la salud humana eran objeto de la teología moral de la Iglesia católica. A finales del siglo XIX, Giuseppe Antonelli, sacerdote y profesor de ciencias naturales publicó en 1891 la obra *Medicina pastorales in usum confessoriorum*, en dos grandes volúmenes. La *Medicina pastoral* se convirtió en una nueva materia, al menos en las universidades eclesiásticas y en muchos seminarios. A lo anterior se añade la intervención del Magisterio Pontificio debida a Pío XII.

En la década de los sesenta sucedieron algunos hechos que terminaron por provocar un interés nuevo y difundido en los problemas éticos en el ámbito de la vida y la medicina. La divulgación de abusos cometidos en la experimentación con seres humanos y en otros ámbitos de investigaciones biomédicas suscitó discusiones vivaces en la opinión pública y en el mundo científico, con significativas repercusiones también a nivel político. Otros de los hechos y acontecimientos biomédicos y culturales que fueron determinantes para el surgimiento de la bioética fueron los siguientes:

1) La aparición en la revista *Life Magazin* en 1962 de un artículo sobre los criterios de selección de los candidatos a receptores del tratamiento de hemodiálisis renal, ¿Qué criterios seguir para establecer las razones preferenciales de aplicación de esa reciente técnica biomédica renal? ¿A quienes corresponde tomar esas decisiones?; 2) la aparición de unos polémicos artículos en el *New England Journal of Medicine* en 1966 en los que se reflejaba la tendencia a abusar de la experimentación científica en la línea de las brutales experiencias de los nazis en los campos de concentración alemanes; 3) en 1967 el Dr. Christian Barnard realizó el primer trasplante de corazón humano en la historia; 4) en

1975 la joven norteamericana Karen A. Quinland ese encontraba en estado de coma presuntamente irreversible y sus padres pidieron a la dirección del hospital que se le retirara la respiración artificial que la mantenía viva, el resultado fue el reconocimiento legal por parte del Tribunal Supremo de N. Jersey en 1976 de "derecho a morir en paz y con dignidad". Este caso desató el debate sobre la eutanasia.

Ante el creciente poder manipulador de la vida humana por parte de muchos científicos se puso al rojo vivo la cuestión de fondo sobre si todo lo que es técnicamente posible puede ser éticamente justificable.

En 1967 se produjo en el terreno académico la fundación del primer departamento de ciencias humanas para estudiantes de medicina en el campus de Pennsylvania. En este contexto y gracias al filósofo Daniel Callahan y al psiquiatra Willard Gardin se fundó en Nueva York en el año de 1969 el *Institute of Society, Ethics and Life Sciences*, también conocido como Hastings Center.

El término de *bioética* fue utilizado por primera vez en 1970 por el oncólogo Van Rensselaer Potter en un artículo titulado "*Bioethics: the Science of survival*". Bajo la denominación de *bioética*, Potter propuso la creación de una nueva disciplina intelectual cuyo objeto formal sería el problema de la supervivencia de la humanidad sirviendo de puente entre la ética clásica y las ciencias de la vida. Así, Potter llegó a la convicción de que la biología podría ser la clave para acercarnos a las ciencias humanas y desde ellas construir un puente firme para asegurar la supervivencia y la calidad de la vida en el futuro.

Paralelamente el obstetra André E. Hellegers introdujo el término *bioética* en el campo académico y el biomédico, en la

administración pública así como en los medios de comunicación. Ya en 1971 programó académicamente la nueva disciplina denominada bioética para la Georgetown University de Washington. La bioética para Hellegers era concebida como una síntesis de ciencia y ética. El componente científico vendría dado por las ciencias tanto biológicas como sociales. Y el ético, por todas las aportaciones provenientes de la reflexión moral tanto de los sectores propiamente religiosos como seculares. La bioética se afirma como disciplina académica nueva en la que los moralistas forman un frente común con biólogos, filósofos y teólogos moralistas.

La bioética tuvo un éxito muy rápido; en pocos años surgieron Centros e Institutos universitarios de bioética, Comisiones y Comités de bioética a diversos niveles; también apareció una rica floración de revistas científicas de bioética. Desde 1984, los siete países más industrializados organizan una *Conferencia Internacional de Bioética* en la que participan expertos elegidos por los gobiernos. En diciembre de 1992 se constituye la *Asociación Internacional de Bioética* (AIB); menos de un año después en septiembre de 1993, la UNESCO constituyó un *Comité Internacional de Bioética*, cuya sede se encuentra en París.

La medicina ha cambiado más durante los últimos cincuenta años que durante los cincuenta siglos anteriores, y como afirma Claude Bernard, el espectacular desarrollo de la medicina es fruto de dos revoluciones que se han producido en rápida sucesión: “la revolución terapéutica, que comienza en 1937 con las sulfamidas, y la revolución biológica, que la sigue con la ingeniería genética y la patología molecular”, otra fuente de nuevos problemas surge de la aparición y difusión de técnicas de reanimación y transplante de órganos;

de la revolución biológica con el dominio que otorga sobre la reproducción, el patrimonio genético y el sistema nervioso.

La rapidez de la aceptación de la bioética en la sociedad contemporánea es un signo y una prueba evidente de que la bioética constituye una respuesta a una expectativa y necesidad profunda y ampliamente distribuida. Así, la bioética está constituida por el confluir de dos factores, que están relacionados e interactúan entre sí: por un lado, un nuevo progreso sin precedentes de las ciencias biomédicas, que plantean nuevos e inquietantes problemas; por otra, la sensibilidad de algunos estudiosos acostumbrados a la reflexión ética en los problemas que se refieren a la vida y a la salud.³

Los rasgos de la bioética surgida gracias al rápido desarrollo de las técnicas bio-médicas, pueden reducirse a los siguientes:

-Secularización. Significa la desvinculación formal de la bioética de cualquier referencia religiosa u obediencia confesional.

-Interdisciplinar. En colaboración e interacción con todas las ciencias implicadas en el gran proyecto común que es la salud y el bienestar social.

-Enfoque prospectivo. La bioética se presenta como más beligerante y en nombre del progreso biomédico apuesta por la presunta inadecuación e invalidez de las respuestas de la

³ González Pérez U., *Ubicación de la ética, la bioética y la ética médica en el campo del conocimiento*. Rev Cubana Salud Pública. 2002;28(3).

Ciccione, L., *Bioética. Historia. Principios. Cuestiones*. Ediciones Palabra, Madrid, 2005. p. 11-20

Bázquez, N., *Bioética. La Nueva Ciencia de la Vida*. Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid, 2000. p.5-11

ética clásica y de la teología moral para responder a los retos de la biotecnología.

-Enfoque social de la persona del enfermo y de la enfermedad. La bioética considera a la persona en su globalidad como persona y como parte de una familia y de una sociedad determinada; supone la primacía de la dimensión social sobre la personal del enfermo y de la enfermedad.

-Sistemática y científica. En el sentido de que la bioética propugna el análisis lógico y la búsqueda coherente de las soluciones a los dilemas morales a partir de unos criterios referenciales o principios fundamentales científicos, objetivos y racionales.

Así, la definición de bioética en la *Enciclopedia of Bioethics* de W.T. Reich versa: “*el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de los principios morales*”; de acuerdo con esta consideración, la bioética es formalmente una rama de la ética, de la que recibe el estatuto epistemológico básico y con el que mantiene una relación de dependencia justificadora y orientadora. Los contenidos materiales le son proporcionados a la bioética por la realidad del cuidado de la salud y por los datos de las ciencias de la vida como la biología, la medicina, la antropología, la sociología. El análisis de los temas, aunque tiene una omnipresente referencia a la ética tiene que ser llevado a cabo mediante una metodología interdisciplinar.⁴

⁴ Bázquez, N., *Bioética. La Nueva Ciencia de la Vida*, P. 71-74

1.2.-Posturas Bioéticas

Estando de acuerdo en el papel medular de la ética dentro de la conformación de la bioética, surge la inevitable pregunta: “¿Qué valores y qué principios morales?”, o “¿Quién decide qué es bueno o qué debe hacerse y qué no en las disciplinas biomédicas?”. Desde el inicio de la especulación bioética se planteaban dos caminos: primero, garantizar unos principios de acción verdaderamente universales, que lo serían supuestamente solo si se postulaban al modo de los principios religiosos, resultando así una bioética *religiosa*, basada en los dogmas y la fe; o segundo, proponer por consenso ético mínimo una serie de reglas de conducta para la ciencia, evitando así introducir principios universales o de orden religioso, constituyendo esta segunda, una bioética *laica*, fundada sobre la razón y los valores de la conciencia personal. Hasta un pasado no muy lejano, en las sociedades occidentales, cuyo nervio era una civilización y una cultura de inspiración cristiana, existía un marco de valores y principios éticos compartidos. El proceso de secularización-des cristianización ha disuelto ese marco. Hoy vivimos en una pluralidad cultural que también incluye el campo de la ética. Pluralidad de planteamientos de la ética, y por lo tanto, de la bioética que es un dato de hecho e inevitable. La disyuntiva entre las bioéticas religiosa y laica trajo consigo problemas insuperables como los que se desprendían de fundamentar la bioética en la razón y la conciencia, pues al ser estas personales, no conferían a la bioética un fundamento de carácter universal.⁵

⁵ Velázquez Fernández, H., *¿Qué es la Naturaleza?* Editorial Porrúa, México, 2007. p.199

Ciccione, L., *Bioética. Historia. Principios. Cuestiones*. P. 27

Actualmente al menos tres grandes versiones de la bioética laica pretenden fundamentar la distinción entre lo lícito e ilícito a partir de la elección de principios:

1) La bioética *evolucionista*, según la cual los valores éticos y bioéticos serían producto de la expresión cultural a partir del egoísmo biológico del hombre que trata de sobrevivir a toda costa. En esta postura sería un absurdo postular principios fundamentales, pues es pragmática y depende de cada época cultural. No hay una definición permanente de ser humano.

2) La bioética basada en el principio de elección autónoma; en ella se promueve la *elección autónoma* teniendo como único límite la libertad del otro. En esta postura se promovería la liberalización de la sociedad de todo atavismo heterónomo que restringiera la plena libertad de conciencia y acción.

3) la bioética *pragmática contractualista* promueve obtener acuerdos intersubjetivos, por medio de cálculo de costo-beneficio como verdad universal.

Estas posturas postmodernas no parten de una noción de naturaleza universal, por lo cual no puede lograr construirse un imperativo moral universal al cual se ajusten investigadores, profesionales de la salud, políticos, etc. y todos los involucrados en el problema bioético.

4) la bioética *personalista*- La antropología sobre la que se fundamenta la bioética personalista procede en gran parte de una veta de pensamiento racional que es la filosofía clásica griega. Para cualquier bioética la vida es un valor, y un valor primario; para la bioética personalista, la vida humana es un valor absoluto, mientras que para las posturas bioéticas anteriores, la vida es un valor solo en determinadas condiciones; en concreto, sólo si posee una calidad

suficientemente “buena”. Se plantea la bioética personalista como una ética de la sacralidad de la vida, y la bioética laica como la ética de la calidad de la vida. Las posturas anteriores derivan de antropologías diferentes. Para una antropología sustancialmente materialista, la vida posee sentido solo si tiene los rasgos de un bien que es posible de gozar. Por el contrario, para la bioética personalista, la vida es inviolable e indisponible. También la bioética personalista acoge y valora el concepto de calidad de vida, aunque evita convertirlo en un absoluto; la calidad de vida tiene, ciertamente, una gran importancia ética, pero no hasta el punto de poder fundamentar en ella la exigencia del respeto de la vida misma.

Es indispensable partir de una correcta noción de vida humana como inicio de la bioética, de los rasgos permanentes y definitivos del ser humano que lo distinguen de los demás seres vivos.

La bioética personalista parte de la esencia del hombre irreductiblemente personal y racional. La naturaleza del hombre la considera esencialmente dinámica al mismo tiempo que estable; como una serie de potencialidades esenciales con la capacidad de despliegue en el tiempo. “el hombre tiene que *llegar a ser* lo que *debe ser* a partir de lo que *ya es*”. La filosofía personalista afirma como esencial en el hombre la racionalidad y la libertad personal, junto con la capacidad de reflexión y de autodeterminación, autoposesión, autogobierno y donación. La bioética debe de fundamentarse sobre una antropología que reconozca el valor intrínseco de la vida y de la dignidad humanas como único

criterio válido para plantear una ética de la vida y de la práctica biotecnológica. ⁶

I.3.-La dignidad personal como fundamento de la bioética

El fundamento antropológico de la dignidad personal hunde sus raíces en la propia naturaleza humana. El punto Terminal de referencia y el origen de cualquier dignidad reside en la suprema valía interior del sujeto que la ostenta. Y es que el hombre no es un medio para ningún fin, sino que es un fin en sí mismo. Afirma Kant: “Aquello que constituye la condición para que algo sea fin en sí mismo, eso no tiene meramente valor relativo o precio, sino un valor *interno*, esto es, *dignidad*”. Algo similar sugiere Sören Kierkegaard, para él, la condición personal entendida en sentido ontológico, como raíz y fundamento de la dignidad, no es “algo inmediatamente accesible; la personalidad es un repliegarse en sí mismo, un *clausum*, un *mystérion*. La personalidad es lo que está dentro, y éste es el motivo de que el término “persona” resulte significativo”. Y Spaemann, se refiere a un “descansar-en-sí-mismo” y a una “independencia interior”. De esta manera, al avanzar a una más definitiva descripción de la dignidad: habría que entender mediante este vocablo aquella excelencia o *encumbramiento* correlativos a un tal grado de interioridad que permite al sujeto manifestarse como *autónomo*. Quien posee un “dentro” en virtud del cual puede decirse que “se apoya o sustenta en sí”, conquista esta “estatura” ontológica capaz de introducirlo en la esfera propia de lo sobre-eminente, de lo digno. ⁷

⁶ Velázquez Fernández, H., *¿Qué es la Naturaleza?* P. 200-203

⁷ Polaino-Lorente, A. *Manual de Bioética General*. 4ª Edición. Ediciones RIALP, S.A., Madrid, 2000. p. 122

Por su naturaleza al hombre le ha sido dado el conocerse a sí mismo, el ser autoconsciente de su propia conciencia, de manera que con su libertad decida o no optar por ser lo que debe. Por la voluntad el hombre se nos aparece como el autor responsable de sus propias transformaciones, de la hechura que como persona alcance a lo largo de todo su despliegue biográfico. Esto quiere decir que cada hombre puede y debe dirigirse libremente a sí mismo hacia su propia perfección. Es precisamente esta dignidad ontológica constitutiva la que debe de fundamentar todo planteamiento ético en la práctica profesional de la Nutrición Humana, como una ciencia de la salud que es.

El *respeto* ha venido considerándose como la actitud correspondiente, la respuesta, a la excelsa eminencia de lo digno. Consiste en no limitar al otro como en autolimitarse a sí mismo en las intervenciones sobre el otro. El respeto no es sino adhesión incondicionada a la trascendencia de la persona. En realidad, el respeto constituye el primer hito en el encaminamiento a la benevolencia, puesto que en ese “permitir ser al otro” estamos queriendo lo que es conveniente para el otro: la satisfacción de su propia trascendencia volitiva.

La dignidad de la persona humana no se ve disminuida por las deficiencias físicas, psíquicas o psicofísicas que se padezcan, de la misma manera que tampoco estas deficiencias hacen que quienes las sufran dejen de ser personas. La condición del enfermo dada su “miseria” –así entendida la enfermedad- no supone ciertamente un incremento de excelencia respecto al individuo sano por lo que atañe a su dignidad fundamental o constitutiva; pero si

Melendo, T. *Dignidad Humana y Bioética*. Ediciones Universidad de Navarra, S.A., España, 1999. p. 25-27

aparenta exigir un robustecimiento de la veneración y del respeto con que se le trata, justo por su vulnerabilidad. El derecho a la dignidad personal es un derecho natural e innato que se funda en la igualdad específica de todos los hombres.⁸

Otro parámetro antropológico sin el que no sería posible la ética es el de la *libertad* del hombre, entendida ésta como interdependencia humana. Y la *solidaridad* es la respuesta – como actitud virtuosa, moral y social- que el profesional de las ciencias de la salud da a la interdependencia en su empeño firme y perseverante por alcanzar el bien personal del enfermo y los individuos de la sociedad en general y, a su vez, acrecer el bien común. Dignidad y solidaridad se exigen en la persona del paciente, reobrando e interactuando recíprocamente una sobre la otra. El desarrollo de la salud y la calidad de vida del paciente a que se nos invita en el ejercicio de la Nutrición clínica es un desarrollo de “máximos”, porque lo que en ella se nos propone es casi siempre irrenunciable para el paciente y, además, porque en bastantes circunstancias entra de lleno en el ámbito de lo que puede ser satisfecho por el profesional de la salud, dado el progreso de las ciencias biomédicas y la peculiar dignidad de la vocación que subyace en quienes realizan estas tareas.

Finalmente, es importante señalar que junto con la dignidad fundamental de la persona humana, la bioética se funda también en la *dignidad del cuerpo humano*, su valor por ser parte de la persona humana, el cuerpo, unido sustancialmente al espíritu, participa de la dignidad del todo personal. Por esta razón el cuerpo no puede ser considerado como un instrumento para el bien de la persona. El cuerpo no se reduce a pura y simple biología, es un cuerpo

⁸ Polaino-Lorente, A. *Manual de Bioética General*. p.124, 128
Melendo, T. *Dignidad Humana y Bioética*. P. 43, 44

“hiperformalizado” por un espíritu. Por ello, la vida humana es el bien fundamental de la persona, en él radican los demás derechos del hombre. No se puede tratar el cuerpo como una cosa más del universo sino como un elemento esencial de la persona humana, que porta una dignidad prestada de la misma persona. La máxima dignidad para el hombre es ser persona, y el cuerpo es una expresión de esta dignidad fundamental. Es por lo anterior que el atender a las necesidades más básicas del mismo como lo es nutrirse, y hacerlo en forma que promueva su salud y desarrollo o cura en caso de enfermedad, es un derecho y deber moral. Los profesionales de la nutrición estamos comprometidos con ese deber moral para con la sociedad en general y con nuestros pacientes en particular.⁹

1.4. Principios Bioéticos

Los dilemas éticos en relación con la atención médica existen en la medicina desde la época de Hipócrates (400 a. C). Los preceptos éticos del Juramento Hipocrático han constituido, a lo largo de los siglos, la unidad y el fundamento de la ética médica, venciendo los límites temporales, culturales, nacionales y religiosos.

La práctica de la medicina tradicionalmente se ha inspirado en la búsqueda del bien de la persona enferma y se ha guiado por la prudencia, según la máxima de “primum non nocere”. Sin embargo, la Bioética como disciplina no surge hasta la segunda mitad del siglo XX, como se describió anteriormente. En el año 1974, el Congreso de los Estados Unidos creó una comisión para elaborar directrices éticas con el objetivo de proteger y garantizar los derechos de las personas incluidas en estudios de investigación biomédica, ya que habían sido

⁹ Ciccone, L., *Bioética. Historia. Principios. Cuestiones*. P. 129, 131, 133

en algunas ocasiones, hasta ese momento, víctimas del afán experimentador de los científicos. Como consecuencia, en 1978 se redactó el informe Belmont, uno de los primeros documentos escritos sobre bioética. En éste se reconocía la necesidad del respeto a la opinión de las personas enfermas (autonomía), de la práctica profesional benéfica y de la justicia. Un año más tarde, Beauchamp y Childress introdujeron en la reflexión bioética el concepto de no maleficencia que es aceptado universalmente como cuarto principio. En el momento actual, el cuerpo de conocimientos científico-técnicos, con sus riesgos de procedimientos invasivos, ha ampliado mucho el abanico de situaciones en la que se puede actuar causando mal, incluso sin pretenderlo, que se suman a los errores evitables: la excesiva precipitación en los diagnósticos, la ausencia de formación continua y la negligencia profesional. Así pues, el antiguo principio de beneficencia se complementa hoy con el de no maleficencia.¹⁰

A continuación se describen los cuatro principios “Clásicos”

1º Principio de autonomía o respeto de la autonomía del paciente

Se ha condensado esencialmente en la autonomía del paciente: el consentimiento informado. El paciente, destinatario de la propuesta, es una persona normalmente capaz de elecciones conscientes y libres, y su dignidad de persona exige que sea él quien elija si acepta o rechaza la propuesta del médico, la decisión debe de ser fruto de una valoración la cual solo es posible después de un conocimiento

¹⁰ Beauchamp, T.L. & Childress, J.F., *Principios de ética biomédica*. Masson, Barcelona, 1999

Costa Alcaraz AM, & Almenro Padilla C., *Los principios de la bioética: Beneficencia y no maleficencia*. Introducción a la Bioética 2004 en: www.fisterra.com/formacion/bioetica/pdf/beneficencia.pdf p.2

suficiente de la intervención que se propone realizar, de las ventajas que se esperan obtener con fundamento y de los riesgos y daños que comporta. Si el consentimiento se establece sobre esta base de información, se le puede llamar “informado”. Debe de ser libre o voluntario; es decir habría que añadir a lo anterior la libertad de cualquier presión proveniente del exterior. Un problema lo plantean los pacientes incapaces de decisiones verdaderamente autónomas: niños menores de edad, enfermos mentales, sujetos en coma, etc.

