



INVESTIGACIÓN

Bioética y derecho humano a la alimentación adecuada en la terapia nutricional enteral

Eloisa Cristina Gonçalves¹, Ivone Mayumi Ikeda Morimoto², Cilene da Silva Gomes Ribeiro², Thiago Rocha da Cunha², Carla Corradi-Perini²

1. Santa Casa de Curitiba, Curitiba/PR, Brasil. 2. Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Curitiba/PR, Brasil.

Resumen

Este estudio tiene como objetivo reflexionar, a la luz de la bioética, sobre la incorporación del concepto de derecho a la alimentación adecuada en el contexto de la terapia nutricional enteral. Se trata de un estudio longitudinal, realizado en pacientes con nutrición enteral internados en un hospital universitario brasileño. El respeto a este derecho se verificó a partir del análisis de la adecuación de la dieta ofrecida a los pacientes. Los resultados muestran que menos de la mitad de los pacientes recibieron una dieta adecuada (cantidad y calidad), principalmente debido a complicaciones relacionadas con la enfermedad y el tratamiento (diarrea, náuseas y vómitos, estasis gástrica, ayuno para exámenes/procedimientos). Sin embargo, se observa que la limitación de los recursos financieros y las debilidades en la organización de los servicios contribuyen a esta realidad. La terapia nutricional enteral ha evolucionado en las últimas décadas en relación con las regulaciones y la disponibilidad de productos, sin embargo, el análisis bioético muestra que hay desafíos a ser enfrentados para que el derecho en cuestión esté garantizado en el contexto clínico y terapéutico.

Palabras clave: Bioética. Nutrición enteral. Derechos humanos.

Resumo

Bioética e direito humano à alimentação adequada na terapia nutricional enteral

Este estudo objetiva refletir à luz da bioética a incorporação do conceito de direito à alimentação adequada no âmbito da terapia nutricional enteral. Trata-se de estudo longitudinal realizado com pacientes em nutrição enteral internados em hospital universitário brasileiro. O respeito a esse direito foi verificado a partir da análise de adequação da dieta oferecida aos pacientes. Os resultados demonstram que menos da metade dos pacientes recebeu dieta adequada (quantidade e qualidade), principalmente por fatores ligados a doenças e ao tratamento (diarreia, náuseas e vômitos, estase gástrica, jejum para exames/procedimentos). Entretanto, observa-se que limitação de recursos financeiros e fragilidades na organização dos serviços contribuem para essa realidade. A terapia nutricional enteral evoluiu nas últimas décadas em relação a regulamentações e disponibilidade de produtos, porém a análise bioética evidencia que há desafios a serem enfrentados para que o direito em questão seja garantido também no contexto clínico e terapêutico.

Palavras-chave: Bioética. Nutrição enteral. Direitos humanos.

Abstract

Bioethics and the human right to adequate feeding during enteral nutritional therapy

This study aims to reflect, in the light of bioethics, about the incorporation of the concept of human right to adequate food in the scope of enteral nutritional therapy. This is a longitudinal study performed with patients being fed through enteral nutrition who were admitted to a Brazilian University hospital. The respect for this right was checked by the analysis of the adequacy of the diet offered to the patients. The results show that less than half the patients received adequate diet (quantity and quality), mainly due to disease and treatment factors (diarrhoea, nausea and vomiting, gastric stasis, fasting for exams/procedures). However, it is observed that the limitation of financial resources and fragility in the organisation of services contribute to this reality. Enteral nutritional therapy has evolved in recent decades in relation to regulations and availability of products, but bioethical analysis shows that there are challenges to be faced in order to ensure that the right in question is also guaranteed in the clinical and therapeutic context.

Keywords: Bioethics. Enteral nutrition. Human rights.

Aprovação CEP PUC/PR 459.363

Declaram não haver conflito de interesse.