2° Principio de ausencia de daño

Este principio expresa la obligación de no producir daño intencionalmente. En la ética médica se ha asociado estrechamente al dicho “primum non nocere” de la obra de Hipócrates, sin embargo, el principio de ausencia de daño presenta hoy implicaciones completamente nuevas, como, por ejemplo, la necesidad de clarificar la distinción entre matar y dejar morir, entre suspender y abstenerse de tratamientos, especialmente con referencia a los enfermos terminales y a los pacientes con lesiones graves e irreversibles.

3° Principio de beneficencia

En ética biomédica, el principio expresa que el profesional de la salud tiene siempre la obligación de tener como objetivo el bien del paciente. En el modelo tradicional de relación entre médico y paciente, el principio era evidente y de fácil aplicación. Se ha hecho susceptible de plantear problemas y conflictos debido a varios cambios culturales, empezando por los que han llevado a establecer el principio de la autonomía del paciente. A esto se ha añadido la superación de una concepción de bien reducida a bien físico, y la difusión de

una concepción más rica, que abarca el bien total de la persona en su integridad y en su entorno social y familiar. Por lo anterior se ha hecho particularmente difícil descubrir criterios fundamentados con validez para localizar cuál es el verdadero bien en cada una de las situaciones concretas.

4° Principio de justicia

El Estado reconoce a todos los ciudadanos, sin distinción, el derecho al cuidado de la salud, considerada también como bien social, y de modo correlativo se encarga de proporcionar todo lo que asegura el efectivo respeto de ese derecho.

Conforme a los principios anteriores el paciente actúa guiado por el principio moral de la autonomía; el especialista en salud, el de beneficencia; y la sociedad, por el de justicia. La ética médica ha de hacer lo posible por respetar escrupulosamente, y al mismo tiempo, la autonomía, la beneficencia y la justicia.

El modelo bioético personalista como se describió anteriormente, recoge lo mejor de la herencia de la reflexión antropológica y ética sobre el tema de la vida y el cuidado de la salud, desarrollada a lo largo de los siglos en el Occidente cristiano, sobre la base de los elementos elaborados por los grandes filósofos de la antigua Grecia. Esta fundamentación antropológica ofrece una sólida justificación a los principios éticos, dentro de un marco coherente de concepciones. Los principios propuestos por la bioética personalista son los siguientes:

1° La vida física es un valor fundamental, condición de cualquier otro valor

Se puede hablar de valores solo con referencia al hombre vivo. Sobre la dignidad de la vida humana, en tanto que vida de la persona, se funda, ante todo, el principio de su inviolabilidad, es decir, que es éticamente inadmisibles cualquier acto que disponga directamente de una vida humana, tanto propia como de los demás. También se funda para todo hombre el compromiso de realizar el desarrollo más pleno de las virtualidades de que la persona es portadora.

2° El respeto a la dignidad de la persona

Se trata de la prohibición absoluta de instrumentalizar a la persona. Reducirla a un medio para conseguir ventajas que no son para ella es dejar de tratarla como sujeto y pasar a tratarla como objeto. Para conferir un fundamento suficiente a este principio puede bastar solamente el reconocimiento a la persona humana del puesto de vértice de toda la realidad en la que vivimos. Y obtiene el fundamento más sólido sobre la base de una antropología abierta a la trascendencia.

3° El principio de la libertad-responsabilidad

Se afirma que todos los sujetos operantes en lo que constituye el ámbito de la bioética deben respetar, cada uno en sí mismo y en los demás, la dignidad de sujetos que actúan basándose en elecciones conscientes y libres y respetando los valores que se encuentran en juego.

4° Principio de totalidad

Afirma que la parte es para el todo. La persona es un todo unitario compuesto de partes, lleva a la afirmación de que por el bien de la persona es lícito llegar a privarla de una parte cuando no existe medio de conseguir ese bien de otro modo.

Así, a estos principios se pueden añadir los “principios clásicos”; recibidos dentro de la concepción personalista, les proporciona a éstos una fundamentación antropológica de la que carecen, y con una correcta jerarquía, confirman y en parte complementan los principios básicos propuestos por la bioética personalista. Ya que la antropología personalista en la cual se basa la correspondiente bioética, pone en el centro la persona y consiente definir el verdadero bien que se pretende; con esta base por ejemplo, el principio de autonomía no quedaría expuesto al riesgo fácil de proporcionar una legitimación de elecciones arbitrarias, por lo es por ejemplo, el suicidio; y termina por coincidir sustancialmente con el principio de responsabilidad correctamente entendido. ¹¹

El Dr. Alfredo Castillo Valery (1994) elaboró una tabla muy didáctica, en la cual muestra claramente los *principios, normas morales y obligaciones* de los profesionales de la salud. Esta tabla constituye una herramienta útil para orientar la práctica del profesional de la salud, basada en los principios de la bioética personalista.

¹¹ Ciccone, L., *Bioética. Historia. Principios. Cuestiones*. P. 41-43

Tabla No. 1 Principios, Normas y Obligaciones de los profesionales de la salud

<i>PRINCIPIO</i>	<i>NORMA MORAL</i>	<i>OBLIGACIONES</i>
AUTONOMIA (*)	No coartar la Libertad	Consentimiento Válido. Respetar decisiones.
BENEFICIENCIA (*)	Promover el bien	Atención respetuosa y de alta calidad.
PRIVACIDAD (*)	Mantener Secreto Médico.	Resguardo de confidencias. Respeto por intimidad.
NO INDUCCION DE DAÑO	No inducir dolor ni discapacidades evitables.	Análisis Riesgo/Beneficio. No prolongar el morir.
SANTIDAD DE la vida	No matarás	Preservación de la vida.
Calidad de la vida	Refuerza los valores positivos de la persona	Alivio del sufrimiento.
Justicia distributiva	Dar a cada quien lo que necesita.	Adecuada distribución de recursos. Apropiado nivel de atención.

(*) Conforman la **Dignidad de la Persona Humana**, lo más valioso que poseemos, nuestra dignidad.

Adaptada de: Castillo¹²

II. Nutrición Clínica y Bioética

II.1. Nutrición Clínica. Qué es y cómo funciona.

La nutrición es una ciencia relativamente nueva, cuyo surgimiento es a partir de la química y la fisiología. Es una

¹² Castillo VA., *Aspectos Ético-Morales sobre Asistencia del Paciente Terminal. Muerte Encefálica. Donación de Órganos.* Cuadernos de la Federación Médica Venezolana 1994, No. 8, citado por Araujo Yaselli, M. *Bioética en Nutrición.* en www.fundaciónbengoa.org/informacion_nutricion/bioetica_nutricion.asp

ciencia multidisciplinaria. En el año de 1962, el Council of Food and Nutrition definió la nutrición como la *ciencia de los alimentos, de los nutrimentos y otras sustancias respecto a su acción, interacción y balance en relación a la salud y enfermedad y los procesos por los cuales el organismo ingiere, digiere, absorbe, transporta, utiliza y excreta sustancias de los alimentos.*¹³

La nutrición clínica es la ciencia de la nutrición aplicada al logro o mantenimiento del estado de salud en una situación clínica dada, como puede ser un desnutrido o un obeso.¹⁴

No se puede refutar la importancia de la nutrición durante todo el ciclo de vida. Debemos comer para vivir. Sin embargo, cada vez se aprecia más la importancia de la nutrición en etapas específicas de crecimiento, desarrollo y el envejecimiento. Por mucho tiempo se ha reconocido el efecto de una nutrición apropiada durante el embarazo sobre la salud del lactante y la madre en los años consecutivos a la procreación. La nutrición materna, y posiblemente la nutrición paterna, antes de la concepción, afecta la salud del recién nacido. Hoy en día se reconoce que lo que tiene "origen fetal" tiene efectos mucho más duraderos que lo que al principio se pensaba. Si bien la influencia de la nutrición apropiada permanece inadvertida hasta la adultez, los hábitos alimentarios que protegen contra las enfermedades crónico-degenerativas las cuales aparecen en la adultez, deben instaurarse durante la infancia; la progresión de estas enfermedades puede acelerarse o enlentecerse dependiendo

¹³ Salas-Salvadó, J. *La nutrición: una ciencia multi e interdisciplinar*. Rev Esp Nutr Comunitaria, 2005;11(4):200-201

¹⁴ Bolet Astoviza M., *Algunos problemas filosóficos de la nutrición: la ética en la atención nutricional del paciente*. Rev Cubana Med Gen Integr 2004;20 N°.1 ene-feb-2004 ISSN 0864-2125 p. 1

de la calidad de la alimentación del individuo, la función del sistema inmunitario, la predisposición genética individual, la práctica de ejercicio, etc. El establecer buenos hábitos alimentarios durante la infancia además, reduce la posibilidad de trastornos de la conducta alimentaria, cuya incidencia ha ido en aumento en los últimos años. Con el rápido crecimiento en la población senil, ha surgido la necesidad de ampliar los datos limitados sobre nutrición en este grupo de población, cada vez se viven más años, pero la cuestión de cómo se viven, es decir, la calidad de vida, cobra una mayor relevancia cada vez. ¹⁵

II.1. 1. Ambitos de aplicación de la bioética en Nutrición

Ya desde el juramento Hipocrático se hacía mención de la utilización de medidas dietéticas para el beneficio de los enfermos con objeto de protegerlos del “daño y la injusticia”.

¹⁶

Actualmente, podemos inter-relacionar la bioética con diversas áreas de la Nutrición y la Ciencia de los Alimentos como son: con la Investigación (ej. National and Hispanic Health and Nutrition Examination Survey, HANES. 1995), con Salud Pública (ej. el enfermo y sus derechos, el derecho a la alimentación (UNICEF, 1995) y el estado nutricional como indicador de calidad de vida), con aspectos Legales y Publicitarios (ej. alimentación y grupos vulnerables al fraude (obesos, diabéticos, ancianos, etc), cuñas de televisión y

¹⁵ Mahan LK & Escott-Stump S. *Nutrición y Dietoterapia de Krausse*. Décima edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. México, 2001 p.178

¹⁶ Robles, Gris, J. *Nutrición en el Paciente Críticamente Enfermo*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México, 1996. p. 667

etiquetado nutricional), con la *Praxis* (Práctica Profesional) y el gremio de Nutriólogos (ej. Código de Ética del Colegio Mexicano de Nutriólogos- *anexo 1*), con la Religión y tendencias filosóficas (ej. reglas y creencias judías, católicas, musulmanas, desde vegetarianismo hasta antropofagia), con la Ingeniería Genética y la Biotecnología (ej. Alimentos transgénicos), con Tecnología de los Alimentos (ej. Fórmulas o “alimentos artificiales”, alimentos enriquecidos y/o fortificados y nuevas alternativas alimentarias), con el Deporte (ej. utilización de medios ergogénicos nutricionales), con la Educación (.ej. la educación holística, el discurso pedagógico). Para culminar con esta amplia lista de posibilidades de aplicación de la Bioética en el campo de la Nutrición Clínica y Asistencial, donde la mayor cantidad de artículos publicados se refieren a la administración o suspensión del soporte nutricional parenteral y enteral en diferentes grupos de pacientes con diversas patologías (ej. pediátricos, embarazadas y ancianos con desnutrición, cáncer, SIDA, en estado crítico o terminal), y en donde se intentará en el presente trabajo desarrollar una reflexión en sus diversos aspectos. 17

II.1.2. Evaluación Nutricional y la entrevista

La práctica es de donde emana el conocimiento, es la fuente del conocer; al mismo tiempo, la práctica es el objetivo de conocer y la verificabilidad del conocimiento. La práctica se atiene solo a lo fenoménico, a lo externo, y por ello se realiza

¹⁷ Araujo Yaselli, M., *Bioética y Nutrición*. P.2

la evaluación nutricional de los individuos para conocer su estado nutricional.¹⁸

El mantener una buena nutrición es importante para desarrollar una actividad completa y prevenir las enfermedades. Se pueden evitar o modificar muchas complicaciones debilitantes si se atiende el estado y las deficiencias nutricionales. El tratamiento adecuado de todo enfermo exige una valoración de su estado nutricional, y de la dieta que conlleve, y la interacción de ambos factores en la evolución clínica, así como indagar sobre su situación social, para llegar al diagnóstico.

Por definición el estado de nutrición es la condición resultante de la ingestión, digestión y utilización de los nutrimentos, es por lo tanto, un proceso dinámico.

La evaluación integral del estado de nutrición comprende aspectos antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos; no solo sirve para obtener un diagnóstico estático sino también para conocer los agentes causales de ese estado y detectar riesgos de deficiencias o excesos.

A-Evaluación clínica:

Se realiza a través de una entrevista. Se investiga:

- Historia Clínica
 - Antecedentes personales patológicos
 - Antecedentes personales no patológicos

¹⁸ Bolet Astoviza M., *Algunos problemas filosóficos de la nutrición: la ética en la atención nutricional del paciente*. Rev Cubana Med Gen Integr 2004;20 N°.1 ene-feb-2004 ISSN 0864-2125 p. 2

- Antecedentes heredo-familiares
- Factores que afectan el estado de nutrición, cirugías, signos y síntomas que destaquen mecanismos que impliquen riesgo nutricional (consumo inadecuado, absorción inadecuada, aumento en las pérdidas, aumento en los requerimientos)
- Historia dietética (medicamentos, intolerancias y alergias alimentarias, historia de peso corporal, estilo de vida, actividad física, etc)
- Exploración física (con la finalidad de buscar signos de exceso o déficit de nutrimentos)
- Signos vitales (toma de frecuencia cardiaca y tensión arterial)

B- *Evaluación Antropométrica*

La antropometría es la técnica que se ocupa de medir las dimensiones físicas del ser humano en diferentes edades y estados fisiológicos. Consiste en medir:

- Estatura y peso
- Cálculo e interpretación del IMC de acuerdo a edad y sexo
- Medición composición corporal
 - Medición de masa grasa por impedancia bioeléctrica o medición de panículos adiposos por medio de plicometría (medición de pliegues subcutáneos: bicipital, tricipital, subescapular, suprailiaco)
- Perímetros de cintura y de cadera. Cálculo del índice cintura/cadera y distribución de la grasa corporal

C- *Evaluación bioquímica*

Los indicadores bioquímicos se evalúan en muestras de sangre, orina y heces principalmente, y nos proporcionan información sobre:

- Reservas de nutrimentos
- Concentraciones plasmáticas de los mismos
- Excreción de nutrimentos o metabolitos por orina o heces
- Pruebas funcionales, por ejemplo, inmunológica.

Dentro de las pruebas bioquímicas más utilizadas en la práctica clínica se encuentran:

- Biometría hemática
- Química sanguínea
- Electrolitos
- Perfil de lípidos

D- Evaluación dietética

El objetivo de la evaluación dietética es:

- Conocer los hábitos alimentarios del paciente
- Estimar la cantidad y la calidad de la dieta habitual del paciente y compararla con los lineamientos recomendados
- Estimar el consumo de nutrimentos y compararlo con las recomendaciones específicas para el paciente de acuerdo a su edad, sexo y estado fisiológico

La evaluación dietética es tanto cualitativa como cuantitativa. Existen diversas herramientas entre las que destacan:

- Recordatorio de 24 horas
- Encuesta de dieta habitual

- Frecuencia de consumo de alimentos

Una vez obtenidos los datos clínicos, antropométricos, bioquímicos y dietéticos del paciente, el nutriólogo clínico deberá integrar los datos y conforme al diagnóstico nutricional, elaborar la propuesta terapéutica o dietoterapia correspondiente.¹⁹

Es importante mencionar que la comunicación se encuentra presente en cada momento de la práctica clínica, pues es la base de las relaciones entre las personas y los grupos humanos, y determina en gran medida, la calidad y el clima de las relaciones humanas, lo cual influye decisivamente en la calidad de la atención a la salud, especialmente en la efectividad de las acciones de salud. Es precisamente el elemento más importante en la relación profesional de la salud-paciente-familia-comunidad. Una de las técnicas de comunicación más utilizada es la entrevista, la cual se debe realizar a profundidad para lograr confianza y constituye la principal fuente de información clínica.²⁰

II.2. La bioética en la práctica clínica

La Bioética es entonces, el conocimiento y la acción interdisciplinaria para resolver los problemas éticos que la ciencia y la tecnología ofrecen en la atención y el cuidado de la vida y la salud. La relación especialista-paciente es un elemento decisivo en la práctica de la nutrición clínica, y está

¹⁹ Benito Trejo, A. *Evaluación del estado de nutrición*. En: Pérez Lizaúr, A. B. y Marván Laborde, L., *Manual de Dietas Normales y terapéuticas*. 5ª. Edición, Ediciones Científicas la Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V., México, 2005 p. 57, 65, 69-70

²⁰ Lee, R.D & Nieman, DC. *Nutritional Assessment*. Third edition, Mc Graw Hill, New Cork, 2003. p.1-5, 356-361

modulada por factores sociales y culturales, y se da en un plano intelectual y técnico, pero también afectivo y ético.

La Nutrición bajo el contexto clínico nos circunscribe al ambiente hospitalario y al ambulatorio si del sector público se trata, o, a la clínica y a la consulta privada si nos ubicamos en el sector privado de la atención en salud. En cualquiera de los escenarios, nos encontraremos con una *Comunidad Interrelacionada*, compleja, interactuante y sinérgica, donde cada uno de los entes que la componen debe ser considerado como *Persona Humana*: sujeto espiritual, asiento de la vida moral de un ser humano; respetando sus características de ser intemporal, poseer libre albedrío, interioridad y dignidad.

¿Cómo participa la Bioética en el entorno clínico? Como ética de la responsabilidad, la Bioética conjuga lo deontológico (a priori), determinado por los principios, con lo teleológico (a posteriori), subordinado a las consecuencias. De esta forma, ante el hecho moral, la persona toma una decisión autónoma, racional, bajo un proceso civil, pluralista, universal y sobre todo deliberativo.

A continuación se revisarán algunas situaciones en la práctica de la nutrición clínica en las que se llama a la reflexión bioética.

II. 2.1. La estructura ética del acto de alimentarse

Hay que distinguir entre los actos humanos y los actos del hombre. Lo propio de los actos humanos es su procedencia del entendimiento y de la voluntad. Los actos humanos son propios y exclusivos del hombre, y por eso, específicamente humanos. Los actos humanos son los que realiza la persona

conociéndolos y queriéndolos previamente, es decir, los realiza en el ámbito de la libertad.

La Filosofía Moral es la que se ha encargado del estudio de ese orden que la razón introduce en los actos de la voluntad. El acto voluntario fue definido por Tomás de Aquino como *“lo que procede de un principio intrínseco con conocimiento del fin”*.²¹

Los actos del hombre, en cambio, designan aquellas operaciones que, realizadas en el hombre o por el hombre, éste no las conoce –o las conoce de modo muy imperfecto– o no las quiere o, por último, no es libre para realizarlas o no. Los actos del hombre, al no haber sido realizados libremente, no hacen a la persona responsable de ellos. En consecuencia, aunque todos los actos humanos son realizados por el hombre, no todos los actos del hombre son actos humanos.

La conducta alimentaria podría ser calificada por muchos como un acto del hombre, en función del fuerte compromiso existente entre la acción significada por ella y la corporalidad de quien así actúa. Pues bien, el hecho de alimentarse es, en muchas circunstancias, un acto humano y no un acto del hombre. Basta considerar la conducta alimentaria de un enfermo que debe de seguir una determinada dietoterapia. En este caso, el alimentarse no es una mera conducta aperitiva, sino que aquí se apela a la razón para discernir el mayor beneficio que obtendrá de comer los alimentos indicados y no los excluidos en su plan de alimentación especial. La elección y el uso activo de la voluntad para determinarse a seguir lo que el imperio del juicio práctico le presenta como aplicable y ejecutable; y, el uso pasivo que esa persona debe de hacer de todas las facultades y funciones que recibiendo su impulso de la voluntad participan en llevar a término dicha conducta consumatoria. Así se observa, como

²¹ Tomás de Aquino, *Summa Theologiae*, I-II, q.6, a.1

la conducta alimentaria no siempre puede reducirse a un mero acto del hombre, sino que, en este caso concreto, es un real y verdadero acto humano, en el que lo espiritual obviamente, coopera a ella de forma más relevante que lo meramente corporal.

El enfermo al seguir su dietoterapia realiza un acto específicamente humano, ya que compromete su entendimiento y su voluntad libremente en lo que hace, mientras su yo queda implicado en lo elegido. Esto quiere decir que, tanto el origen como el término de su conducta estaban enraizados en sus propios presupuestos cognitivos y volitivos y en las propuestas que para sí mismo se hizo. Quien así elige su dieta –dadas las circunstancias de tener indicada una dieta específica- , se sentirá protagonista de lo que hace, y también responsable de ello, como consecuencia de la egoimplicación que estaba a la base de su propia acción.

Los actos humanos implican un conocimiento intelectual del fin de la acción que se está realizando, proceden de un principio intrínseco y son libres.²²

II.2.2. La actitud profesional: Actos clínicos. Actualización. Secreto Profesional. Colegiación. Relaciones profesionales con colegas.

Lo propio de las consultorías profesionales es dar consejos. Y eso es lo que hace aquí el entendimiento. Sería impropio de los consultores tomar decisiones, porque su actividad no va más allá de emitir un “dictamen” –si pudiera llamarse así a la evaluación nutricional- y dar un consejo –si pudiera llamarse así a la orientación alimentaria y a la dietoterapia-.²³

²² Polaino-Lorente, A. *Manual de Bioética General*. p. 139-141

²³ Polaino-Lorente, A. *Manual de Bioética General*. p. 144

Hay actos clínicos acertados y humanamente exitosos sin que ello necesariamente satisfaga los criterios de la ética. Entonces, para que los actos terapéuticos sean exitosos deben de satisfacer primeramente la condición de la libertad humana, ante la que antes o después han de rendir cuentas.

Tan anético sería el comportamiento del clínico que, erróneamente replegado en su interioridad, se desentendiese por completo de los nuevos avances tecnológicos que acontecen en su especialidad como el de quienes persiguiendo a toda costa el triunfo tecnológico se adhieran a cualquier técnica, por innovadora aunque no ética. Cada uno a su modo atentaría, aunque de modo diverso –pero atentaría-, contra la dignidad del enfermo.

El secreto profesional surge de una promesa tácitamente formulada, antes de recibir una confidencia, por una persona destinada por su cargo o profesión a recibir cierto género de revelaciones personales. El secreto profesional ha surgido como consecuencia de una serie de normas morales, históricas y escritas algunas, transmitidas por la tradición y la costumbre. Representa una garantía social y es indispensable en la práctica para muchas profesiones y oficios. El secreto médico nace de la libre confianza, de la libre entrega del enfermo a su médico. Puede definirse como la obligación debida a las confidencias que el médico recibe de sus pacientes hechas con vista a obtener cualquier servicio de los que integran esta profesión. El tipo de medicina que se ejerce actualmente obliga, de una forma inevitable, a que el contenido del secreto médico trascienda del profesional directamente encargado del paciente, extendiéndose a un cierto número de personas que colaboran con aquel en su

labor asistencial, es decir al equipo de salud, el cual incluye al nutriólogo.²⁴

Las corporaciones de profesionistas presentan, históricamente, una organización interna regulada por estatutos propios. El estatuto supone una especial autoridad y atribuciones reconocidas por el ordenamiento jurídico profesional. La colegiación es una comunidad profesional organizada y necesaria, en la que opera un sentimiento de solidaridad entre sus miembros por esta estos unidos por intereses comunes inherentes al ejercicio de la misma profesión. De tal sentimiento, proviene una vinculación de sus miembros que se manifiesta por el singular deber que supone obligarse a determinados comportamientos recíprocos de respeto, lealtad y asistencia, que son genéricamente llamados deberes de confraternidad o compañerismo. Están ligados, además por una relación orgánica y jerárquica, democráticamente establecida, con el colegio profesional, que ejerce el poder de vigilancia, control y disciplina a efecto de salvaguardar el bien común del grupo que consiste, principalmente, en la independencia, dignidad, prestigio, honor y solidaridad de la profesión de nutriólogo. Las relaciones entre colegas deben estar marcadas por la concordia y la predisposición a la mutua cooperación con el específico propósito de servir mejor a los pacientes. El respeto hacia el colega consiste en algo más que en respeto social que obliga a reconocer a cada uno su valor como persona y a tratarle con corrección y cortesía. El respeto a los colegas se manifiesta, sobre todo, en reconocerles su derecho a tener y mantener sus personales convicciones profesionales y en contribuir a crear un ambiente de tolerancia para la diversidad ideológica que permita la convivencia profesional

²⁴ Gisbert Calabuig, J. *El secreto médico*. En: Polaino-Lorente, A. *Manual de Bioética General*. p. 298-300

pacífica y fructífera. La lealtad con el colega, a nivel institucional o personal, queda delimitada por el logro de los elevados fines de la profesión. Por ello, nunca podrá utilizársela como razón válida para encubrir la conducta incompetente de un compañero que conlleva daños para el paciente, la sociedad o los compañeros. La asistencia mutua es la consecuencia de un afecto propenso a procurar el bien de quienes están unidos por una formación común, una común dignidad, tradiciones comunes e intereses comunes.²⁵

II.2.3. La responsabilidad de la salud personal

¿A quien compete la responsabilidad de nuestra propia salud?

Hoy se ha roto en muchas personas la natural vinculación que hay entre el comportamiento personal y sus consecuencias.

Parece cierta la opinión común, según la cual cada uno piensa que su salud es suya (por lo que puede hacer con ella lo que le venga en gana o incluso abusar de ella), mientras que sus enfermedades y el tratamiento de éstas, no le pertenecen, sino que son transferidas a la sociedad, que, forzosamente, ha de cargar con ellas, hasta restaurar y devolverle la salud perdida, para que tal vez al día siguiente, comience otra vez a malgastarla

Las recientes conclusiones científicas contribuyen a fundamentar la anterior afirmación; en efecto, a cada persona le pertenece su propia salud. Sin embargo no está claro que las consecuencias de un comportamiento insano pertenezcan más a la sociedad que a la persona en que estos efectos acontecen. Se habla mucho del derecho a la salud –está incluido en los derechos humanos- pero en cambio se silencia

²⁵ Muñoz Garrido, R. *La Etica y las relaciones interprofesionales de los médicos*. En: Polaino-Lorente, A. *Manual de Bioética General*. p.279-280

el deber de comportarse de forma saludable. Y es este deber que cada persona tiene, además de para consigo mismo, para con la sociedad.²⁶

El estilo de vida personal, dentro del que se incluye de manera muy importante los hábitos de alimentación, pertenece a la conducta privada; por lo que aunque ésta lo sea, sus consecuencias -la enfermedad- no son exclusivamente privadas. La salud ocupa así, un lugar intermedio entre la responsabilidad individual y social; entre el derecho y el deber a estar sanos, entre la conducta pública y la privada, comportamientos todos ellos en los que los principios éticos tienen mucho que decir.

Tanto el individuo como la sociedad están comprometidos en la salud personal y colectiva. El individuo es responsable de su salud a través de sus hábitos de comportamiento y estilo de vida; la sociedad, a través de las medidas legales, económicas, asistenciales preventivas, etc. En este contexto, la práctica de la nutrición clínica mediante su rol en la orientación alimentaria está comprometida para guiar y apoyar los estilos de vida saludables tanto a nivel individual como de la comunidad.

La adaptación del individuo a la propuesta de un nuevo y más higiénico estilo de vida debe ser siempre voluntaria. Y deja de ser voluntaria, en la medida en que esas campañas a favor de la promoción de la salud se realizan de espaldas a la libre información que debe suministrarse a las personas, información útil, con respaldo científico y aplicable. En algunos casos no parece sino que a través de esas campañas, la promoción de la salud degenera en publicidad, en *marketing*. La influencia de los medios masivos de comunicación en este punto resulta incuestionable, tanto más

²⁶ Polaino-Lorente, A. *Manual de Bioética General*. p. 363-364

cuanto que el resultado de esas campañas se alcanza en gran parte, precisamente a través de su colaboración.²⁷

II.2.4. Fraudes. Manipulación comercial e influencia de los medios de comunicación

Otro tema de gran significación ética es la manipulación de la información nutricional por parte de la industria farmacéutica y de alimentos. Vemos con sorpresa como día a día, por los medios masivos de comunicación (televisión, radio, prensa) nos “bombardean” con productos o entrevistas a supuestos “expertos en nutrición” que no manejan información veraz, sino que responden a intereses mercantilistas y de lucro particular. También existen cada vez más pseudos-profesionistas de la nutrición, y establecimientos para atención de problemas de salud por medios llamados “naturales”, venta de suplementos alimenticios tanto en establecimientos como en cadenas de multiniveles.

Existen grupos de la población que son más propensos al fraude, como por ejemplo:

- *Los Obesos*: ante la angustia y desesperación por perder peso corporal, toman cualquier pastilla o infusión que se encuentre en el mercado para tal fin. O, a través de anuncios publicitarios, se contactan con pseudo-profesionales que ofertan “dietas mágicas”, que hacen perder todo, hasta la vida...
- *Los Ancianos*: otros en su deseo de retardar los procesos de envejecimiento, adquieren productos de altísimo costo y de resultados no comprobados.

²⁷ Polaino-Lorente, A. *Manual de Bioética General*. p. 365-366

- *Los Deportistas*: en su afán de destacarse rápidamente en una disciplina, sobretodo en las de multifuerza y físicoculturismo, los atletas y los principiantes toman sobrecargas de aminoácidos y otros suplementos que le proveen un medio ergogénico extra; algunos se anuncian como “esteroides naturales” que generan supuestamente liberación de hormona de crecimiento; no se cuenta con evidencia científica de que estos productos liberen hormona de crecimiento, lo cual es afortunado porque si lo hicieran quizá generarían acromegalia. Muchos de estos productos no advierten los efectos colaterales adversos, principalmente en las funciones endocrinas y metabólicas del hígado y riñón. No existe ninguna justificación científica que apoye la suplementación de aminoácidos en personas sanas.
- *Los Enfermos Crónicos*: Ciertas enfermedades crónicas y degenerativas, como la diabetes y el cáncer, cuyo control y tratamiento en muchos casos son paliativos, conllevan a quienes las padecen, de ser víctimas de los productos naturistas o a consultar terapias heterodoxas no estudiadas, no dosificadas y no comprobado el principio activo o curativo presente en algunos de ellos.²⁸

La *curandería* puede definirse como la promoción con fines lucrativos de algún programa para la salud, o remedio, cuya utilidad o bien no se comprueba o es nula. Las víctimas de la curandería tienen por lo general alguna o más de las siguientes características:

- *No sospechan el engaño*- Muchas personas piensan que si algo aparece impreso o se publica en los medios

²⁸ Araujo Yaselli, M., *Bioética y Nutrición en Salud Pública*. P.3-4

debe ser cierto pues de lo contrario no se permitiría su publicación.

- *Creen en cosas mágicas*- Muchas personas se engañan con facilidad ante la promesa de una solución sencilla a sus problemas.
- *Se encuentran desesperadas*- Personas que afrontan algún problema de salud grave que la medicina no puede resolver optan por probar casi cualquier cosa que les ofrezca alguna esperanza.
- *Se encuentran enajenadas*- Personas que manifiestan su antagonismo hacia la medicina científica y/o se sienten atraídos hacia métodos de tipo “natural” o no ortodoxos.

Las modas nutricionales y la curandería se promueven mediante varias falacias dentro de las cuales se encuentran las siguientes:

- 1) *El suministro de alimentos es inadecuado desde el punto de vista nutricional porque la tierra se encuentra agotada y los alimentos procesados pierden nutrimentos importantes y son malos para la salud.* Estas falacias se emplean para alentar la adquisición de alimentos “orgánicos”, “naturales” y “alimentos de salud”. Muchos alimentos se promueven a través de lemas que sugieren que son más seguros, más nutritivos o tienen valor terapéutico especial. Se dice que los alimentos que se “cultivan de manera orgánica” se cultivan sin uso de fertilizantes “artificiales” ni pesticidas. En general, estos alimentos no se diferencian de los de tipo “común”, aunque son mucho más caros. La planta absorbe los nutrimentos en estado

inorgánico sin importar que la tierra se prepare con estiércol, composta o fertilizante químico. Las plantas crecen al tener suficientes nutrimentos, y su contenido vitamínico depende de sus genes.

Para muchas personas, la adición del adjetivo “*natural*” al nombre de un alimento o régimen de alimentación, basta para dotarlo de propiedades de las que supuestamente carecen cuando no son objeto de tal calificación. En un sentido estricto, el calificativo “*natural*” solo es aplicable a aquello que se produce espontáneamente sin la intervención de la mano del hombre. Desde el comienzo de la agricultura y la domesticación de animales, las especies vegetales y animales han sido objeto de distintos métodos de cultivo y de crianza, es decir, han sido manipuladas. Por otra parte, no todo lo que crece espontáneamente sin la intervención de la mano del hombre es adecuado para nuestra alimentación; las técnicas de preparación de alimentos los hacen mas comestibles y en muchos casos libres de sustancias toxicas, ejemplo de ello es la yuca o mandioca (*Manihot esculenta*) la cual contiene una sustancia que libera acido cianhídrico, sustancia altamente toxica la cual puede ser eliminada moliendo la raíz de la planta o manteniéndola en agua y posteriormente secándola. Así, la yuca natural es toxica y deja de serlo cuando deja de ser natural. Desde hace mas de medio millón de años, la aplicación del fuego para la cocción de los alimentos permitió al hombre una mayor biodisponibilidad y

palatabilidad de los alimentos al hacer varias especies vegetales comestibles al hombre como son las leguminosas y los cereales, base de su alimentación, por una parte, y por otra parte la cocción de la carne y del pescado permitió eliminar toxinas y bacterias y mejorar digestión y absorción de las proteínas. Actualmente, los métodos de procesamiento de alimentos permiten aumentar su vida de anaquel, mejorar su contenido nutricional como es el caso de la fortificación y reducir riesgos que algunos "alimentos naturales" tienen, como es el caso de la leche recién ordeñada, ya que su consumo tal cual ofrece el riesgo de brucelosis, el cual puede ser eliminado al hervir la leche. La fortificación permite la adición de uno o más nutrimentos a un alimento a fin de mejorar su calidad y para controlar la carencia de algún nutrimento en una población específica. Así, muchos alimentos procesados son más seguros y son superiores en su contenido nutricional a sus equivalentes sin procesar.

Además, cuando de alimentos se trata, el adjetivo "natural" suele emplearse sin tener en cuenta al sujeto al que se destina; no hay inconveniente en admitir que la leche de vaca es el alimento destinado por la naturaleza para la alimentación del ternero durante la primera época de su vida, y que el huevo de la gallina es el alimento destinado al aprovechamiento del embrión de pollo hasta que alcanza el desarrollo necesario para romper el cascarón y alimentarse por su cuenta.

Con la excepción de la leche materna para los primeros meses de vida, ninguno de los alimentos

que nos sirven de sustento posee las proporciones necesarias de todos los nutrimentos esenciales para sustentar la vida.²⁹

2) *Las deficiencias de vitaminas y minerales son comunes.* Este argumento se emplea para persuadir al público de que todo el mundo debe de tomar suplementos. Los estadounidenses gastan millones de dólares al año en “suplementos dietéticos” sin valor o innecesarios. Algunos promotores de estos productos sugieren de manera falsa que es difícil equilibrar la propia dieta, mientras que otros insisten en que el suministro de alimentos es inadecuado e insuficiente para mantener la salud. Otro método frecuente consiste en sugerir que es beneficioso utilizar suplementos para afrontar el estrés, que el “estrés roba vitaminas al cuerpo” y que es necesario reemplazarlas de manera cotidiana. Otros fabricantes añaden diversas falacias que indican que se requieren vitaminas adicionales para afrontar el estrés emocional, el estrés que produce un estilo de vida ocupado y otros sucesos de la vida que provocan estrés. Este tipo de estrés no constituye un estado hipercatabólico verdadero que requiera mayores cantidades de calorías y nutrimentos.

3) *La mayoría de los problemas de salud se deben a una dieta deficiente y pueden tratarse por métodos*

²⁹¿Qué es un Alimento Natural? www.alimentacion-sana.com.ar

nutrimentales. Este tipo de falacias se emplea para promover “suplementos alimenticios”, “alimentos de salud”, y métodos dietéticos del tipo de curanderías. Las enfermedades requieren de evaluación y tratamiento médicos, la dietoterapia o tratamiento nutricional, si bien es una piedra angular en la prevención de muchas enfermedades, constituye un tratamiento complementario y adyacente al tratamiento médico, no sustitutivo del mismo. En cuanto a los “alimentos para la salud”, también llamados *alimentos funcionales*, conviene en este punto aclarar su papel dentro de la salud, ya que, al igual que los suplementos, muchas veces se les concede propiedades “milagrosas”, y no pocas compañías comercializan productos concentrados de frutas, verduras, o ambas cosas, como antioxidantes concentrados contra el cáncer y otras enfermedades; y aunque algunos productos contienen cantidades significativas de estos fitoquímicos, éstos pueden obtenerse con más facilidad de los alimentos y a un costo tremendamente inferior.³⁰

Los alimentos funcionales son aquellos que además de su función nutricional, contienen componentes químicos que tienen una acción biológica o propiedad funcional importante en el mantenimiento de la salud. Una “propiedad funcional” se refiere al papel metabólico o fisiológico general o específico, como por

³⁰Barrett, S & Herbert, V. Tendencias, fraudes y cuandería Shills, ME, Olson, JA, Shike, M & Ross, AC. *Nutrición en Salud y Enfermedad*. Editorial McGraw-Hill, 9ª. Edición, México, 2002.

ejemplo capacidad antioxidante, propiedad de estimular el peristaltismo intestinal, reducción de la absorción de colesterol, función de inmunomodulación, etc. Ejemplo de alimentos funcionales con sus compuestos bioactivos³¹ son: los carotenoides en los vegetales, el licopeno en el jitomate, los glucosinolatos endólicos en las plantas del género *Brassica* (col, brócoli, etc), los probióticos (*Lactobacillus* y *Bifidobacterias*) en las leches fermentadas, etc. con la evidencia científica que apoya beneficios a la salud de estos alimentos funcionales, lo ideal sería promover su consumo dentro de la dieta, y no comercializar sus productos bioactivos anunciando curas a la salud.³²

Pocos suplementos son útiles contra las enfermedades y la mayoría de ellos no debe de tomarse sin supervisión del profesional de la salud.

- 4) *Aunque uno consuma una dieta deficiente, se mantendrá bien siempre y cuando tome suplementos.* Una dieta completa, es decir, que comprenda todos los grupos de alimentos (cereales, leguminosas, grasas y aceites, productos de origen animal, lácteos, frutas y verduras), en las proporciones adecuadas, en la cantidad suficiente, provee al organismo sano de todos los nutrimentos necesarios para sustentar la

³¹ En algunos lugares conocidos también como *nutracéuticos*

³² Lajolo, FM., *Alimentos Funcionales: Aspectos Científicos y Regulatorios*. Dieta y Salud. Año 10, No.1, 2003.

vida y la correcta función de todos los procesos orgánicos.