La *Declaración Universal de los Derechos Humanos*¹, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1948, reconoce a la dignidad como inherente a la humanidad. Por lo tanto, los seres humanos poseen derechos iguales e inalienables – cuestión que orientó el fundamento de la libertad, la justicia y la paz en el mundo. Según Oliveira, *el principio de la dignidad humana es el marco axiológico de la bioética internacional* y, agrega la autora, *la dignidad humana es el más evidente punto de aproximación entre la bioética y los derechos humanos, siendo el principio fundamental y el cimiento de la construcción teórica en los dos campos del saber*².

El entrecruzamiento entre bioética y derecho humano a la alimentación adecuada (DHAA) se evidencia en el principio “responsabilidad social y salud” dispuesto en el artículo 14° de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (DUBDH), que, entre otros elementos, determina que los avances y progresos científicos y tecnológicos deben promover *el acceso a la alimentación y al agua adecuados*³.

Así, el DHAA, como uno de los derechos fundamentales necesarios para la efectivización de la dignidad humana, debe tener incorporado su concepto en las estrategias de desarrollo social y de seguridad alimentaria y nutricional (SAN). Por DHAA se comprende *el derecho humano inherente a todas las personas a tener acceso regular, permanente e irrestricto, ya sea directamente o por medio de adquisiciones financieras, a alimentos seguros y saludables, en cantidad y calidad adecuadas y suficientes, correspondientes a las tradiciones culturales de su pueblo y que garantice una vida libre de miedo, digna y plena en las dimensiones física y mental, individual y colectiva*⁴.

El Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SISAN) fue creado por la Ley 11.346, en septiembre de 2006, con el objetivo de asegurar el DHAA, estando regido por principios que engloban la *universalidad y equidad en el acceso a la alimentación adecuada, sin ninguna especie de discriminación* y, también *el respeto a la dignidad de las personas*⁵, por medio de formulaciones e implementaciones de políticas y planes de SAN e integración entre gobierno y sociedad civil. El organismo también cuenta con la ayuda del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONSEA), instrumento de la sociedad civil que brinda asesoría inmediata a la presidencia de la República en la formulación de políticas y en la definición de orientaciones para que el país garantice el derecho humano a la alimentación⁶.

En el contexto del Sistema Único de Salud (SUS), la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAM) implica el cuidado a individuos con necesidades alimentarias especiales⁷, incluyendo a pacientes en terapia nutricional enteral (TNE), es decir, el conjunto de procedimientos terapéuticos para mantener o recuperar el estado nutricional por medio de un tubo o sonda flexible⁷.

En el ámbito hospitalario es cada vez más frecuente la TNE como alternativa para pacientes que tienen su tracto gastrointestinal preservado y no pueden ingerir alimentos vía oral y/o presentan ingesta oral insuficiente⁸. La prescripción de la terapia procura prevenir el deterioro del estado nutricional⁹; por lo tanto, debe ser nutritivamente completa y adecuada para satisfacer las exigencias nutricionales del paciente, considerando las condiciones clínicas individuales¹⁰, y preservar los derechos y la autonomía del paciente¹¹.

De esta forma, es importante resaltar a la nutrición en todos sus aspectos, incluyendo la terapia nutricional enteral, en el contexto del derecho humano. La importancia de proveer las cantidades suficientes de nutrientes y energía establecidas para el paciente se relaciona con la exigencia de reducir el tiempo de internación hospitalaria, la incidencia de infecciones y la morbimortalidad, responsables de afectar su evolución clínica¹²⁻¹⁴.

En este sentido, este trabajo tuvo como objetivo general analizar a la luz de la bioética el respeto al derecho a la alimentación adecuada de pacientes en TNE. Específicamente, se pretendió analizar la historia de la evolución de las políticas relacionadas con la TNE en las últimas décadas y mostrar la realidad actual de un hospital universitario en relación con este procedimiento, verificando factores relacionados con la (in)adecuación de la dieta y con las necesidades nutricionales de los pacientes estudiados.