El Reporte *“Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective”* del Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer, publicado en 2007 señala dentro de sus 10 recomendaciones generales, que se cubran los requerimientos nutricionales a través solamente de la dieta, no a través de suplementos dietéticos.³³

- 5) *Las personas se encuentran en peligro de intoxicación a consecuencia de los aditivos alimentarios y los residuos de pesticidas.* Este argumento junto con acusaciones de que las industrias alimentarias y las agencias reguladoras del gobierno son poco confiables se utiliza para promover la venta de alimentos “orgánicos” y “naturales”. . Los fertilizantes influyen en la composición mineral de las plantas pero estas variaciones casi nunca son significativas para la dieta. Quienes están a favor de la palabra “natural” indican que esta debe de emplearse para designar aquellos alimentos con mínimo de procesamiento y sin aditivos ni conservadores artificiales, lo cual implica que estas sustancias plantean un riesgo para la salud. En realidad, su función es ayudar a que el suministro de alimentos sea seguro, abundante y agradable, además son seguros a las dosis recomendadas sin rebasar los límites bien establecidos; en México, la NOM-033-

³³ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer*. Washington, DC, 2007

SSA1-1993³⁴, legisla el uso y las dosis de dichos aditivos.

- 6) *La experiencia personal es la mejor manera de saber si alguna acción que se relaciona con la salud física es eficaz.* Este argumento alienta a las personas para que confíen en evidencia que se proporciona a manera de testimonios personales, fotos de antes y después, etc. en lugar de estudios científicos.

- 7) *Programas y suplementos que dicen que es fácil perder peso, y los que prometen resultados rápidos y drásticos.* Diversos planes para reducción de peso se promueven ante el público como una solución para la obesidad. Los libros de dietas de moda suelen tener varios aspectos en común, dicen ofrecer algún nuevo concepto revolucionario que se basa en la experiencia personal del autor. Sugieren que determinados nutrimentos, alimentos o combinaciones pueden ser la clave para reducir el peso o evitar que éste disminuya. Tienen información bioquímica poco precisa. Un libro que vendió más de 3 millones de copias (*Las antidiets*) alega que la obesidad provoca la acumulación de “desechos tóxicos” por la asimilación incompleta de alimentos que se consumen en combinaciones erróneas. Para conocer la

³⁴ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-033-SSA1-1993. „Bienes y servicios. Irradiación de alimentos. Dosis permitidas en alimentos, materias primas y aditivos alimentarios

combinación adecuada de los alimentos baste saber que la dieta debe de contener todos los grupos de alimentos diariamente, en las proporciones adecuadas, y en las cantidades suficientes para el estado fisiológico y el mantenimiento de un peso saludable. El plato del buen comer representa este concepto para la orientación alimentaria en nuestro país, se encuentra en la NOM-043-SSA2-2005³⁵, donde además se encuentra la información adecuada para la correcta orientación nutricional.

Muchas dietas de moda están desequilibradas y carecen de nutrimentos específicos. En las últimas décadas, muchos planes dietéticos que figuraron en las listas de los libros más vendidos subrayan el papel de las proteínas: algunos de ellos recomiendan la ingestión de cantidades “ilimitadas”, sin hablar del daño renal que ocasiona el consumo a largo plazo de una sobrecarga protéica. Otras dietas de moda evitan los hidratos de carbono y dan rienda suelta al consumo de grasas y proteínas “sin límite”...se observan reducciones rápidas de peso, básicamente por deshidratación y el efecto de baja de apetito que genera la mayor circulación de cuerpos cetónicos en sangre subproducto del metabolismo de grasas para la producción energética; se han reportado disminución en los niveles de potasio, aumento en colesterol sérico, deshidratación, estreñimiento, etc. producto de omitir grupos de alimentos esenciales para la nutrición

³⁵ NOM-043-SSA2-2005 Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

humana como lo son los cereales, leguminosas y las frutas. Además, cuando los individuos retornan a su dieta "habitual" que contiene hidratos de carbono, se presenta el efecto de "rebote" con el peso.

Otro hecho que no puede dejarse pasar por alto es el uso y abuso de "píldoras para adelgazar", las cuales se anuncian como garantizadas para reducir peso sin esfuerzo, rápidamente y de forma permanente. Aquí se puede caer en 2 categorías de "píldoras" o "gotas" o "chochos": primero, en medicamentos con propiedades farmacológicas que pueden alterar el sistema nervioso central, el sistema cardiovascular (por ejemplo, las anfetaminas y sus derivados), etc.; y en segundo lugar, las "naturales" que en el mejor de los casos carecen de efectos; tal es el caso por ejemplo de píldoras que se ordenan por correo o se venden en multiniveles que indican de manera falsa que bloquean la absorción de almidón, grasa o calorías, o aceleran el sistema para "quemar grasa". Algunas contienen fibras que pueden causar colitis agudas, pero en ningún caso tienen los efectos que proclaman. Existen medicamentos para tratar la obesidad, estos tienen indicaciones muy precisas, dosis y duración de tratamiento determinados, y deben de ser prescritos y controlados bajo estricto control médico.

Varios suplementos anuncian que bajan de peso, o "queman grasa" o "aceleran el metabolismo", por ejemplo, algunos suplementos que contienen picolinato de cromo

publicitan sin fundamentos que facilitan la pérdida de grasa e incrementa la masa muscular magra. Si bien el cromo es un cofactor necesario para la actividad de la insulina, el requerimiento diario de cromo es muy pequeño, de ninguna manera justifica el uso del suplemento. De esta manera, usando “verdades a medias” construyen falacias. Los productos que contienen *ma huang*, una hierba que contiene efedrina, descongestionante nasal y estimulante del sistema nervioso, fue muy utilizada en suplementos para “perder peso” por su efectos estimulantes y la reducción del apetito; fue sacada del mercado por la FDA en febrero de 2004 debido a los riesgos a la salud, incluyendo infartos al miocardio y eventos cerebrales vasculares asociados al consumo de efedra³⁶. En México, la NOM-174-SSA1-1998³⁷, establece los lineamientos para el manejo integral del paciente obeso, incluidos el tratamiento médico, nutricional y psicológico. En el *Anexo #2* se incluyen los apartados 11 y 12 de dicha norma donde se habla de los procedimientos y/o tratamientos que no deberán aplicarse para el manejo de la obesidad, así como lo que no debe de hacerse para anunciar o promocionar tratamientos para la obesidad.

³⁶ FDA Issues Regulation Prohibiting Sale of Dietary Supplements Containing Ephedrine Alkaloids and Reiterates Its Advice That Consumers Stop Using These Products. 6 de Febrero, 2004. www.cfsa.fda.gov

³⁷ NOM-174-SSA1-1998. Para el Manejo Integral de la Obesidad

La FDA (Food & Drug Administration) tiene jurisdicción con respecto al etiquetado de alimentos y fármacos. Según la ley federal cualquier producto “que se vende para usarse con el fin de curar, mitigar, tratar o prevenir alguna enfermedad” es un fármaco. La capacidad legal de la FDA se debilitó por la aprobación de la DSHEA (Dietary Supplement Health and Education Act of 1994)³⁸, que define el término suplemento dietético con inclusión no solo de las vitaminas y minerales sino también de hierbas, aminoácidos y otras sustancias que se “utilizan para suplementar la dieta y aumentan la ingesta dietética total”. Esta ley transfiere la tarea de comprobar la seguridad del producto de la FDA a los fabricantes y permite que los comerciantes empleen literatura de terceras personas como ayuda para su venta. En México, la Ley General de Salud define a los suplementos alimenticios como: productos elaborados a base de hierbas, extractos vegetales, alimentos tradicionales, deshidratados o concentrados de frutas, adicionados o no de vitaminas o minerales, que se puedan presentar en forma farmacéutica y cuya finalidad de uso sea incrementar la ingesta dietética total, complementaria o suplir alguno de sus componentes. Los suplementos alimenticios no podrán contener sustancias con acción farmacológica conocida, y en la etiqueta no

³⁸ DSHEA- Dietary Supplement Health and Education Act of 1994). U.S. Food and Drug Administration. Center for Food Safety and Applied Nutrition. December 1, 1995.

deben ostentar indicaciones preventivas o terapéuticas, ni información relacionada a enfermedades, síntomas, datos anatómicos, fenómenos fisiológicos. Los productos herbolarios requieren para su comercialización una autorización (registro sanitario y permiso sanitario respectivamente) previa evaluación del producto. En cambio los suplementos alimenticios sólo deben dar aviso sin presentar documentación alguna. En el *Anexo #3* se presenta el capítulo único de la regulación sanitaria en materia de etiquetado de suplementos alimenticios.³⁹ El Artículo 6 del Reglamentote la Ley General de Salud en materia de Publicidad, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de mayo de 2000, señala lo siguiente:

La publicidad será congruente con las características o especificaciones que establezcan las disposiciones aplicables para los productos o servicios objeto de la misma, para lo cual no deberá:

- I. Atribuirles cualidades preventivas, terapéuticas, rehabilitatorias, nutritivas, estimulantes o de otra índole, que no correspondan a su función o uso, de conformidad con lo establecido en las disposiciones aplicables o en la autorización otorgada por la Secretaría;

³⁹ Asociación Nacional de la Industria de Productos Naturales, A.C.
www.anipron.org.mx

- II. Indicar o sugerir que el uso o consumo de un producto o la prestación de un servicio, es un factor determinante para modificar la conducta de las personas, o
- III. Indicar o inducir a creer explícita o implícitamente que el producto cuenta con los ingredientes o las propiedades de los cuales carezca.⁴⁰

La solución al problema de la obesidad, nutricionalmente hablando, está en la adquisición de hábitos correctos de alimentación que permitan al individuo consumir una dieta hipocalórica en el contexto de una dieta completa, balanceada y adecuada, que aporte los suficientes micronutrientes y las cantidades de proteínas, hidratos de carbono y grasas para conservar la salud, y paralelamente tener un plan de actividad física.

8) *Programas o pseudos-profesionales que ofrecen determinar el estado nutrimental del organismo mediante una prueba única de laboratorio.* La prueba más común es el análisis del cabello cuyo objetivo es detectar “desequilibrios minerales” o la presencia de “minerales tóxico”. La prueba suele llevarse a cabo con una pequeña cantidad de cabello de la nuca que se envía a un laboratorio comercial para su análisis. El laboratorio emite a continuación un reporte por computadora que sugiere qué suplementos es conveniente prescribir. Algunos profesionales postulan que las alergias

⁴⁰ Ley General de Salud. Última reforma publicada DOF 9 de mayo de 2007

alimentarias pueden ocasionar todo tipo de síntomas e indican que éstas pueden tratarse mediante suplementos y restricción a la dieta. La valoración de las alergias alimentarias y las deficiencias de minerales requiere de una historia clínica y dietética completa, una valoración clínica y pruebas específicas -por supuesto no con una muestra de cabello- en laboratorios certificados y no anexos a las propias compañías que venden los suplementos.

9) *Pseudos-profesionales que dicen que la medicina ortodoxa los persigue y que su trabajo es reprimido porque provoca controversias*

10) *Se oponen la pasteurización de la leche y a la fluoración del agua*

Los peligros de la curandería pueden clasificarse como de tipo económico, indirecto, directo, psicológico y social. Dado que todas las personas debemos ingerir alimentos, el mercado potencial de productos nutricionales milagrosos es muy vasto. Los daños indirectos se generan cuando el uso de algún método no eficaz impide que la persona reciba cuidados efectivos. Se producen daños directos cuando algún método dudoso provoca la muerte, lesiones graves o sufrimiento innecesario a la persona. Los daños son psicológicos, cuando los individuos se culpan a sí mismos porque algún remedio ineficaz falla, o cuando llegan a la conclusión errónea de que recibieron ayuda y se hacen más vulnerables a futuros engaños. La curandería también puede lesionar a la sociedad al ocasionar que un número considerable de personas adquiera creencias erróneas sobre la

naturaleza de las enfermedades, la prevención de las mismas y la mejor manera de tratarlas.⁴¹

Sin duda alguna que los principios bioéticos involucrados en estos casos son, la Justicia y la No-maleficencia, y el deber ser de los entes involucrados (Secretaría de Salud, Colegios Profesionales, Procuraduría Nacional del Consumidor, etc.), son la vigilancia sanitaria, control de los productos expendidos y servicios ofertados, y por supuesto, la educación en salud y en nutrición que se debe impartir regularmente a todo nivel.

II.2.5. Concepto de Calidad de Vida

Parece que actualmente prevalece la tendencia a valorar la vida sólo en base al placer, considerando el sufrimiento como algo insoportable.

Desde el punto de vista exclusivamente clínico, la calidad de vida se refiere a las condiciones biofisiológicas y sociales que aseguran una vida humanamente autónoma.

Desde el punto de vista metafísico, la calidad de vida es un atributo inherente al individuo equivalente al valor, categoría o dignidad del mismo por el mero hecho de ser humano. ⁴²

Se debe siempre valorar la calidad de vida de los pacientes, que es la percepción por parte de las personas o grupos humanos de la satisfacción de sus necesidades, y las oportunidades que se les brinda para preservar o mejorar, en dependencia de que tenga acceso a una alimentación adecuada que contenga las cantidades que necesita de

⁴¹ Barrett, S & Herbert, V. Tendencias, farudes y curnadenría. En: Shills, ME, Olson, JA, Shike, M & Ross, AC. *Nutrición en Salud y Enfermedad*. p.2085-2086

⁴² Bázquez, N., *Bioética. La Nueva Ciencia de la Vida*. P. 346

nutrimentos, tener una capacidad adecuada para el desempeño de actividades físicas, para controlar el estrés, para prever otras enfermedades o complicaciones.

Hay quienes consideran que vale la pena cuidarse y renunciar a algunos placeres con tal de vivir más tiempo; algunos optan por estrujar la vida viviéndola “a tope”, aunque por ello vivan menos años; otros consideran la enfermedad como un castigo o se atribuyen un gran control sobre su estado de salud o identifican la salud y la enfermedad como necesarias consecuencias del estilo de vida que tienen, o tal vez consideran que su estado de salud es totalmente independiente de su comportamiento. Estas y otras posibles tipologías forzosamente han de generar una mayor o menor adherencia a los programas de promoción de la salud. Por eso mismo la consideración ética de estas implicaciones resulta irrenunciable.⁴³

II.3. La investigación en nutrición y los derechos de los enfermos

Desde que se promulgó el Código de Nuremberg (1947), hasta llegar a los más recientes documentos del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS, 1996), muchos han sido los encuentros y consensos mundiales a favor de los derechos de los enfermos y de los sujetos humanos que participan en una investigación biomédica.

La ética del investigador juega un papel fundamental durante todas las fases de desarrollo del proyecto, sin embargo existen tres momentos cruciales en los que la base moral del investigador puede ser más susceptible a influencias externas poco éticas. Estos momentos son: durante el diseño

⁴³ Polaino-Lorente, A. *Manual de Bioética General*. p. 368-369

metodológico y la ejecución, al hacer uso de los resultados y al actuar como árbitro científico.

A continuación se presenta en una tabla, los aspectos éticos principales de la investigación epidemiológica y su asignación a los niveles correspondientes del esbozo moral según el Dr. Diego Gracia:

Tabla No. 2 –Aspectos éticos en la Investigación epidemiológica

<p>Nivel 1: No Maleficencia – Justicia:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilidad social de la investigación. • Corrección técnica del estudio. • Competencia del equipo investigador. • Selección equitativa de la muestra. • Relación beneficio/riesgo apropiada de las intervenciones del ensayo. (*) • Garantía de <i>Clinical Equipoise</i> entre las intervenciones a comparar (No-preferencia clínica o colectiva). *
<p>Nivel 2: Autonomía – Beneficencia:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso de consentimiento informado. • Especial protección de grupos vulnerables y decisiones de sustitución. • Preferencias de asignación. * • Protección de la intimidad y confidencialidad de la información. • Continuación del tratamiento, o de la asistencia sanitaria, después de la investigación

(*) Estos aspectos son más propios de la investigación epidemiológica experimental.

Adaptado de: De Abajo, F.⁴⁴

⁴⁴ De Abajo, F. *Ética de la Investigación epidemiológica*. OPS-OMS. Cuadernos del Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe 1996 Nov;3:7-28 citado por: Araujo Yaselli, M. *Bioética y Nutrición en Salud Pública*. p.4-5

La ciencia de la Nutrición no escapa de estos preceptos. Vemos con asombro como la sociedad científica discrimina positivamente aquellas investigaciones de carácter experimental; mientras más alejada del ser y más sub-especializada sea el área de estudio, mejor. El positivismo y la tecnificación desmedida de las ciencias de la salud, han encontrado su contraparte en la Bioética y los movimientos humanistas. Hoy más que nunca, los investigadores nacionales deben buscar la utilidad social de la investigación en nutrición y tratar de dar respuesta a una diversidad de problemas de interés común.

III. Nutrición en el Paciente Terminal. Reflexiones Bioéticas

III.1. La enfermedad Terminal y la agonía

La enfermedad terminal, mejor enunciada como el síndrome terminal de enfermedad, se define como el estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo.

El diagnóstico del síndrome terminal de enfermedad se basa en la existencia de los siguientes factores:

- a) Enfermedad causal de evolución progresiva
- b) Pronóstico de supervivencia inferior a un mes
- c) Ineficacia comprobada de los tratamientos
- d) Pérdida de la esperanza de recuperación

a) La enfermedad causal ha cursado con períodos de mejoría, periodos de estabilización y periodos de exacerbación o progresión. Durante las fases asintomáticas se han realizado maniobras preventivas o de erradicación. En los periodos de descompensación se han administrado los tratamientos

convencionales, de eficacia comprobada. Al agotarse los tratamientos convencionales, en las fases de reagudización, se han ensayado nuevas estrategias, los últimos avances disponibles e incluso en algunos casos tratamientos experimentales.

b) Los criterios clínicos para establecer el *pronóstico de vida inferior a un mes* son: mal estado general e insuficiencia orgánica(única o múltiple) grave.

Mal estado general: el mal estado general se corresponde clínicamente con la enfermedad terminal cuando coincide con debilidad severa, impidiendo el cuidado y la higiene personal, se asocia a incapacidad para atender cualquier actividad, obliga a estar en reposo y existe deterioro progresivo en las funciones orgánicas básicas (alimentación, descanso, vida de relación). Por consiguiente no entra en esta categoría el déficit del estado general secundario a problemas neurológicos, osteomusculares u otros.

Insuficiencia de órgano: insuficiencia pulmonar, renal, hepática, cerebral u otra, evidenciable por la pérdida funcional y las alteraciones semiológicas y analíticas.

c) Mientras no se han agotado los tratamientos disponibles no puede hacerse el diagnóstico de enfermedad Terminal porque no se cumple el criterio de irreversibilidad.

La existencia de tratamientos alternativos con probabilidades bajas de producir mejoría puede condicionar también el diagnóstico de enfermedad Terminal hasta haber observado si existe respuesta a los mismos. Los nuevos avances terapéuticos pueden lograr mejorar la supervivencia también, remontando una situación clínica muy grave. Por este motivo el cumplimiento del criterio de *ineficacia comprobada de*

los tratamientos ha de basarse en la consulta de especialistas bien informados, quienes pueden asegurar que se han realizado todos los tratamientos adecuados sin obtener resultados favorables.

d) La ausencia de tratamientos alternativos útiles provoca la *pérdida de la esperanza de recuperación*; esto induce sentimientos de impotencia y pérdida de confianza en obtener una mejoría.

En la enfermedad terminal se toman decisiones múltiples y complejas. La responsabilidad debe de ser tomada por el equipo médico y al mismo tiempo el enfermo y la familia.

Es relativamente fácil determinar el paso de la acción curativa a la acción paliativa del síndrome terminal de enfermedad porque la situación clínica lo muestra inequívocamente (ausencia de remedios útiles, deterioro progresivo del estado de salud, mal estado general, etc.); sin embargo hay mayores dificultades en definir cuando debe de cambiarse la lucha por mantener la vida por la lucha para asegurar una buena muerte. Aunque en ocasiones la muerte llega por deterioro lento progresivo, el hecho que marca habitualmente la transición entre el síndrome terminal de enfermedad y la fase de agonía es la aparición de una complicación letal irreversible. Es importante identificar esta situación para prepararse e instaurar los cuidados finales: mantener el apoyo vital es menos importante que el consuelo y la advertencia al enfermo y a la familia. ⁴⁵

⁴⁵ Brugarolas Masllorens, A. *La atención al paciente Terminal*. En: Polaino-Lorente, A. *Manual de Bioética General*. p. 378-380

Tabla 3- Diagnóstico de la fase agónica

DIAGNOSTICO:	ENFERMO CRONICO----	SINDROME TERMINAL+	COMPLICACION
LETAL ----	MORIBUNDO	DE ENFERMEDAD	IRREVERSIBLE
ACTOS MEDICOS:	TRATAMIENTO	TRATAMIENTO	ALIVIAR
CONSOLAR	CAUSAL	PALIATIVO	NO RESUCITACION
OBJETIVOS:	RECUPERACION	CALIDAD DE VIDA	MORIR CON
DIGNIDAD	AYUDAR A		
	BIEN MORIR		

Adaptado de: A. Polaina-Lorente ⁴⁶

III.2. La Eutanasia

En la mentalidad posmoderna se observa el gradual oscurecimiento del valor absoluto de toda vida humana, con su consiguiente inviolabilidad; y el triunfo progresivo de una exigencia de calidad de vida, en virtud de la cual la vida sólo goza de valor si se encuentra en posesión, o puede recuperar, ciertas condiciones de eficiencia, de productividad y de bienestar: sin estas cualidades, la vida se muestra carente de sentido y de valor. Y cuando la vida vale sólo bajo ciertas condiciones, la ausencia de éstas hace que su supresión se presente como algo razonable.

Eutanasia se define etimológicamente como “muerte buena”, descriptivamente, podemos entender por eutanasia: *la muerte indolora inflingida a una persona, consciente o no, que sufre*

⁴⁶ Brugarolas Masllorens, A. *La atención al paciente Terminal*. En: Polaina-Lorente, A. *Manual de Bioética General*. p. 385

*abundantemente a causa de enfermedades graves e incurables o por su condición de disminuido, sean estas dolencias congénitas o adquiridas, llevadas a cabo de manera deliberada por el personal sanitario, o al menos con su ayuda, mediante fármacos o con la suspensión de curas vitales ordinarias, porque se considera irracional que prosiga una vida que, en tales condiciones, se valora como ya no digna de ser vivida.*⁴⁷

Desde el punto de vista de quienes la practican, se habla de eutanasia *activa* y *pasiva*. En el primer caso la muerte de la víctima es provocada o inducida por intervenciones directas. En el segundo, omitiendo aquellas acciones sin las cuales la muerte es segura. Por ejemplo, retirando la medicación normal del enfermo o la alimentación. Cuando se busca que sobrevenga la muerte se habla de eutanasia *directa*. Cuando lo que se pretende es mitigar en alguna medida el dolor físico o moral, a sabiendas de que el tratamiento puede acortar la vida del paciente, la eutanasia se denomina *indirecta*.

El término correlativo de eutanasia es *distanasia*. Consiste en retrasar el advenimiento de la muerte todo lo posible. En este contexto de la distanasia se inscriben las técnicas modernas de prolongación artificial de la vida y que se han ganado el calificativo peyorativo de encarnizamiento o ensañamiento terapéutico. El término que significa el modo ideal de morir es *ortotanasia*. Literalmente significa morir rectamente. Es sinónimo de buena muerte; o sea, ayudar a morir al enfermo sin practicarle la eutanasia ni la distanasia.⁴⁸

⁴⁷ Ciccone, L. *La ética y el término de la vida humana*. En: Polaino-Lorente, A. *Manual de Bioética General*. p.424

⁴⁸ Bázquez, N., *Bioética. La Nueva Ciencia de la Vida*. p. 327-329

III. 3. Apoyo Nutricio en el paciente terminal

III.3.1. Alimentación natural y artificial (apoyo nutricional)

La *Alimentación natural* se refiere a la ingestión por vía oral (masticación, deglución, etc.) de alimentos naturales y preparados por métodos culinarios tradicionales.

Alimentos artificiales

Los alimentos artificiales se refieren a las fórmulas nutricionales industrializadas con diversos tipos de nutrimentos, utilizadas en la alimentación artificial o apoyo nutricional.

Por *alimentación artificial* no entendemos la administración de nutrimentos sintéticos, obtenidos en el laboratorio, sino el aporte de nutrimentos por otra vía diferente a la vía oral – natural-, es decir, por vía enteral o endovenosa, la cual puede prescindir de la sensación de hambre o sed del paciente, y de su deseo de comer, y que se rige por la decisión del médico tratante, deseoso de proporcionarle a su paciente un aporte adecuado de nutrimentos.

Los métodos de alimentación artificial conocidos también como apoyo nutricional, no han mostrado ventajas sobre una alimentación oral bien equilibrada cuando el aparato digestivo es funcional.⁴⁹

⁴⁹ Casanueva, E. , Kaufer-Horwitz, M. Pérez-Lizaúr, A.B., Arroyo P. *Nutriología Médica*. Ed. Médica Panamericana , México, 1995. p. 350

III.3.2..Aspectos Técnicos del apoyo nutricio

En la mayoría de los hospitales del mundo, el apoyo nutricio artificial forma parte ya del arsenal terapéutico. La desnutrición aguda por la interrupción del aporte de nutrimentos o por aporte insuficiente ante demandas acrecentadas por trauma, infección, etc, el desequilibrio entre el aporte y las demandas del paciente lo conduce rápidamente a una desnutrición aguda que ensombrece el pronóstico, alarga el tiempo de hospitalización, facilita las complicaciones y llega a poner en entredicho su sobrevivencia. La alimentación artificial o apoyo nutricio es un avance científico y tecnológico que permite al ser humano gravemente incapacitado para alimentarse por la vía oral, recibir líquidos y nutrimentos que mitigan su sed, evitan su desnutrición y prolongan su vida. Para el sujeto en estado crítico, la alimentación artificial es un tratamiento médico útil, resultado de una decisión clínica y, por tanto, su indicación se subordina al beneficio que le puede causar. Existen indicaciones claramente establecidas para su aplicación. (Ver Tabla No. 4)

La confianza en estos métodos ha llegado al grado de que se considere como negligencia grave el ignorar o no corregir una desnutrición, así como el ignorar o no corregir un desequilibrio hidroelectrolítico.

Con el tiempo, los métodos de apoyo nutricio artificial han dejado la categoría de "*medios extraordinarios*" para conservar la vida, para establecerse como "*medios ordinarios*" de terapéutica médica.⁵⁰

⁵⁰ Casanueva, E. , Kaufer-Horwitz, M. Pérez-Lizaúr, A.B., Arroyo P. *Nutriología Médica*. P. 350

Es necesario considerar riesgos y beneficios. En ocasiones su aplicación es dolorosa o molesta y tiene riesgos y complicaciones muy superiores a la vía oral. Es inaccesible a muchos enfermos pues es costosa y requiere una infraestructura hospitalaria de alto nivel para su aplicación, y cuidados especiales, costosos y permanentes si se traslada al hogar.⁵¹

Tabla No. 4- Situaciones que requieren técnicas de alimentación artificial

Problema fisiológico	Alimentación recomendada	Situación o trastorno clínico
Incapacidad para ingerir alimento	Alimentos líquidos. Vía admón.: oral Sonda nasogástrica o nasoyeyunal Gastrostomía Yeyunostomía	Carcinoma de esófago, estomago, boca, cirugía bucal, enfermedad inflamatoria de esófago, coma
Incapacidad para digerir alimento	Dieta definida químicamente Vía admón.: Oral Sonda nasogástrica o nasoyeyunal	Pancreatitis Enfermedad de vías biliares
Disminución de la capacidad o incapacidad para absorber alimento	Dieta definida químicamente Vía de admón.: Oral sonda Apoyo nutricional por vena periférica Nutrición parenteral total (NPT)	Radioterapia Esprúe Enfermedad inflamatoria del intestino Síndrome de intestino corto

⁵¹ Guzmán Orozco, C.C. & Ortiz Lazcano, *Aspectos éticos en el paciente con apoyo metabólico y nutricio*. En: Robles, Gris, J. *Nutrición en el Paciente Críticamente Enfermo*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México, 1996. p. 667

Incapacidad para manejar el residuo en colon	Dieta definida químicamente Vía de admón.: Oral Sonda Apoyo nutricional por vena periférica NPT	Enfermedad inflamatoria del intestino Preparación para cirugía Ileostomía, colostomía Fístula con drenaje
Incapacidad para satisfacer las necesidades nutricionales plenamente con alimentos normales	Alimentación líquida Suplementación oral Alimentación por sonda Apoyo nutricional por vena periférica Suplemento nutricional por vena central	Cirugía mayor Quemaduras Traumatismos Fiebre prolongada Anorexia de enfermedades crónicas Anorexia nervosa

*Adaptado de: Mahan*⁵²

Tipos de Apoyo Nutricio

El apoyo nutricio es la administración de nutrimentos enterales o parenterales en fórmula si paciente apropiado con el fin de mantener o reestablecer su estado nutricio.

A-Nutrición Enteral

Por definición, enteral significa “dentro o por medio del tubo digestivo”. En la práctica, la nutrición enteral se considera como la alimentación con sonda. El tubo digestivo es más eficaz desde el punto de vista fisiológico y metabólico que la vía intravenosa para la utilización de los nutrimentos. Una vez que se ha valorado al paciente y que ha resultad apto para la nutrición enteral, se selecciona la sonda y la vía de acceso apropiadas para la colocación de la misma. La selección del acceso enteral depende de varios factores: 1) tiempo previsto durante el cual se requerirá de alimentación enteral, 2) grado de riesgo de broncoaspiración, 3) digestión o

⁵² Mahan LK & Arlin, MT., *Nutrición y Dietoterapia de Krausse*. Octava edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. México, 1995. p.516

absorción normales o anormales, 4) si se tiene o no planeada una intervención quirúrgica y, 5) cuestiones relacionadas con la administración como la viscosidad y el volumen de la fórmula.

Acceso enteral:

- **Vía nasogástrica**

Para la nutrición enteral a corto plazo de 3 a 4 semanas, es apropiada una sonda nasogástrica, la cual se introduce por la nariz hacia el estómago, los pacientes con función gastrointestinal y reflejo nauseoso normal toleran este método que ofrece la ventaja de proporcionar los procesos digestivos, hormonales y bactericidas normales que ocurren en el estómago. Los alimentos pueden administrarse mediante inyecciones de cargas o infusiones intermitentes o continuas. Se pueden utilizar sondas blandas, flexibles de poliuretano o silicona bien toleradas, de varios diámetros, longitudes y características de diseño, dependiendo de las características de la fórmula y de los requerimientos de alimentación.

- **Vía nasoduodenal o nasoyeyunal**

Para el apoyo mediante nutrición enteral a corto plazo de 3 a 4 semanas en pacientes con alto riesgo de broncoaspiración, reflujo esofágico, retardo en el vaciamiento gástrico o náusea y vómito persistentes, son apropiadas las sondas nasoentéricas colocadas más allá del píloro. La sonda se introduce por la nariz y el esófago y se inserta en el estómago. La punta de la misma se desplaza hacia el intestino delgado gracias a la actividad peristáltica.

- **Gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) o yeyunostomía (PEJ)**

Es una técnica no quirúrgica para colocar una sonda directamente en el estómago a través de la pared abdominal, la que se lleva a cabo bajo anestesia local utilizando un endoscopio. Las sondas se guían por

Tipos de fórmulas enterales:

- **Poliméricas**

Para utilizarse en pacientes con digestión normal o con alteraciones mínimas; se requiere la capacidad de absorción; contiene proteína intacta; no costosa.

- **Definidas/hidrolizadas (monoméricas)**

En pacientes con afección gastrointestinal que necesitan nutrimentos hidrolizados para mejorar la digestión; se conoce como fórmula químicamente definida, basada en péptidos o elemental.

- **Específicas**

Ideada para la disfunción de órganos o anormalidades metabólicas específicas; puede no ser nutricionalmente completa; productos específicos para enfermedades hepáticas, renales y pulmonares, alteraciones en la función inmunitaria, etc. Son costosas.

- **Rehidratación**

Para pacientes que requieren una razón óptima de carbohidratos simples/electrolitos con el fin de maximizar la absorción de líquidos y electrolitos y la rehidratación.

- **Modulares**

Fórmulas que proporcionan grasas proteínas o carbohidratos como nutrimentos simples para modificar la composición nutricional de fórmulas comerciales o alimentos.

Administración de la fórmula enteral:

- **Carga**

La modalidad de alimentación indicada cuando los pacientes están clínicamente estables y con un estómago funcional es el método de carga mediante jeringa. Las alimentaciones con carga a través de jeringa son más cómodas y menos costosas que las alimentaciones mediante bomba o a gravedad, y deberán fomentarse cuando sean toleradas.

- **Goteo intermitente**

Las cuestiones sobre la calidad de vida suelen ser la razón para iniciar los regímenes de alimentación mediante goteo intermitente que permiten a los pacientes ambulatorios más tiempo libre y autonomía en comparación con las infusiones mediante goteo continuo. Estos alimentos pueden administrarse mediante bomba o goteo por gravedad. Un esquema se basa en cuatro a seis alimentaciones por día administradas durante 20 a 60 minutos.

- **Goteo continuo**

La infusión de fórmula mediante goteo continuo requiere de una bomba. Este método es apropiado en quienes no toleran infusiones de gran volumen como ocurre con los métodos de carga o intermitentes. Los enfermos con alteraciones en la función gastrointestinal a causa de enfermedades, operaciones, tratamiento anti-neoplásico y otros impedimentos fisiológicos son los que más se benefician con la infusión mediante goteo continuo. Aquellos con

yeyunostomía también deben de alimentarse mediante infusión con goteo continuo.

Vigilancia durante la alimentación enteral:

- Peso (por lo menos 3 veces/sem)
- Signos y síntomas de edema (diariamente)
- Signos y síntomas de deshidratación (diariamente)
- Ingresos y egresos de líquidos (diariamente)
- Adecuación de consumo enteral (por lo menos 2 veces/semana)
- Balance de nitrógeno (nitrógeno de la urea urinaria de 24 hrs) cada semana
- Electrolitos en suero, nitrógeno de la urea sanguínea BUN, creatinina, 2-3 veces/semana)
- Residuos gástricos (cada 4 horas)
- Glucosa, calcio, magnesio, fósforo en suero (cada semana)
- Débito y consistencia fecal (diario)

Complicaciones de la alimentación enteral:

- **Problemas de acceso**

Necrosis/ ulceración/ estenosis por presión, desplazamiento/migración de la sonda, obstrucción de la sonda, fuga del sitio de la enterostomía/estoma.

- **Problemas de administración**

Regurgitación, aspiración, contaminación microbiana.

- **Complicaciones gastrointestinales**

Náusea/vómito, distensión/meteorismo/calambres, vaciamiento gástrico tardío, estreñimiento, altos residuos gástricos, diarrea (fármaco/medicamentos, tratamientos/terapias, hipoalbuminemia, digestión

anormal/absorción deficiente, selección, tasa de administración de la fórmula).

- **Complicaciones metabólicas**

Síndrome de reanudación de la alimentación, interacciones medicamentos-nutrientes, intolerancia a la glucosa/hiperglucemia/hipoglucemia, estado de hidratación: deshidratación/sobrehidratación, hiponatremia, hipercaliemia/hipocaliemia, hiperfosfatemia/hipofosfatemia, deficiencia de micronutrientes.⁵³

B- Nutrición Parenteral

La administración de nutrientes de concentraciones variables directamente a la circulación se denomina nutrición parenteral (NP). Este método de alimentación solo es apropiado cuando no es posible utilizar el aparato digestivo.

Los dos tipos principales de soluciones para NP son:

1) isotónicas o ligeramente hipertónicas que se administran por una vena periférica (nutrición parenteral periférica), por lo general como tratamiento nutricional adyuvante y, 2) soluciones hipertónicas a través de una vena central (nutrición parenteral central).

La decisión para utilizar NP central o periférica se basa en las necesidades de energía, el tiempo que se necesitará, el estado de las venas periféricas y las necesidades nutricionales del paciente. *Ver tabla No. 5*

⁵³ Mahan, K.L. & Escott-Stump, S., *Nutrición y Dietoterapia de Krause.*, p.504-513.

Tabla No.5 Indicaciones para alimentación por vena periférica o vena central

Alimentación por vena periférica:

- Interrupción de la alimentación entérica, pero cuando se espera reanudarla en el transcurso de cinco a siete días
- Complemento de las alimentaciones entéricas o como una fase de transición en tanto se satisfacen las necesidades con las alimentaciones entéricas
- Desnutrición leve a moderada que requiere intervención a fin de prevenir un agotamiento mayor
- Ausencia de insuficiencia de órganos que requiera restricción de líquidos
- Índice metabólico normal o ligeramente elevado

Alimentación por vena central:

- Incapacidad para tolerar la alimentación entérica por más de siete días
- Índice metabólico elevado, moderado a intenso
- Malnutrición moderada a grave, que no se corrige con alimentación entérica
- Insuficiencia cardíaca, renal o hepática, u otros trastornos en que es necesario restringir líquido
- Acceso limitado a venas periféricas
- Posibilidad de acceso a una vena central

*Adaptado de Mahan*⁵⁴

⁵⁴ Mahan LK & Arlin, MT., *Nutrición y Dietoterapia de Krausse*, p.523

Vigilancia del paciente con AP:

- **Variables del crecimiento** (en bebés y niños)

Peso (diario), longitud y circunferencia cefálica (solo lactantes) (semanal)

- **Variables metabólicas**

Sangre: electrolitos, glucosa, estado de ácidos y bases (diario), transaminasas, nitrógeno de la urea sanguínea, calcio total en plasma, proteínas totales y fracciones en plasma, amoníaco, magnesio (2-3/semana), hemoglobina, tiempo de protrombina, triglicéridos, cobre, zinc (semanal)

Orina: glucosa y cetonas (2-4/día), densidad específica y osmolaridad (1-4/día), nitrógeno de la urea (semanal).

- **Mediciones generales**

Volumen administrado, ingestión (si hay alguna), diuresis (diario).

- **Prevención y detección de infección**

Observaciones clínicas: actividad, temperatura, etc. (diario), cuenta de leucocitos y diferencial (según esté indicado).

Complicaciones de la NP:

- **Cateterismo de la subclavia**

Neumotórax, hemotórax, hidrotórax, neumotórax a tensión, enfisema subcutáneo, lesión del plexo braquial, lesión de la arteria subclavia, hematoma de la subclavia, tromboflebitis de vena central, fístula arteriovenosa, lesión del conducto torácico, hidromediastino, embolia gaseosa, embolia por fragmento de catéter, colocación errónea de catéter, perforación cardíaca, taponamiento cardíaco, endocarditis..

- **Infección y sepsis**

Sitio de entrada del catéter (contaminación durante la inserción, catéter por tiempo prolongado), contaminación del catéter por infección sanguínea o distante, contaminación de la solución.

- **Problemas mecánicos**

- **Complicaciones metabólicas**

Deshidratación por diuresis osmótica, coma hiperosmolar, no cetósico, hiperglucémico, hipoglucemia de rebote al suspender súbitamente el tratamiento, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipercalcemia, hiperfosfatemia e hipofosfatemia, acidosis metabólica hiperclorémica, uremia, hiperamonemia, desequilibrio hidroelectrolítico, deficiencias de oligominerales, deficiencia de ácidos grasos esenciales, hiperlipidemia.⁵⁵

III.3.3. Aspectos Bioéticos de la nutrición en el paciente terminal

Generalmente los cuidados paliativos se convierten en el objetivo primordial del tratamiento médico del enfermo terminal. Dichos cuidados se enfocan hacia la disminución de dolor, de la angustia emocional, y de los síntomas y molestias tales como: vómitos, náuseas, insomnio, ansiedad, etc. Los alimentos y las bebidas juegan un papel muy importante dados sus efectos psicológicos y fisiológicos. Los alimentos tienen un fuerte significado emocional que incluye valores religiosos, culturales y sociales. En los casos en que la vía oral esté accesible y el paciente goce y acepte del consumo

⁵⁵ Mahan LK & Arlin, MT., *Nutrición y Dietoterapia de Krausse..* p.529

de alimentos, es conveniente minimizar, y si es posible, retirar las restricciones dietéticas impuestas anteriormente, dependiendo, claro está, de las posibles consecuencias negativas. Se recomienda coordinar la administración de analgésicos previa a las comidas con el fin de que el enfermo disfrute al máximo de sus alimentos. Es también importante hacer del momento de las comidas un rato agradable en donde el enfermo encuentre interacción social y familiar.⁵⁶

¿Es delito retirar el soporte nutricional al enfermo terminal?
¿Constituyen la desnutrición y la deshidratación iatrogénicas un delito de negligencia profesional? ¿puede un adulto mentalmente competente rechazar el apoyo nutricio?, Si el adulto es mentalmente incompetente ¿bajo qué circunstancias puede un familiar del paciente demandar la suspensión del apoyo nutricio?, ¿constituye la alimentación del enfermo un cuidado paliativo o una opción de tratamiento médico?