Método

La investigación tuvo un carácter longitudinal, descriptivo, un abordaje cuantitativo, y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Pontificia Universidad Católica de Paraná. Con el fin de permitir una mejor contextualización de los resultados obtenidos, se realizó una revisión narrativa abordando la historia de la evolución de la TNE en el escenario brasileño, señalando los marcos legales y políticos, a partir de los descriptores “nutrición enteral”, “dieta por sonda”, “legislación y terapia

nutricional”, en el idioma portugués, sin limitación de fecha de publicación. La búsqueda fue realizada en las bases SciELO y LILACS, en los sitios de los consejos profesionales, asociaciones y sociedades brasileñas relacionadas con la terapia nutricional enteral.

Paralelamente, para demostrar la realidad actual de la TNE en un ambiente hospitalario, se realizó una investigación de campo con pacientes en nutrición enteral, internados en un hospital universitario brasileño, entre enero y abril de 2014, que aceptaron participar voluntariamente de la investigación mediante la firma del documento de consentimiento libre e informado (DCLI) tras recibir información detallada sobre el estudio. Para los pacientes incapaces de comunicarse, se contactó al familiar responsable, al cual se le explicó la investigación y se le solicitó la firma del DCLI.

Participaron del estudio pacientes con edad igual o superior a 18 años, de ambos sexos, con prescripción de nutrición enteral vía sonda o estomía, complementada o no con suplementación nutricional industrializada vía oral, internados por medio del SUS. Se excluyeron los pacientes en nutrición enteral que estuviesen en transición a una dieta vía oral, pacientes cuyas necesidades nutricionales no pudiesen ser estimadas debido a la imposibilidad de una evaluación nutricional antropométrica y pacientes en cuidados paliativos. La muestra final implicó 30 participantes.

Tras la inclusión en el estudio, los pacientes fueron sometidos a la evaluación nutricional para la determinación de las necesidades nutricionales. Se realizó una evaluación antropométrica con los individuos hasta 72 horas luego del inicio de la TNE, y acompañados diariamente durante el período de internación. Además, se midió la estatura mediante el método indirecto de la altura de la rodilla, con la ayuda de una cinta métrica flexible y extensible. El peso ideal se estimó por medio del IMC promedio para la edad, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud¹⁵ y Lipschitz¹⁶, para adultos y ancianos, respectivamente. Las necesidades energéticas se determinaron de acuerdo con la estimativa por kilogramo de peso corporal según Martins y Cardoso¹⁷.

La dieta infundida fue adecuada en base al análisis de los registros de sus volúmenes diarios durante el período en el que el paciente pasó por este procedimiento. Se consideró también la suplementación nutricional industrializada vía oral o nutrición parenteral complementaria (incluyendo suero glucosado) para determinar los macro y micronutrientes administrados. La cantidad

energética de estos nutrientes ofrecida en el cuarto día de recepción de la dieta se comparó con las necesidades nutricionales del paciente para el análisis de la adecuación.

También en relación con la nutrición enteral se describieron y se analizaron los siguientes ítems: motivos de la prescripción de la TNE, patologías de base, complicaciones provenientes de la nutrición enteral, vía(s) de acceso utilizada(s) por los pacientes, formulaciones de dietas enterales utilizadas, densidad calórica de las fórmulas, volumen prescrito, volumen administrado, tasa de infusión de la dieta, tiempo (días) para alcanzar la totalidad de las necesidades energéticas y proteicas.

Para adecuar la dieta se consideraron también los datos clínicos y las complicaciones relacionadas con la nutrición enteral. En cuanto a los resultados, las variables cuantitativas se analizaron por estadística descriptiva y las variables cualitativas fueron categorizadas y analizadas por distribución de frecuencias.

Resultados

La búsqueda en la bibliografía de la historia de la evolución de la terapia enteral reveló que los avances se intensificaron a partir de fines de la década de 1970, cuando las industrias comenzaron a desarrollar fórmulas de dietas nutricionalmente completas y liofilizadas. Tras esta conquista se verificó la organización de sociedades abocadas a los estudios sobre la nutrición y el refinamiento de la discusión sobre la temática en el escenario mundial, en los campos científico y político, incluyendo el escenario brasileño. Los principales marcos de la evolución de esta terapia en Brasil serán resumidamente presentados a continuación.