El personal del equipo de salud es víctima de desconcierto ante una decisión de este tipo, ya que por un lado el brindar el apoyo nutricio puede “recuperar” al paciente, no influir en el curso de su enfermedad o convertir su enfermedad en “más larga” . La propuesta de continuar o discontinuar la hidratación y el apoyo nutricio debe de ser valorada profundamente, en primer lugar por parte del equipo médico, pues una decisión de tal índole sería técnicamente difícil y en ocasiones imposible de cambiar en unos días o semanas.⁵⁷

⁵⁶ Ize-Lamache, L. *Aspectos Éticos de la atención nutricia*. En: Casanueva, E. , Kaufner-Horwitz, M. Pérez-Lizaúr, A.B., Arroyo P. *Nutriología Médica*. p. 350

⁵⁷ ADA Reports: *Position of the American Dietetic Association: Issues in Feeding the Terminally Ill Adult*. JADA, 1978;87 No.1. p.78-85.

Por ejemplo, la historia natural de algunos tumores cancerosos es lenta. Aunque hubiera una obstrucción intestinal presente con apoyo nutricional mediante alimentación parenteral sería posible que el paciente viviera varios años antes de morir por este cáncer. Es decir, se puede tener un paciente terminal con cáncer, sin embargo con apoyo nutricional este paciente no sería terminal. Aquí es donde se debe analizar ante cual de los dos escenarios posibles nos encontramos: primero, el paciente que morirá si retiramos el apoyo nutricional y la hidratación, como es el caso de pacientes con vía oral restringida; y, segundo, el paciente que morirá aún si mantenemos el apoyo nutricional y la hidratación, por ejemplo, los pacientes con cáncer cerebral terminal, y los pacientes con SIDA en etapa terminal.

De esta manera, retirar o continuar el apoyo nutricional abarca tres situaciones de competencia relacionadas con dos escenarios clínicos. En la primera situación de competencia, el paciente puede tomar sus propias decisiones y puede darlas a conocer. En el segundo, el paciente es incapaz de tomar una decisión en ese momento, pero ha dado a conocer sus deseos previamente. En el tercero, el paciente no puede tomar una decisión y se desconoce sus deseos anteriores. Estos elementos de decisión antes mencionados están formulados en uno de los dos siguientes escenarios clínicos: 1) el paciente morirá independientemente del apoyo nutricional, o 2) el paciente se encuentra en un estado que no le permite comer, pero que no le conducirá a la muerte en tanto se continúe con la alimentación y la hidratación (por ejemplo, pacientes en coma o en estado vegetativo persistente).⁵⁸

⁵⁸ Lipman, T.O., *Nutrición enteral y muerte: temas éticos acerca de la terminación de la alimentación enteral en adultos*. En: Rombeau, J & Rolandelli, R.F., *Nutrición Clínica: Alimentación Enteral*- 3ª. edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, México, 2001. p.667

El hecho legal más significativo a considerar en los casos anteriores es el derecho del paciente a informar su voluntad de continuar o suspender la alimentación oral y/o los métodos de apoyo nutricional. Depende de la libre decisión del paciente mentalmente competente, previamente habiendo recibido la información adecuada, sobre los riesgos y beneficios, que involucra el continuar o el discontinuar los métodos de apoyo nutricional; así como tiene derecho a elegir dentro de lo que técnicamente sea posible, el nivel de apoyo nutricional.

Un paciente en pleno uso de sus facultades mentales puede rechazar alguno de los métodos de apoyo nutricional artificial. Si después de que el médico en forma extensa y detallada explica al paciente los beneficios, discute asimismo las ventajas y riesgos del método propuesto de apoyo nutricional artificial, el paciente rechaza recibir dicho apoyo, el médico deberá de respetar la libre decisión del paciente. En estos casos, para fines legales es conveniente contar con un documento firmado por el paciente, que avale su negativa a recibir el tratamiento.

Lo anterior nos lleva a un segundo asunto: ¿constituye la negativa de un paciente a recibir apoyo nutricional un suicidio? La negativa a recibir tratamiento es aceptada, sin embargo, debemos cerciorarnos de que el paciente no esté deprimido, de otra manera, la alternativa de aceptar la negativa al tratamiento no parece viable.

Los asuntos éticos surgen cuando el sujeto es incompetente; es decir, es incapaz de tomar una decisión en relación con su cuidado. Si se conocen de manera explícita los deseos previos del paciente, y se sabe de esta forma que tales deseos incluyen el rechazo al apoyo nutricional cuando exista coma

permanente o estado vegetativo persistente⁵⁹, entonces los que están alrededor del paciente deben rechazar éticamente el apoyo nutricional. Cuando no se conocen los deseos previos del paciente, o cuando existe una discapacidad grave sin coma o estado vegetativo, como sucede en las crisis múltiples con parestesias y afasia, el proceso de decisión es mucho más difícil. Se habla ambiguamente de que la decisión debe de hacerse en base a “los mejores intereses” del enfermo. Y es que en el estado vegetativo persistente la muerte se presenta en semanas si se retira la alimentación y la hidratación, pero puede prolongarse de manera significativa con el apoyo nutricional. Lo mismo sucede con algunos pacientes en coma⁶⁰, pueden mantenerse vivos con apoyo nutricional durante periodos prolongados.

El apoyo nutricional puede mantener o prolongar la vida, pero bajo muchas condiciones clínicas no mejorará el estado funcional o la calidad de vida. ¿Es entonces el apoyo nutricional

⁵⁹ El estado vegetativo persistente es un estado clínico de completa inconsciencia, acompañado de ciclos de sueño y vigilia, ya sea con preservación total o parcial de las funciones autonómicas cerebrales o hipotalámicas. Los sujetos no muestran datos de respuestas conductuales voluntarias, sostenidas, reproducibles, que sigan un propósito ante los estímulos visuales, auditivos, táctiles o nocivos; no muestran evidencia de comprensión o expresión del lenguaje; tienen incontinencia intestinal y vesical; y sus reflejos espinales y neurocerebrales están preservados en diferentes medidas.

⁶⁰ El coma es un estado en que el sujeto parece estar dormido, no responde a ningún tipo de estímulo. Existen variaciones en el grado de coma, es un estado potencialmente peligroso a menudo con un resultado fatal, en tanto que grados menores de conciencia afectada tienen un mejor pronóstico.

fútil⁶¹ por no afectar el desempeño, o no lo es debido a que mantiene la vida?⁶²

A continuación se presentan los principales argumentos a favor y en contra de la continuación del apoyo nutricional y la hidratación en el enfermo Terminal.

Argumentos que apoyan la *continuación* del apoyo nutricional:

El conflicto final de los valores, el cual conduce al debate ético, es la controversia de si continuar o suspender el apoyo nutricional constituye la última etapa del progreso natural de una enfermedad, en la cual la ingestión oral ya no es posible o si tal continuación o retiro es un acto de asesinato que termina con la vida de un individuo, quien de otra manera, viviría con el apoyo nutricional.

- La nutrición es un cuidado básico que no puede ser sostenido o discontinuado. Representa la respuesta a una necesidad biológica básica. Este argumento toma diversas formas, las cuales se enfocan en la naturaleza del tratamiento involucrado. Algunos han considerado a la nutrición y a la hidratación como necesidades básicas o como cuidados de rutina y comodidad. Se ha argumentado que tanto la nutrición como la hidratación generalmente pueden proveerse

⁶¹ La futilidad médica es un concepto que con frecuencia se usa en los análisis éticos ; significa inutilidad, ineficiencia, algo vano...que carece de propósito...las definiciones de futilidad en la literatura médica abarcan la noción de que una intervención no tiene un efecto deseado, o puede definirse como una intervención sin beneficio, aun cuando existe un efecto.

⁶² Lipman, T.O., *Nutrición enteral y muerte: temas éticos acerca de la terminación de la alimentación enteral en adultos*. En: Rombeau , J & Rolandelli, R.F., *Nutrición Clínica: Alimentación Enteral*- 3ª. edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, México, 2001. p.669-670

de manera mínimamente invasiva y sin dolor, molestia o riesgo significativos al paciente; es decir constituyen cuidados médicos “ordinarios”. Otros autores comentan que el apoyo nutricio respeta y reserva la dignidad del paciente y se ha comentado también que la hidratación y el soporte nutricio son análogos al “el agua y la comida”, lo cual tiene gran importancia simbólica y emocional. Todos estos argumentos apuntan a considerar que no se puede éticamente negar o consentir el discontinuar la nutrición y la hidratación porque estos tratamientos son tan básicos que no son materia de discusión.

- Cuando la nutrición y la hidratación son mantenidos o retirados de un paciente, y este acto y no la causa subyacente es lo que causa la muerte del paciente. Este argumento asumen que el médico no está “dejando morir” al paciente, sino “matándolo”. Este punto argumenta que la continuación de la hidratación y la nutrición mantienen la vida del paciente mientras que se permite que la enfermedad siga su curso.

Argumentos que apoyan la suspensión o *descontinuación* del apoyo nutricio:

- Tanto el apoyo nutricio como la hidratación son formas indistinguibles de tratamiento de mantenimiento de vida, y debe de considerárseles en los mismos términos que la ventilación, la diálisis, etc. este argumento refleja el movimiento de eticistas fuera de la idea de que los “cuidados ordinarios” y los “cuidados extraordinarios” tienen diferencias significativas. Se apoya la idea de que todos los tratamientos de soporte de vida suplen funciones corporales que el paciente no puede realizar por sí mismo. Y así se compara el uso de ventiladores que

proveen un sistema de suministro de oxígeno a la nutrición parenteral total (NPT), los tubos nasogástricos, los tubos de nutrición enteral por gastrostomía y por yeyunostomía , las líneas intravenosas (IV), todos los cuales proveen las calorías, nutrimentos y líquidos necesarios para mantener la vida. Sin embargo, por otra parte es difícil decir comparando los ventiladores con el apoyo nutricio y la hidratación cual es “el más básico”. El apoyo nutricio requiere de incisiones quirúrgicas, las cuales no pueden ser descritas como no invasivas, y llevan consigo riesgos e incomodidades al paciente.⁶³

- La decisión de discontinuar la nutrición y la hidratación artificiales no “mata” al paciente en ningún sentido. En el caso tanto de los ventiladores como del apoyo nutricio y la hidratación es justo afirmar que la enfermedad subyacente de paciente –la cuales la causa de su inhabilidad de respirar y de consumir alimentos y líquidos- es la que causa la muerte del paciente. Finalmente, se argumenta que la muerte producida por la deshidratación no es prolongada ni dolorosa. Incluso existen autores, entre ellos Zerwekh y col. Quienes comentan que los fluidos están contraindicados en el paciente terminal y pueden resultar en la presencia irreversible de falla renal, cardiopulmonar y hepática”.⁶⁴

⁶³ Meisel, A., *The right to die*. Wiley, New York, 1995. p. 5-31.

⁶⁴ Zerwekh, J.V., Should fluid and nutritional support be withheld form terminally ill patients? *Am J Hospice Care* 1987 N° 4 p.37-38.
Prinz, L.A., *Terminal dehydration, a compassionate treatment*. *Arch Intern Med*, 1992: N°.152 p.697-700

Alan Meisel quien ha escrito varias publicaciones acerca de la toma de decisiones sobre la continuación del apoyo nutricional en casas de retiro y asilos comenta a manera de conclusión. *“el dilema es más aparente que real; existiría conflicto solamente si el derecho a recibir la nutrición e hidratación adecuadas fueran transformadas en una obligación a ser aceptadas...”*⁶⁵

Cada paciente es único y su cuidado debe de ser único. En los casos de pacientes con deterioro extremo en los que no haya posibilidades razonables de mejoría, en los que la muerte se espera en cuestión de pocos días u horas, puede estar no recomendado el apoyo nutricional. Y en este momento resulta pertinente hacernos la siguiente pregunta: *¿es la muerte sin alimento ni agua cruel y dolorosa?*

La documentación existente sugiere que la muerte acompañada por deshidratación e inanición es, de hecho, humana y no dolorosa. Los informes de caso y las series de caso documentan muertes compasivas, pacíficas y el agua y el alimento se proporcionan sólo para que el paciente esté cómodo.

Con la inanición y la deshidratación absolutas, el metabolismo de la grasa corporal produce tanto agua, la cual puede ayudar a mantener la circulación, como cuerpos cetónicos, los cuales parecen tener un efecto analgésico ya que bloquean el hambre. Con función inicial adecuada, así como con depósitos adiposos, los sujetos con deshidratación terminal pueden vivir durante semanas sin tener dolor y a menudo con una ligera euforia. De hecho, proporcionar algunos carbohidratos, electrolitos y fluidos puede generar dolor y hambre tanto por parte de la administración intravenosa misma (la aguja y la infiltración) como por el

⁶⁵ en: Meisel A. Barriers to forgoing nutrition and hydration in nursing homes. Am J Law Med 1995 No. 21 p.33-46

bloqueo de la producción de cuerpos cetónicos, los pacientes preterminales pueden tener azoemia, hipernatremia, hipercalcemia, las cuales tienen efectos sedativos y analgésicos.

Los problemas más comunes en los cuidados de estos individuos son la boca seca, las encías inflamadas y agrietadas y la sed. Estos síntomas pueden tratarse con sorbos de agua, copos de hielo, gelatina de petrolato para los labios y las encías, y una buena higiene bucal. A continuación se muestran las manifestaciones clínicas de la deshidratación Terminal y las reacciones clínicas sugeridas.

Tabla No.6 Manifestaciones clínicas de la deshidratación Terminal

Analgesia	Ninguna
Letargo	Ninguna
Debilidad	Ninguna
Boca seca	Copos de hielo, líquidos, higiene bucal
Sed	Copos de hielo, líquidos, higiene bucal

Adaptado de Printz, LA⁶⁶

El punto importante en este análisis es que la muerte que se presenta sin forzar el alimento y los fluidos tal vez sea parte de un cuidado completamente humano para un paciente. Casi nunca la muerte es inmediata. La vida puede continuar durante semanas o meses. Además esta postura clínica no significa que la comida se esté reteniendo; quiere decir que la comida no se está forzando. La ingestión será insuficiente

⁶⁶ Printz, LA. *Terminal dehydration, a compassionate treatment.* Arch Intern Med 1992;152:697-700

para mantener la vida durante un periodo prolongado, pero el consumo de alimentos continua como parte de un cuidado para la comodidad.⁶⁷

Existen otras circunstancias especiales en las que el apoyo nutricional artificial tiene implicaciones éticas importantes. Una de ellas es la del *Beneficio, no demostrado*.

Los métodos de apoyo nutricional artificial no han demostrado ventajas sobre una alimentación oral bien equilibrada cuando el aparato digestivo es funcional. Por lo tanto, mantener bajo alimentación enteral o endovenosa a un paciente capaz de alimentarse por vía oral o tratar de convencer a sus familiares de la superioridad de estos métodos no es ético.

Otro enfoque interesante se refiere a los términos “*alimentación volitiva y no volitiva*”, esto es, la alimentación volitiva se refiere a comer –colocar los alimentos en la boca, masticarlos, tragarlos, y los beneficios y placeres derivados de su consumo-. El evitar la alimentación volitiva tal como ocurrió en los campos de concentración no es ético. Sin embargo, la alimentación no volitiva, mientras que brinda nutrientes, no provee otros fenómenos y placeres asociados con el comer; y en última instancia, el mantenimiento o la suspensión de la alimentación no volitiva no es lo mismo que el mantener o suspender la alimentación volitiva, previniendo en ésta última que el individuo coma. ⁶⁸

⁶⁷ Lipman, T.O., *Nutrición enteral y muerte: temas éticos acerca de la terminación de la alimentación enteral en adultos*. En: Rombeau, J & Rolandelli, R.F., *Nutrición Clínica: Alimentación Enteral*- p.668-669

⁶⁸ Burk, R., *Feeding, Withdrawing and Withholding. Ethical Perspectives*. Review. Program in Ethics and Ethic Consultation Service, Rush –Presbyterian St. Lukes Medical Center, Chicago.

III.4. Manejo de la alimentación en las diferentes etapas del enfermo Terminal según Elizabeth Kübler-Ross

Se han descrito etapas psicológicas en el proceso de la enfermedad grave que conduce a la muerte. Elizabeth Kübler-Ross ha señalado las siguientes:

- 1) Negación y Aislamiento
- 2) Rabia
- 3) Regateo
- 4) Depresión
- 5) Aceptación

1) Negación y Aislamiento

El paciente entra en una etapa de negación cuando hace conciencia de que tiene una enfermedad Terminal. Como respuesta a su situación, tiende a negarla como mecanismo de defensa que actúa como amortiguador; puede haber contradicciones con el paciente, guardará silencio y otras veces hablará de la muerte. Mas tarde aparecerá el aislamiento en donde hablará de ambas situaciones: vida y muerte; persistirá la esperanza. En esta etapa el paciente probablemente niegue consumir ciertos alimentos o en ciertas cantidades; es común que comente "cuando tenga hambre, comeré; cuando no tenga hambre, no".

2) Rabia

En esta etapa la pregunta lógica es: "¿Por qué yo?", ¿por qué a mí?". Se observa al paciente quejándose de todo; del doctor, de la enfermera, de los programas de televisión, incluso de la comida... Es una forma de culpar a otros por su situación. Es en esta etapa en donde el paciente muestra gran hostilidad; muy probablemente rechace totalmente la comida o se queje continuamente de la forma de preparación, del

sabor, la temperatura de la sopa, etc. es importante recordar que esta reacción tiene bases fisiológicas que coadyuvan al bajo consumo de alimentos.

3) Regateo

Esta etapa es la más breve y la menos conocida. El paciente responde de diversas maneras; tratará de “cumplir” con las exigencias de su tratamiento en espera de que las “cosas cambien”. Durante esta etapa el paciente a menudo “promete comer y tomar sus suplementos nutritivos”, especialmente si se la asegura que de esa manera mejorará su situación. La mayoría de las promesas se hacen con Dios y se hacen en secreto.

4) Depresión

La depresión que se presenta es la reactiva, se da cuando ya no se puede seguir negando la enfermedad ni sostener la rabia y se percata de la gran pérdida que sufre. Mas tarde aparece la depresión anticipatorio no como resultado de pérdidas anteriores sino de las que van a presentarse. El paciente está a punto de perder todo lo que quiere y a todos los que ama. Esta depresión es generalmente silenciosa. Es el momento en el que fluye la tristeza que le permitirá llegar a la aceptación. Generalmente el paciente deprimido se encuentra anoréxico y padece insomnio o somnolencia, apatía y agitación. En esta etapa el paciente pierde peso y se encuentra sin apetito. Generalmente, rechaza todo tipo de alimento y no muestra interés alguno en hablar de comida.

5) Aceptación

Si el paciente ha tenido suficiente tiempo y ayuda para pasar por las etapas anteriores llegará a la aceptación. Probablemente se sentirá cansado, débil y querrá dormir más tiempo, hay una sensación de vaciedad de sentimientos.

Cuando un paciente siente que ha dejado algo incompleto o “pendiente” en la vida, es más factible que acepte cooperar a seguir el tratamiento médico y el régimen nutricional.

Otro tipo de paciente es que nunca sufrió anteriormente, llevó una vida muy independiente y enriquecedora. Este tipo de paciente probablemente no estará dispuesto a prolongar el sufrimiento, considerando su situación actual como que “no es vida”, es decir, estará más preocupado por la calidad que la cantidad de su vida.⁶⁹

Conclusiones

La nutrición clínica como ciencia de la salud debe de fundamentar su actuación frente al paciente y a la sociedad en principios bioéticos sólidos; que reafirmen la dignidad propia del ser humano. Es necesario contar con profesionistas con un sentido amplio de responsabilidad. Este trabajo pretendió hacer un recorrido sobre diversos ámbitos en la practica profesional del nutriólogo clínico, en donde nos enfrentamos con decisiones bioéticas, a veces claramente planteadas, y otras veces, –las mas- , donde subyace un entorno bioético sutil, el cual hay que sacar a la luz, analizar y actuar, y de las que pocas veces se habla en los foros científicos de nuestra profesión. No podemos dejar de analizar estos temas, de reflexionar sobre ellos, estamos involucrados como profesionistas y como seres humanos.