Para ilustrar la realidad de la TNE en el escenario brasileño, se realizó una investigación de campo involucrando a pacientes en nutrición enteral en un hospital universitario de Curitiba. Se evaluaron 30 pacientes, con un promedio de edad de 62±11, 21 años. La mayor parte de los evaluados en TNE fueron internados debido a una enfermedad cardiovascular (53%, n=16), seguido de neoplasia (17%, n=5) y accidente cerebrovascular (10%, n=3), conforme la Tabla 1. Otras patologías observadas en los pacientes fueron sepsis, insuficiencia respiratoria, aneurisma y cirugía bariátrica, representando el 20% del diagnóstico clínico (n=6).

Los motivos principales que llevaron a los pacientes a recibir la TNE fue insuficiencia

respiratoria (73%, n=22) y disfagia (17%, n=5). Otros se refieren a la inapetencia y fístula post-quirúrgica (10%, n=3).

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes en nutrición enteral en un hospital universitario brasileño, abril 2014

VARIABLES	Número de pacientes	%
Género		
Masculino	20	67
Femenino	10	33
Motivo de la prescripción de la dieta enteral		
Insuficiencia respiratoria	22	73
Disfagia	5	17
Otros	3	10
Patología de base		
Enfermedad cardiovascular	16	53
Neoplasia	5	17
Accidente cerebrovascular	3	10
Otros	6	20

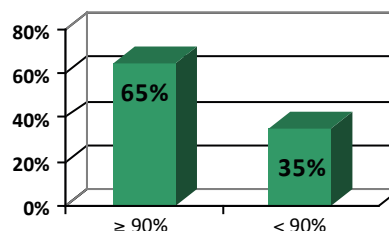
Entre las vías de administración, la más utilizada fue la sonda nasointestinal, en el 97% de los pacientes (n=29), y solo un paciente recibió dieta por estomía. La nutrición enteral fue exclusiva para todos los pacientes, utilizándose la administración continua con bomba infusora. Como protocolo del servicio de nutrición del hospital en cuestión, la progresión de la dieta es lenta para evitar eventos adversos, desarrollándose el valor nutricional de la dieta hasta la totalidad deseada en tres días.

Todos los pacientes inician la TNE con una dieta estándar (normocalórica/normoproteica). Las fórmulas de dietas enterales utilizadas fueron evaluadas al cuarto día de recibirla, siendo observada la siguiente distribución: hipercalórica/hiperproteica (40%); hipercalórica/hiperproteica con fibras (17%); normocalórica/normoproteica (7%); normocalórica/hiperproteica (3%). Se verificó que el 33% de los pacientes (n=10) no completaron el cuarto día de acompañamiento, pues evolucionaron a una nutrición oral, parenteral exclusiva o fallecieron.

El promedio de la velocidad de infusión para los pacientes fue de 41,55 ± 6,85 ml/h, siendo que la cantidad de dieta infundida sufrió varias alteraciones, como consecuencia principalmente de los cambios de las fórmulas administradas y de sus densidades calóricas, para alcanzar las necesidades nutricionales de los pacientes. En el período de

la investigación se evidenció que, en promedio el gasto energético total de los pacientes fue de 1.729 ± 161,45 kcal/día y el valor energético total ofrecido en promedio fue inferior, alcanzando 1.260,1 ± 348,33 kcal/día, incluyendo la energía proveniente del suero glucosado. Así, de los pacientes que completaron como mínimo cuatro días de recibir la dieta enteral (n=20), el 65% (n=13) alcanzaron más del 90% de la adecuación de la dieta enteral en el cuarto día de administración, como lo muestra la Figura 1.