La bioética hunde sus raíces desde la antigüedad en el Juramento Hipocrático, y tras varios siglos de haber dejado los problemas morales sobre temas de la salud en manos de la teología moral de la Iglesia Católica, ya en el siglo XX a partir de varios acontecimientos vinculados al avance biotecnológico que marcaron la necesidad de dar respuesta a

⁶⁹ Reyes Zubiría, A., *Acercamientos Tanatológicos al Enfermo Terminal y a su Familia*. Tomo III. México, 1996 p.201-203

problemas éticos en el ámbito de la salud, delimitar si todo lo que es técnicamente posible puede ser éticamente justificable, surge la bioética como una rama de la ética encargada del estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de los principios morales.

Dentro de las distintas posturas bioéticas se eligió la personalista; la bioética personalista se basa en una antropología donde la vida es inviolable e indisponible; parte de la esencia del hombre, de su dignidad personal, de que no es medio sino fin en si mismo, capaz de conocerse a si mismo y ser libre. Considera la naturaleza del hombre como una serie de potencialidades esenciales con la capacidad de despliegue en el tiempo. La bioética debe fundamentarse sobre una antropología que reconozca el valor intrínseco de la vida y de la dignidad humanas como único criterio válido para plantear una ética de la vida y de la práctica biotecnológica.

Existen diversos ámbitos de aplicación de la bioética dentro del campo de la nutrición humana: en la salud pública, en la educación, en la investigación, etc.; sin embargo, los retos de la práctica clínica profesional requieren de una correcta iluminación de principios desde los cuales el nutriólogo actúe, pues trabaja con una parte vulnerable de la sociedad como son los enfermos, tanto crónicos como terminales.

La alimentación si bien es un acto del hombre, que responde a una necesidad biológica primaria, también es un acto humano, ya que compromete su entendimiento y su voluntad libremente en lo que hace. Esto se refleja específicamente al considerar la conducta alimentaria de un enfermo que debe de seguir algún tipo de dietoterapia. El profesionalista de la nutrición debe de apelar a su racionalidad para dar a conocer

el beneficio de su plan nutricional en atención a su estado de salud, previa evaluación del estado de nutrición.

A continuación se enlistan una serie de recomendaciones para la práctica de la nutrición clínica a la luz de una bioética fundamentada en la dignidad propia del ser humano.

- Respetar la libertad y voluntad del paciente
- Tratar con dignidad a todo paciente
- Guardar el secreto profesional, es decir, aquella información personal y confidencial propia del paciente
- Realizar la evaluación integral del estado de nutrición previo a la recomendación de la dietoterapia
- Promover la suficiencia nutricional a través de una dieta adecuada, completa, balanceada, equilibrada e inocua, y no a través de dietas “de moda”, “extremas” o uso de suplementos. La dieta por sí misma es capaz de mantener la salud, en tanto proporciona los elementos nutricionales necesarios al cuerpo humano sano
- Estar en continua actualización de conocimientos y destrezas, los avances en estas disciplinas son continuos.
- Conocer y reconocer los límites personales y los del campo profesional. Remitir al paciente con el medico, psicólogo u otro profesionista del que requiera atención, en lugar o además de nuestros servicios.
- Recomendar suplementos alimenticios únicamente cuando se cumplan los criterios para su indicación correcta, en las dosis adecuadas, en conocimiento de los efectos adversos, interacciones, etc.
- Promover la responsabilidad por la propia salud, enfatizando la tarea educativa y orientadora del nutriólogo
- Desalentar la curandería
- Aclarar los mitos o falacias en relación a la nutrición/alimentación tanto al paciente a nivel individual

como ante los medios de comunicación, brindar orientación e información adecuadas, con fundamento científico.

-No lucrar con la enfermedad del paciente, promoviendo la venta de complementos o suplementos innecesarios

-No pretender curar al paciente con dietas; la dietoterapia es una piedra angular en el tratamiento de muchas enfermedades tanto crónicas como agudas; pero muy pocas entidades patológicas se curan solamente con dietoterapia, tal es el caso de los síndromes carenciales (avitaminosis). Por lo tanto, la dietoterapia no es sustituto del tratamiento médico, sino complemento.

-Aclarar, cuando sea el caso, la premisa del que no existen los “alimentos milagrosos”, alentar el consumo de los alimentos funcionales, más que el consumo de nutraceuticos comerciales

-Aclarar con base en la evidencia científica el papel de los aditivos alimentarios cuando sea el caso

-Orientar al paciente obeso hacia el logro de hábitos alimentarios adecuados basados en una dieta adecuada e hipocalórica junto con un plan de actividad física (recomendado por un entrenador calificado y tras una valoración cardiológica en los casos que así lo requieran), que no fomente dependencia del nutriólogo, sino que le brinde educación y la orientación necesarias. No crear en el paciente con sobrepeso u obesidad falsas expectativas, resultados o metas irreales.

-Promover una calidad de vida digna al paciente basada en estilos de vida sanos que promuevan el bienestar bio-psico-social, y no basados en criterios de hedonismo que lleven al paciente a poner su propia salud en segundo término

-Promover que el paciente adquiera una postura crítica en cuanto a los mensajes “subliminales” que envían los medios de comunicación en cuanto a imagen corporal, concepto de salud y de calidad de vida

- Fomentar un sentido de respeto, lealtad y asistencia hacia los colegas
- Vincularse profesionalmente en colegios regulados por estatutos donde se fomente un sentimiento de solidaridad en torno a intereses comunes de los nutriólogos
- Mantener un estilo de vida personal sano

En cuanto a la postura del nutriólogo clínico frente al paciente terminal:

- Buscar siempre para el paciente terminal la ortotanasia, llevando a cabo todas las acciones necesarias para procurarle al paciente una buena muerte, una muerte con dignidad
- Los alimentos y las bebidas juegan un papel muy importante en el paciente con enfermedad terminal, dados sus efectos psicológicos y fisiológicos, además de contener un fuerte significado emocional que incluye valores religiosos, culturales y sociales. En los casos en los que la vía oral esté accesible y el paciente goce y acepte del consumo de alimentos, es conveniente minimizar, y si es posible, retirar las restricciones dietéticas impuestas anteriormente.
- Para pacientes que se alimentan por vía oral, se recomienda coordinar la administración de analgésicos previa a los alimentos, para hacer del momento de la comida un momento lo mas placentero posible donde el enfermo encuentre interacción social y familiar.
- No es ético dar apoyo nutricional a un paciente cuando dicho procedimiento no esté plenamente justificado en términos de beneficio al paciente; por ejemplo, cuando el tubo digestivo es funcional.
- El apoyo nutricional es un avance científico y tecnológico que permite al ser humano incapacidad para alimentarse por vía oral, recibir líquidos y nutrientes que lo hidratan, lo nutren y prolongan su vida; es necesario valorar a cada paciente y

considerar en cada caso el riesgo y beneficio cuidadosamente, ya que su aplicación causa molestias al paciente, y tiene potencialmente riesgos y complicaciones superiores a la vía oral y alto costo.

-Delimitar cuando se debe de cambiar de la lucha por mantener la vida del paciente a la lucha por asegurar una buena muerte

-En pacientes con deterioro extremo, en los que se espera la muerte en cuestión de pocos días u horas, puede estar no recomendado el apoyo nutricional; además la evidencia indica que la muerte con inanición y deshidratación no es dolorosa, e incluso se han reportado ligeros efectos sedantes y analgésicos dada las alteraciones metabólicas provocadas por estas condiciones. Es decir, la muerte sin forzar el alimento y los fluidos puede ser parte de un cuidado humano en la fase agónica del paciente terminal.

-Sobre la cuestión de iniciar/continuar/descontinuar el apoyo nutricional en el paciente terminal, es conveniente analizar la situación de competencia en la que se encuentre el paciente y el escenario clínico:

-Pacientes que pueden tomar sus propias decisiones deben darlas a conocer, habiendo recibido previamente la información completa sobre las ventajas y desventajas, riesgos y beneficios de las opciones de apoyo nutricional propuestas por el equipo de salud. El consentimiento o la negativa por parte del paciente debe de estar manifestada por escrito. En el caso de que el paciente se haya negado a recibir apoyo nutricional, es importante verificar que no haya tomado tal decisión producto de un estado depresivo, sino de un cuidadoso análisis en base a sus mejores intereses. El nutriólogo deberá respetar la decisión del paciente.

-En el caso de los pacientes que no puedan tomar una decisión actualmente, pero se conozcan sus deseos anteriores

(directrices avanzadas), se deberá respetar la voluntad del paciente.

-En los pacientes que no puedan tomar una decisión y se desconozca sus deseos anteriores, habrá que analizar el escenario clínico que se presente:

1) Si el paciente morirá independientemente del apoyo nutricional, la decisión deberá hacerse en base a los *"mejores intereses del paciente"*, término un tanto cuanto ambiguo; sin embargo, la continuación de la hidratación y la nutrición si no está afectando negativamente al paciente de alguna manera, permitirá que la enfermedad siga su propio curso.

2) Si el paciente se encuentra en un estado que no le permite comer, pero que no le conducirá a la muerte en cuanto se continúe con la alimentación y la hidratación, éticamente debe de proporcionársele apoyo nutricional e hidratación, pues de lo contrario, se estaría provocando eutanasia pasiva al paciente.

Finalmente, es importante evaluar la etapa psicológica por la que atraviesa el paciente al confrontar su proceso terminal y apoyarlo humana y profesionalmente hacia la consolidación de una vida y una muerte humanamente dignas.

Nos hace falta más nutriólogos radicales, con conciencia social y personal más alta y sobretodo orientados hacia la acción y a la reflexión. Nos hacen falta más profesionales con expresiones de una ética de la virtud y del carácter, que además de practicar una buena técnica, sean técnicos buenos. Asimismo, falta sentido de pertenencia y referencia en nuestro quehacer profesional, vinculado a la visión del centro de salud como comunidad.

Finalmente, este trabajo deja una tarea futura de análisis y reflexión bioética en otras áreas de la nutrición, y quizás otras circunstancias clínicas que no se abordaron aquí.

Anexos

Anexo #1- Código de Ética Profesional. Colegio Mexicano de Nutriólogos, A.C.⁷⁰

COLEGIO MEXICANO DE NUTRIÓLOGOS A.C.

CÓDIGO DE ÉTICA PROFESIONAL DEL NUTRIÓLOGO

INTRODUCCION

El Código de Ética del Nutriólogo del Colegio Mexicano de Nutriólogos tiene como sensibilizar a los agremiados para que su ejercicio profesional se desenvuelva en un ámbito de honestidad, legitimidad y moralidad, en beneficio de la sociedad.

Su estructura está compuesta por los siguientes capítulos:

- disposiciones generales
- de los deberes del profesionista
- de los deberes para sus colegas
- de los deberes para sus clientes
- de los deberes para con su profesión
- de los deberes para con su sociedad.

MARCO CONCEPTUAL

El Código de Ética Profesional tiene como función sensibilizar al profesionista para que el ejercicio profesional se desenvuelva en un ámbito de honestidad, legitimidad y moralidad, en beneficio de la sociedad.

Sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de las profesiones y el cumplimiento de las obligaciones surgidas de los contratos de prestación de servicios profesionales, es deseable que un sentido ético prevalezca en el ánimo de quienes tienen el privilegio de poseer los conocimientos y alcanzar este objetivo, se debe contribuir solidariamente al reencuentro de nuestra vida digna, justa e igualitaria, pero también se debe estar convencido del compromiso que

⁷⁰ *Código de Ética Profesional del Nutriólogo. Colegio Mexicano de Nutriólogos, A.C. Aprobado por la Asamblea General del CMN el 26 de Abril de 1999.*

se contrae al recibir la investidura que acredita para el ejercicio profesional.

Puede y debe ser propósito esencial de los Colegios de Profesionistas tener una presencia gremial en el ejercicio de las profesiones, capaz de contribuir a que se realicen como una expresión fructífera de los más altos valores morales y sociales. Los profesionistas agrupados en Colegios y desde el ascendente social y moral que éstos tienen en los ámbitos de cada una de las profesiones, deben propiciar que su ejercicio se desenvuelva en planos morales elevados y con plena observancia de las normas legales aplicables.

En el hombre, la tendencia al gobierno de los instintos proviene del espíritu y de la razón, que son las facultades del entorno natural en el que se habita y facilitan la vinculación intelectual con él.

De esta manera, el don del raciocinio permite al hombre sujetar sus impulsos instintivos a través de la observancia de ciertas normas de carácter social, cultural y legal. La observancia de normas implica que el hombre regule su conducta mediante el respeto a lo que considera deseable y conveniente que sea, al deber ser.

Este debe ser, que preside la vida de los hombres civilizados se ramifica en diversos códigos de conductas pertenecientes a diferentes sistemas de normas legales o jurídicas y normas éticas o morales, dependiendo del sistema normativo al que pertenezcan.

Las normas legales o jurídicas se caracterizan y se distinguen de las de otros sistemas, principalmente porque el Estado puede imponer su cumplimiento y castigar su inobservancia. La norma jurídica protege valores que responden a necesidades sociales que importan a la colectividad. Por ello, la formación de la norma jurídica y la decisión de acatarla no dependen ni pueden depender de la voluntad individual. La norma jurídica es expresión de la voluntad colectiva a través del Estado, para definir las reglas obligatorias de conducta que garanticen la protección de los valores sociales considerados por la norma. De ese interés de la colectividad en atender a necesidades del todo social deriva la potestad del Estado para imponer el cumplimiento de la norma jurídica y las atribuciones para castigar su inobservancia.

No es este caso de las normas éticas que deben regir en otros ámbitos de la actividad humana.

A diferencia de las normas legales, en el caso de las normas éticas no se da la facultad punitiva del Estado para sancionar su incumplimiento. La observancia de la ética depende exclusivamente de la voluntad de quien se ha impuesto por sí mismo, por auto convencimiento, el deber de cumplirla. La voluntad es del todo autónoma y no hay quien pueda imponer su cumplimiento.

La voluntad de adherirse a un código ético de conducta se determina por el valor que se atribuye y se reconoce a la razón de ser de la norma, que no es otra que el bien cultural y social que resguarda. Así, la opinión o valoración respecto de este bien es indispensable para formar la voluntad de aceptar o rechazar la norma ética y comprometerse a cumplirla.

La fuente de la norma ética es entonces, la propia conciencia del individuo o del grupo que a ella se adhiere, formada por los valores heredados de la tradición y asimilados en la vida, que inspiran actitudes de comportamiento congruentes con la dignidad, con lo que es virtuoso, trascendente y honorable.

Además de hacer notar las características distintivas de los dos sistemas normativos, legal y ético, conviene señalar que jurídicamente existen preceptos legales establecidos por la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, que sancionan los actos u omisiones de profesionista que viole los preceptos jurídicos en el ejercicio profesional.

Igualmente se debe señalar que como consecuencia de una mala práctica profesional ética, el profesionista enfrenta el alejamiento de sus colegas, asesores y trabajadores, así como aislamiento y desprestigio en la comunidad.

CAPITULO PRIMERO: DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º.- El presente Código orientará la conducta del nutriólogo en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, sus socios, clientes, superiores, subordinados, sus colegas y consigo mismo, el cual será aplicable en cualquier actividad profesional .

CAPITULO SEGUNDO: DE LOS DEBERES DEL NUTRIÓLOGO

Artículo 2º.- El nutriólogo debe poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos en el desempeño de su profesión.

Artículo 3º. – El nutriólogo debe conducirse con justicia, honradez, honestidad, diligencia, lealtad, respeto, formalidad, discreción, honorabilidad, responsabilidad, sinceridad, probidad, dignidad, buena fe y en estricta observancia a las normas legales y éticas de su profesión .

Artículo 4º.- El nutriólogo solamente se responsabilizará de los asuntos cuando tenga capacidad para atenderlos e indicará los alcances de su trabajo y limitaciones inherentes. Aceptará únicamente los cargos para los cuales cuente con los nombramientos necesarios y suficientes realizando en él todas sus actividades con responsabilidad, efectividad y calidad.

Artículo 5º.- El nutriólogo debe mantener estrictamente la confidencialidad de la información de uso restringido que le sea confiada en el ejercicio de su profesión, salvo los informes que le sean requeridos conforme a la ley.

Artículo 6º.- El nutriólogo debe responder individualmente por sus actos, que con motivo del ejercicio profesional dañen o perjudiquen a terceros o al patrimonio cultural .

Artículo 7º.-El nutriólogo no debe asociarse profesionalmente con persona alguna que no tenga cédula para el ejercicio profesional, ni dejar que éstas u otras utilicen su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a la profesión.

Artículo 8º.-El nutriólogo debe respetar en todo momento los derechos humanos de su cliente, colegas y sociedad en general.

Artículo 9º.-El nutriólogo debe prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenofóbica, racial, elitista, sexista, religiosa o política.

Artículo 10º.- El nutriólogo debe ofrecer sus servicios profesionales de acuerdo a su capacidad científica y técnica .Esta circunstancia debe observarse en la publicidad que haga el profesionista de sus servicios en cualquier medio informativo y promocional .

Artículo 11º.-El nutriólogo debe observar puntualidad y oportunidad en todos los asuntos relativos al ejercicio profesional.

Artículo 12º.- El nutriólogo al emitir una opinión o juicio profesional en cualquier situación y ante cualquier autoridad o persona, debe ser imparcial, ajustarse a la realidad y comprobar los hechos con evidencias.

Artículo 13º.-El nutriólogo deberá evaluar todo trabajo profesional realizado desde una perspectiva objetiva y crítica.

CAPITULO TERCERO: DE LOS DEBERES PARA CON LOS COLEGAS

Artículo 14º.- El nutriólogo debe dar crédito a sus colegas, asesores y subordinados por la intervención de éstos en los asuntos, investigaciones y trabajos elaborados en conjunto.

Artículo 15º.- El nutriólogo debe repartir de manera justa y equitativa los frutos del trabajo realizado en colaboración con sus colegas, asesores y subordinados, apoyando en la medida de lo posible en su desarrollo profesional.

Artículo 16º.- El nutriólogo debe respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas deberán consultar fuentes de información fidedignas y actuales y buscar asesoría con expertos reconocidos en la materia de que se trate.

Artículo 17º.- El nutriólogo debe mantener una relación de respeto y colaboración con sus colegas, asesores, subordinados y otros profesionistas, consecuentemente evitará lesionar el buen nombre y el prestigio de estos ante autoridades, clientes, profesionistas y cualquier otra persona.

Artículo 18º.- El nutriólogo debe abstenerse de intervenir en los asuntos donde otro profesionista este prestando sus servicios, salvo que el cliente y el otro profesionista le autoricen para tal efecto, evitando con ello la competencia desleal .

Artículo 19º.- El nutriólogo debe intervenir a favor de sus colegas en el caso de injusticia.

Artículo 20º.- El nutriólogo debe apoyar a sus colegas en situaciones manifiestas cuando su conocimiento profesional sea limitado.

**CAPITULO CUARTO: DE LOS DEBERES PARA CON LOS
CLIENTES**

Artículo 21º.- El nutriólogo debe limitarse a mantener una relación profesional con sus clientes.

Artículo 22º.-El nutriólogo debe ser honesto, leal y conducirse con verdad ante su cliente en todo momento, salvaguardar los intereses del mismo, y deberá además comunicarle los riesgos cuando existan, en atención a su servicio .

Artículo 23º.-Con respeto al principio de la voluntad de las partes, el nutriólogo debe cobrar sus honorarios en razón de la proporcionalidad, importancia, tiempo y grado de especialización requerido para los resultados que el caso particular requiera. De igual manera, el nutriólogo deberá reconsiderar el monto de sus honorarios de acuerdo a la limitación económica de su cliente.

Artículo 24º.- El nutriólogo debe renunciar al cobro de sus honorarios, y en su caso devolverlos, si los trabajos que realizó no fueron elaborados en concordancia con lo requerido en el caso particular de que se trate o el nutriólogo haya incurrido en negligencia, incumplimiento o error profesional .

Artículo 25º.- El nutriólogo, al reconocer su mal servicio ante su cliente, deberá advertir las consecuencias.

Artículo 26º.- El nutriólogo debe realizar los ajustes necesarios por un servicio ineficiente, sin cobro adicional.