Figura 1. Porcentaje de adecuación de la nutrición enteral al cuarto día de administración a los pacientes del estudio (abril, 2014)



Las siguientes complicaciones, relacionadas o no con la TNE, interfirieron en la inadecuación de la dieta enteral y en su discontinuación: diarrea (13%, n=4); complicaciones relacionadas con el posicionamiento de la sonda, como hemorragia (3%, n=1), distensión abdominal (3%, n=1) y náuseas y vómitos (3%, n=1); obstrucción de la sonda (10%, n=3), estasis gástrica (17%, n=5), necesidad de recolocación de la sonda en los pacientes que la arrancaban (7%, n=2), administración de drogas vasoactivas (3%, n=1); y suspensión de la dieta para realización de exámenes (7%, n=2).

En cuanto al desenlace de la internación, hubo mayor frecuencia (33%, n=10) de pacientes que fallecieron, seguido de aquellos que evolucionaron a una dieta vía oral (30%, n=9). Se puede destacar además que el 13% (n=4) recibieron el alta hospitalaria y el 20% (n=6) continuaron bajo cuidados del equipo multiprofesional tras la finalización de la recolección de datos.

Discusión

El DHAA viene siendo ampliamente discutido en nuestro país, y muchas conquistas son el resultado de diferentes movimientos de la sociedad civil y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, siendo la principal de ellas la inclusión de la alimentación entre los derechos sociales en

el artículo 6° del ordenamiento jurídico de nuestro país en 2010. No obstante, la discusión de la terapia nutricional enteral en el contexto del DHAA aún es poco visibilizada, indicando la necesidad de destacar esa interfaz, como se propone en este artículo.

La breve recuperación a partir de la bibliografía respecto de la evolución de la terapia nutricional enteral señala diversos avances en los ámbitos científico, industrial y político, y facilitan la atención de las necesidades nutricionales de personas que dependen de la nutrición enteral para la alimentación.

Inicialmente, las dietas estaban compuestas básicamente de caldo de carne bovina y pollo, siendo administradas por un acceso realizado en el intestino delgado (yeyunostomía), lo que provocaba síntomas gastrointestinales como distensión abdominal, cólicos, diarrea y flatulencias¹⁸. Esta dieta con alimentos cocidos, licuados y colados era denominada “artesanal”.

En la década de 1980 surgieron las dietas enterales industrializadas. En 1985, Waitzberg fue el pionero en la evaluación de los resultados obtenidos por la administración de una dieta enteral industrializada para pacientes desnutridos, los cuales presentaron buena tolerancia y ausencia de efectos colaterales, diferente de las dietas enterales artesanales¹⁸.

Actualmente, las dietas industrializadas se presentan bajo tres formas: dietas industrializadas en polvo, líquidas semilistas y listas para su uso. Las dietas enterales listas para su uso o conocidas también como sistema cerrado, necesitan equipos (tubo para conectar la sonda con el frasco de dieta enteral) específicos para la bomba de infusión, tienen un alto costo y son las más utilizadas en el ámbito hospitalario¹⁰.

Como marco del inicio de la nutrición enteral, en 1975 se fundó la Sociedad Brasileña de Nutrición Parenteral y Enteral (SBNPE), de carácter multidisciplinario, reuniendo médicos, nutricionistas, enfermeros, farmacéuticos y estudiantes. La sociedad desarrolla acciones de defensa profesional, de educación y de actuación en nutrición y realiza cursos de actualización y formación, además de congresos nacionales. Recién en 1981 se dio la inclusión de la “E” en la sigla SBNP, dado que el reglamento técnico pasó a fijar los requisitos mínimos exigidos para la TNE¹⁹.

Por medio de la SBNPE surgió la Investigación Brasileña de Evaluación Nutricional Hospitalaria (Ibranutri) que, en 1996, realizó una investigación multicéntrica en hospitales de la red pública del país con el objetivo de identificar la desnutrición en pacientes internados²⁰. En 1999, la Resolución

38 de la Secretaría de Asistencia a la Salud (SAS) del Ministerio de Salud²¹ incluyó en la tabla de procedimientos especiales del SUS a la nutrición enteral en pediatría y adultos, mostrando que la relación costo/beneficio de la terapia nutricional (TN) en la asistencia integral a la salud, indicada por el Ibranutri, fue de R\$ 1,00 de inversión a R\$ 4,13 de economía total.