Artículo 27º.- El nutriólogo debe anteponer sus servicios profesionales sobre cualquier otra actividad personal.

**CAPITULO QUINTO: DE LOS DEBERES PARA CON LA
PROFESION**

Artículo 28º.- El nutriólogo debe mantenerse actualizado de los avances científicos y tecnológicos de su materia a lo largo de la vida para brindar un servicio de calidad total.

Artículo 29º.-El nutriólogo debe transmitir sus conocimientos y experiencias a estudiantes y egresados de su profesión con objetividad y en el más alto apego a la verdad del campo de conocimiento actualizado del que se trate.

Artículo 30º.- El nutriólogo debe dignificar su profesión mediante el buen desempeño del ejercicio profesional y el reconocimiento que haga a los maestros que le transmitieron los conocimientos y experiencia .

Artículo 31º.- El nutriólogo debe contribuir al desarrollo de su profesión mediante la investigación profesional, realizada con apego a normas metodológicas científicas y la docencia.

Artículo 32º.- En las investigaciones realizadas, debe expresar las conclusiones en su exacta magnitud y en estricto apego a las normas metodológicas acorde con el tipo de estudio.

Artículo 33º.- El nutriólogo debe interactuar con profesionistas de otras disciplinas, con absoluto respeto de los campos profesionales ajenos y haciendo respetar los propios.

Artículo 34º.- El nutriólogo debe poner en alto el prestigio de su profesión en todo lugar y momento.

CAPITULO SEXTO: DE LOS DEBERES PARA CON LA SOCIEDAD

Artículo 35º.- El nutriólogo debe prestar el servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social .

Artículo 36º.- El nutriólogo debe dar servicio a los indigentes o a cualquier persona económicamente desprotegida cuando así se lo soliciten .

Artículo 37º.-El nutriólogo debe ser respetuoso de las tradiciones, costumbres y cultura de los diversos grupos que conforman a la nación mexicana.

Artículo 38º.-El nutriólogo debe de poner a disposición del gobierno sus servicios profesionales cuando ocurran circunstancias de emergencia.

Artículo 39º.- El nutriólogo debe servir como auxiliar de las instituciones de investigación científica, proporcionando a éstas los documentos o informes que se requieran.

Artículo 40º.-El nutriólogo debe participar activamente en su entorno social difundiendo la cultura y valores nacionales.

Artículo 41º.- El nutriólogo debe buscar el equilibrio entre los distintos aspectos del desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

Artículo 42º.- El nutriólogo debe procurar su desempeño y desarrollo profesional en las localidades donde más pueda contribuir con sus conocimientos al desarrollo nacional.

TRANSITORIO

Único. Este Código de Ética profesional fue aprobado por la Asamblea General el día 26 de Abril de 1999.

En caso de duda o conflicto en la interpretación o cumplimiento del presente Código de Etica, estas se resolverán de conformidad con lo que disponga la Junta de Honor y Justicia del propio Colegio.

JURAMENTO

Protesto por mi honor, poner todos mis conocimientos y experiencia al servicio de quien me lo solicite, en beneficio de la sociedad y la nación entera cuando las circunstancias así me lo exijan.

Defenderé con la verdad y fortaleza los derechos de las personas e instituciones para enaltecer con mis actos la profesión a la cual pertenezco.

De faltar a la conciencia ética y a un comportamiento coherente con ella como nutriólogo, que se haga de mi conocimiento y que la comunidad científica y la sociedad me lo reclamen.¹²

Anexo #2-NOM-174-SSA-1998. Para el manejo integral de la obesidad. Cap. 11 y 12

11. Medidas preventivas

11.1 Para el manejo integral del sobrepeso y la obesidad no se deberá:

11.1.1 Instalar tratamiento por personal técnico o personal no acreditado como médico.

11.1.2 Indicar dietas que originen una rápida pérdida de peso (no más de un kilogramo por semana), que ponga en peligro la salud o la vida del paciente y dietas que no tengan sustento científico.

11.1.3 Utilizar procedimientos que no hayan sido aprobados mediante investigación clínica o reporte casuístico, así como la prescripción de medicamentos que no cuenten con el registro sanitario correspondiente.

11.1.4 Manejar tratamientos estandarizados.

11.1.5 Usar diuréticos y extractos tiroideos, como tratamiento de la obesidad o sobrepeso.

11.1.6 Emplear medicamentos secretos, fraccionados o a granel.

11.1.7 Usar hormonas ante la ausencia de patología asociada y previa valoración del riesgo-beneficio.

11.1.8 Prescribir tratamiento farmacológico para manejo de obesidad, en pacientes menores de 18 años.

11.1.9 Utilizar técnicas no convencionales para el tratamiento del sobrepeso y obesidad, en tanto no hayan sido aprobadas mediante protocolo de investigación debidamente avalado por la Secretaría de Salud, excepto como un auxiliar para la disminución del apetito, y deberá registrarse en el expediente clínico.

11.1.10 Indicar aparatos electrónicos o mecánicos como única opción de este tratamiento (aparatos térmicos, baños sauna).

11.1.11 Indicar productos no autorizados por la Secretaría de Salud para el manejo del sobrepeso y la obesidad.

11.1.12 Instalar tratamiento quirúrgico mediante técnicas exclusivamente absortivas.

11.1.13 Usar la liposucción y la lipoescultura, como tratamientos para la obesidad.

12. De la publicidad

La publicidad para efecto de esta NOM, se deberá ajustar a lo siguiente:

12.1 No anunciar la curación definitiva.

12.2 No hacer referencia a tratamientos en los que no se distinga el manejo particular.

12.3 No promover la utilización de medicamentos secretos y/o fraccionados.

12.4 No referirse a insumos o tratamientos que no estén respaldados científicamente en investigación clínica.

12.5 No sustentar tratamientos en aparatos electrónicos o mecánicos reductores de peso como única opción.

12.6 No promover para el manejo del sobrepeso y obesidad, anorexígenos, diuréticos y extractos tiroideos, fajas de yeso, así como de inyecciones de enzimas y aminoácidos lipolíticos.

12.7 No inducir la automedicación

Anexo # 3- Capítulo único de la regulación sanitaria en materia de etiquetado de suplementos alimenticios- Ley General de Salud

TÍTULO DÉCIMO NOVENO
Suplementos alimenticios

Capítulo Único
ARTÍCULO 168.

Los suplementos alimenticios podrán estar constituidos por carbohidratos, proteínas, aminoácidos, ácidos grasos, metabolitos, plantas, hierbas, algas, alimentos tradicionales deshidratados u otros que establezca la Secretaría, presentarse ya sea en forma aislada o en combinación, adicionados o no de vitaminas o minerales y su consumo no deberá representar un riesgo para la salud.

En la elaboración de los suplementos alimenticios podrán emplearse los aditivos para alimentos que se establezcan en las normas correspondientes.

ARTÍCULO 169.

Los suplementos alimenticios no deberán contener en sus ingredientes sustancias como la procaína, efedrina, yohimbina, germanio, hormonas animales o humanas, las plantas que no se permiten para infusiones o té, o cualquier otra sustancia farmacológica reconocida o que represente riesgo para la salud.

En caso de contener sustancias poco conocidas que puedan representar un riesgo o daño para la salud, el proceso e importación de los productos a que se refiere este título quedará sujeto a que se demuestre científicamente ante la Secretaría la inocuidad de las mismas.

ARTÍCULO 170.

La materia prima de los suplementos alimenticios, particularmente las plantas deshidratadas, deberá someterse a tratamientos, controles o procedimientos que abatan la flora microbiana que la acompaña y los

residuos físicos o químicos que puedan dañar la salud.

ARTÍCULO 171.

Los productos a los que se les incorporen sustancias con acción farmacológica reconocida o aquellos a los que con base en su composición se les atribuyan propiedades terapéuticas, preventivas o rehabilitatorias, no podrán comercializarse en el territorio nacional, salvo que cumplan con las disposiciones aplicables a los insumos para la salud.

ARTÍCULO 172.

La Secretaría podrá solicitar la siguiente información:

I. Descripción del producto, en la que se señale:

a. Nombre de cada ingrediente, nombre científico en el caso de plantas y la monografía para aquellas sustancias no comunes y

b. Fórmula cuantitativa;

II. Modo de empleo, y

III. Muestra de la etiqueta original e información con la que se comercialice.

ARTÍCULO 173.

En la etiqueta y en la información con la que se comercialicen los suplementos alimenticios no se deberá presentar información que confunda, exagere o engañe en cuanto a su composición, origen, efectos y otras propiedades del producto, ni ostentar indicaciones preventivas, rehabilitatorias o terapéuticas.

ARTÍCULO 174.

En el etiquetado e información con la que se comercialicen los suplementos alimenticios no deberán emplearse denominaciones, figuras y declaraciones relacionadas con enfermedades, síntomas, síndromes, datos anatómicos, fenómenos fisiológicos o leyendas que afirmen que el producto cubre por sí solo los requerimientos nutrimentales del individuo o que puede sustituir alguna comida.

APÉNDICE

XVII. Suplementos alimenticios.

XVII.1. La cantidad de vitaminas y minerales en estos productos no deberá exceder, al día, los límites que a continuación se indican:

XVII.1.1. Vitaminas:

DOSIS

Vitamina A/Retinol	1000 ug
Ac. Fólico	400 ug

Beta Caroteno	15 mg
Biotina	300 ug
Vit. B1/Tiamina	15 mg
Vit. B2/Riboflavina	18 mg
Vit. B3/Niacina	25 mg
Vit. B5/Ac.Pantoténico	20 mg
Vit. B6/Piridoxina	10 mg
Vit. B12/Cianocobalamina	12 ug
Vit. C/Ac. Ascórbico	300 mg
Vit. D	10 ug
Vit. E/d-á-tocoferol	200 mg
Vit. K	30 ug

XVII.1.2. Minerales:

DOSIS

Calcio	1200 mg
Cobre	3 mg
Cromo	200 ug
Flúor	1 mg
Fósforo	1200 mg
Hierro	20 mg
Magnesio	500 mg
Manganeso	7,5 mg
Molibdeno	250 ug
Selenio	100 ug
Yodo	200 ug
Zinc	20 mg

XVII.2. Los suplementos alimenticios no deberán contener contaminantes químicos y biológicos que puedan poner en riesgo la salud del

consumidor.

XVII.3. En la etiqueta de los productos a que se refiere este apartado deberá figurar:

XVII.3.1. La denominación genérica y específica del producto;

XVII.3.2. La lista de ingredientes completa y en orden de predominio cuantitativo; en los productos que incluyan en su formulación hierbas, se trate o no de mezclas, deberán incluirse tanto el nombre usual o común, como el nombre botánico correspondiente, señalando género y especie;

XVII.3.3. El o los componentes que pudieran representar un riesgo mediano o inmediato para la salud de los consumidores;

XVII.3.4. La declaración nutrimental;

XVII.3.5. El nombre y dirección del fabricante o importador, envasador, maquilador y distribuidor nacional o extranjero, según el caso;

XVII.3.6. Las instrucciones para su conservación, uso, preparación y consumo;

XVII.3.7. La identificación del lote;

XVII.3.8. La leyenda de advertencia que establece el artículo 216 de la Ley, así como la leyenda:

“El consumo de este producto es responsabilidad de quien lo recomienda y de quien lo usa”, las cuales deberán figurar en mayúsculas, con el mismo tipo de letra que la información contenida en la superficie de información, en caracteres claros, fácilmente legibles, en negritas remarcadas y colores contrastantes con el fondo, de conformidad con lo siguiente:

a. Área de la superficie de información en cm² Altura mínima del tipo de letra en mm

Hasta 20,9	0,5
21 a 40,9	0,8
41 a 160,9	2

Mayor a 161

3,

b. Alrededor de las leyendas deberá existir un espacio libre de información de cuando menos una vez el tamaño de la letra y

c. Cuando las leyendas se presenten una a continuación de la otra, el espacio libre alrededor de ambas deberá ser de cuando menos una vez el tamaño de la letra, y

XVII.3.9. La fecha de caducidad.

XVII.4. La declaración nutrimental a que se refiere el punto anterior deberá incluir como mínimo lo siguiente:

a. Producto

Por 100g o ml. por porción

Contenido energético	_____	_____	kcal
Proteínas	_____	_____	g
Grasas (lípidos)	_____	_____	g
Carbohidratos (hidratos de carbono)	_____	_____	g
Sodio	_____	_____	g

Contenido específico
de cada una de las vitaminas
y minerales que contenga* _____ mg o ug

* Las vitaminas y minerales podrán declararse en unidades internacionales, siempre y cuando se indique, entre paréntesis, la cantidad en unidades del Sistema General de Unidades de Medidas,

b. Cualquier otro nutrimento o componente que se incluya o destaque en la información de la etiqueta, anexos o publicidad y

c. En el caso de las grasas, todos o ninguno de los siguientes, de acuerdo con el tipo de producto:

grasa poliinsaturada _____g; grasa monoinsaturada _____g; grasa saturada _____g; colesterol _____mg.

Bibliografía General:

ADA Reports: *Position of the American Dietetic Association: Issues in Feeding the Terminally Ill Adult*. JADA, 1978;87 No.1.

Araujo Yaselli, M., *Bioética y Nutrición en Salud Pública*. Cuadernos de Bioética ISSN 1132-1989 Vol.12 N° 46 . 2001 p.385-392 Cátedra Educación y Comunicación. Escuela de Nutrición y Dietética. Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela

Asociación Nacional de la Industria de Productos Naturales, A.C www.anipron.org.mx

Barrett, S & Herbert, V. *Tendencias, fraudes y cuandería* Shills, ME, Olson, JA, Shike, M & Ross, AC. *Nutrición en Salud y Enfermedad*. Editorial McGraw-Hill, 9ª. Edición, México, 2002. Barrett, S & Herbert, V. *Tendencias, fraudes y curandería*. En: Shills, ME, Olson, JA, Shike, M & Ross, AC. *Nutrición en Salud y Enfermedad*.

Bázquez, N., *Bioética. La Nueva Ciencia de la Vida*, Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid, 2000.

Beauchamp, T.L. & Childress, J.F., *Principios de ética biomédica*. Masson, Barcelona, 1999

Benito Trejo, A. *Evaluación del estado de nutrición*. En: Pérez Lizaúr, A. B. y Marván Laborde, L., *Manual de Dietas Normales y terapéuticas*. 5ª. Edición, Ediciones Científicas la Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V., México, 2005

Bolet Astoviza M., *Algunos problemas filosóficos de la nutrición: la ética en la atención nutricional del paciente*. Rev Cubana Med Gen Integr 2004;20 N°.1 ene-feb-2004 ISSN 0864-2125

Brugarolas Masllorens, A. *La atención al paciente Terminal*. En: Polaino-Lorente, A. *Manual de Bioética General*.

Burk, R., *Feeding, Withdrawing and Withholding. Ethical Perspectives*. Review. Program in Ethics and Ethic Consultation Service, Rush –Presbyterian St. Lukes Medical Center, Chicago.

Casanueva, E. , Kaufer-Horwitz, M. Pérez-Lizaúr, A.B., Arroyo P. *Nutriología Médica*. Ed. Médica Panamericana , México, 1995.

Castillo VA., *Aspectos Ético-Morales sobre Asistencia del Paciente Terminal. Muerte Encefálica. Donación de Órganos*. Cuadernos de la Federación Médica Venezolana 1994, No. 8, citado por Araujo Yaselli, M. *Bioética en Nutrición*. en www.fundaciónbengoa.org/informacion/nutricion/bioetica/nutricion.asp

Ciccone, L., *Bioética. Historia. Principios. Cuestiones*. Ediciones Palabra, Madrid, 2005

Ciccone, L. *La ética y el término de la vida humana*. En: Polaino-Lorente, A. *Manual de Bioética General*.

Costa Alcaraz AM, & Almendro Padilla C., *Los principios de la bioética: Beneficencia y no maleficencia*. Introducción a la Bioética 2004 en: www.fisterra.com/formacion/bioetica/pdf/beneficencia.pdf

De Abajo, F. *Ética de la Investigación epidemiológica*. OPS-OMS. Cuadernos del Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe 1996 Nov;3:7-28 citado por: Araujo Yaselli, M. *Bioética y Nutrición en Salud Pública*.

DSHEA- Dietary Supplement Health and Education Act of 1994). U.S. Food and Drug Administration. Center for Food Safety and Applied Nutrition. December 1, 1995.

FDA Issues Regulation Prohibiting Sale of Dietary Supplements Containing Ephedrine Alkaloids and Reiterates Its Advice That Consumers Stop Using These Products. 6 de Febrero, 2004. www.cfsa.fda.gov

Gisbert Calabuig, J. *El secreto médico*. En: Polaino-Lorente, A. *Manual de Bioética General*.

González Pérez U., *Ubicación de la ética, la bioética y la ética médica en el campo del conocimiento*. Rev Cubana Salud Pública. 2002;28(3).

Guzmán Orozco, C.C. & Ortiz Lazcano, *Aspectos éticos en el paciente con apoyo metabólico y nutricio*. En: Robles, Gris, J. *Nutrición en el Paciente Críticamente Enfermo*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México, 1996.

Ize-Lamache, L. *Aspectos Eticos de la atención nutricia*. En: Casanueva, E. , Kaufer-Horwitz, M. Pérez-Lizaúr, A.B., Arroyo P. *Nutriología Médica*.

Lajolo, FM., *Alimentos Funcionales: Aspectos Científicos y Regulatorios*. Dieta y Salud. Año 10, No.1, 2003

Lee, R.D & Nieman, DC. *Nutritional Assessment*. Third edition, Mc Graw Hill, New Cork, 2003.

Ley General de Salud. Ultima reforma publicada DOF 9 de mayo de 2007

Lipman, T.O., *Nutrición enteral y muerte: temas éticos acerca de la terminación de la alimentación enteral en adultos*. En: Rombeau, J & Rolandelli, R.F., *Nutrición Clínica: Alimentación Enteral*- 3 rd Edition. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, México, 2001.

Lipman, T.O., *Nutrición enteral y muerte: temas éticos acerca de la terminación de la alimentación enteral en adultos*. En: Rombeau, J & Rolandelli, R.F., *Nutrición Clínica: Alimentación Enteral*

Mahan LK & Arlin, MT., *Nutrición y Dietoterapia de Krausse*. Octava edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. México, 1995.

Mahan LK & Escott-Stump S. *Nutrición y Dietoterapia de Krausse*. Décima edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. México, 2001

Meisel, A., *The right to die*. Wiley, New York, 1995.

Meisel A. Barriers to forgoing nutrition and hydration in nursing homes. *Am J Law Med* 1995 No. 21 :3-46

Melendo, T. *Dignidad Humana y Bioética*. Ediciones Universidad de Navarra, S.A., España, 1999.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-033-SSA1-1993. Bienes y servicios. Irradiación de alimentos. Dosis permitidas en alimentos, materias primas y aditivos alimentarios

NOM-174-SSA1-1998. Para el Manejo Integral de la Obesidad

NOM-043-SSA2-2005 Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

Polaino-Lorente, A. *Manual de Bioética General*. 4ª Edición. Ediciones RIALP, S.A., Madrid, 2000.

Printz, LA. *Terminal dehydration, a compassionate treatment*. Arch Intern Med 1992;152:697-700

Reyes Zubiría, A., *Acercamientos Tanatológicos al Enfermo Terminal y a su Familia*. Tomo III. México, 1996

Robles, Gris, J. *Nutrición en el Paciente Críticamente Enfermo*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México, 1996.

Velázquez Fernández, H., *¿Qué es la Naturaleza?* ? Editorial Porrúa, México, 2007.

Muñoz Garrido, R. *La Etica y las relaciones interprofesionales de los médicos*. En:

World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer*. Washington, DC, 2007

Zerwekh, J.V., *Should fluid and nutritional support be withheld form terminally ill patients?* Am J Hospice Care 1987 N° 4

¿Qué es un Alimento Natural? www.alimentacion-sana.com.ar

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

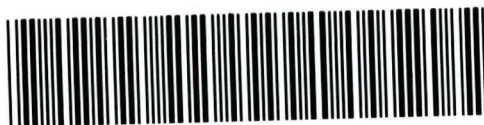
FECHA DE DEVOLUCION

El lector se obliga a devolver este libro antes del vencimiento de préstamo señalado por el último sello

PRESTAMO

RENOVACION

05 ABR. 2011



DOCT3886275