En 2000 la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) lanzó la Resolución 63²² que aprobaba el reglamento técnico para fijar los requisitos mínimos exigidos para la TNE. A partir de eso, las unidades hospitalarias y las empresas prestadoras de bienes o servicios tuvieron 90 días para adecuarse a la resolución. En 2005 el SAS estableció en las resoluciones 343²³ y 131²⁴, respectivamente, la organización y la implementación de la asistencia de alta complejidad en TN, y definiciones de las unidades de asistencia y los centros de referencia de alta complejidad en TN, para una mejor atención de los usuarios del SUS.

Cuadro 1. Marcos de la evolución de la terapia nutricional enteral en Brasil

Año	Marco
1975	Fundación de la Sociedad Brasileña de Nutrición Parenteral
1981	Modificación del nombre de la Sociedad a SBNPE, incluyéndose la “E” de Enteral
1987	Realización del Estudio Ibranutri
1999	Resolución 38, del 29 de septiembre de 1999 – SAS
2000	Resolución 63, del 6 de julio de 2000 – ANVISA
2005	Resolución 343, del 7 de marzo de 2005 – SAS
2005	Resolución 131, del 8 de marzo de 2005 – SAS

En nuestro estudio se demostró que las necesidades calóricas de los pacientes estudiados no fueron atendidas y los factores relacionados con las complicaciones de la dieta enteral interfirieron en la administración de la dieta, corroborando los hallazgos de Campanella y colaboradores⁹, Nozaki y Peralta¹⁴ y Assis y colaboradores²⁵.

En algunos casos, la TNE es la única manera de que el individuo continúe vivo, evitando la inanición. En esta situación uno de los principales papeles del nutricionista es controlar y prevenir síntomas que puedan interferir en la calidad de vida del paciente – pirosis, diarreas y vómitos –, además de garantizar las necesidades nutricionales. La intervención del nutricionista debe considerar las necesidades fundamentales del individuo, tanto las dedicadas al control de los síntomas como las destinadas a garantizar satisfacción y alivio²⁶.

En este sentido, es importante destacar que la indicación de la nutrición por medio de la sonda enteral implica una discusión inicial del equipo, y posteriormente con el paciente (cuando sea posible) y/o sus familiares para que sean protagonistas en la toma de decisiones referidas a la alimentación por una vía alternativa. La decisión de iniciar la nutrición enteral debe ir al encuentro del mejor interés del paciente, procurando el respeto de su autonomía. Cabe destacar además que no se incluyeron en esta investigación pacientes en cuidados paliativos o en el fin de la vida, en los que el papel de la alimentación es diferente de los objetivos de la TNE presentados en la definición de la ANVISA²².

Entre las posibles definiciones de la nutrición enteral, la Resolución de la Dirección Colegiada (RDC) 63 de la ANVISA la caracteriza como un *alimento con fines especiales, con ingesta controlada de nutrientes, de forma aislada o combinada, de composición definida o estimada, especialmente formulada y elaborada para el uso de sondas o por vía oral, industrializada o no, utilizada exclusiva o parcialmente para sustituir o complementar la alimentación oral en pacientes desnutridos o no, conforme sus necesidades nutricionales, en régimen hospitalario, ambulatorio o domiciliario, tendiendo a la síntesis o al mantenimiento de los tejidos, órganos o sistemas*²⁷.

La TNE puede clasificarse como una vía alternativa de alimentación para pacientes con necesidades especiales, siendo en este caso una posibilidad de garantizar el derecho a la alimentación adecuada. A partir de los principios de la DUBDH, se entiende que todas las personas deben tener respetado el DHAA, como condición esencial del derecho a la vida. De esta forma, la TNE puede ser el único modo posible para mantener la alimentación de un individuo en esas condiciones, por lo tanto, garantizando el derecho al DHAA, incluso por vías alternativas^{1,28}.

Entre los principios éticos que orientan los derechos humanos se puede citar el principio de la universalidad, aplicado a todos los seres humanos independientemente de etnia, religión o característica social. También se destaca el principio de la indivisibilidad, pues los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales son igualmente necesarios para garantizar una vida digna. El principio de la interdependencia se refiere a la relación entre principios porque la realización de uno requiere la garantía de la ejecución de los demás – por ejemplo, la asistencia a la salud no resuelve la necesidad de una alimentación adecuada. Finalmente, el principio que caracteriza a los derechos humanos como

inalienables – intransferibles, innegociables e indisponibles –, es decir, que no pueden ser cedidos o retirados a nadie²⁹.

Los nutrientes de los alimentos son necesarios para el mantenimiento biológico y social del ser humano. No obstante, la preocupación por el hambre y el acceso a los alimentos aún persiste en el escenario global, caracterizando una situación vinculada con la exclusión social y la violación de derechos humanos¹².

Según Rosaneli y colaboradores, *el derecho humano a la alimentación adecuada (DHAA) solo se hará concreto cuando todas las personas, independientemente de la clase social, la nacionalidad o la etnia, tuvieran acceso permanente a una alimentación saludable y a los medios adecuados para su adquisición*³⁰. Frente a esta problemática, el concepto de seguridad alimentaria y nutricional cuenta con tres aspectos principales: cantidad, calidad y regularidad en el acceso a los alimentos³¹. En este sentido, al relacionar el DHAA y la TNE debemos reflexionar sobre la disponibilidad de esta terapia para todos quienes necesitan dicha intervención, considerando justamente los tres aspectos mencionados.

En el hospital universitario en el que se realizó la investigación, el 100% de las dietas enterales son industrializadas. A pesar del costo más alto cuando se las compara con las dietas artesanales, las industrializadas pueden tener algunos beneficios en el contexto hospitalario: practicidad, fórmulas nutricionalmente completas, mayor seguridad en cuanto al control microbiológico y composición centesimal, lo que puede resultar en una mejor respuesta inmunológica. De esta forma, pueden ayudar a reducir complicaciones clínicas, como infecciones, lesiones por presión, mala cicatrización de procesos quirúrgicos y catabolismo proteico. Así, pueden también reducir el tiempo de internación y, consecuentemente, los costos totales del paciente al hospital^{14,32-36}.

Los ciudadanos tienen el deber de exigir sus derechos y, por otro lado, el Estado tiene que garantizarlos y no violarlos. Por lo tanto, son obligaciones del poder público: respetar los derechos de modo tal de no bloquear directa o indirectamente su efectivización; proteger a la población contra las acciones de empresas o de individuos que puedan resultar en la violación de derechos y también tomar medidas preventivas; y realizar, promover y facilitar el acceso de las personas a los diferentes medios para garantizar sus derechos³⁷.

En esta investigación se percibe que todos los pacientes internados que necesitaban terapia nutricional alternativa la recibieron. Sin embargo, cabe discutir si la fórmula utilizada contempla las necesidades de cada paciente, considerando las especificidades de cada momento. En el grupo estudiado se identificaron cuatro fórmulas distintas de dieta para los pacientes. Luego del protocolo de atención y de inicio de la TNE ofrecido por el servicio de nutrición del hospital en cuestión, todos los pacientes inician la terapia con fórmulas estándar (normocalórica/normoproteica), para que haya una mejor aceptación y adaptación a la dieta. Aun así, algunos pacientes presentaron complicaciones relacionadas con el procedimiento.

Una complicación común en pacientes con TNE es la diarrea, también identificada en este estudio. Sin embargo, si tomamos en consideración que el 76% de la muestra estaba internada en una unidad de terapia intensiva (UTI), se cuestiona si la diarrea estaba directamente relacionada con la TNE, dado que los pacientes clínicos, que generalmente necesitan de la UTI para recuperarse, son individuos con un alto estrés metabólico, alto catabolismo, baja inmunidad y gran chance de contaminación microbiológica.

En estos casos, es frecuente el tratamiento con antibióticos³⁸ que, además de ser eficientes contra los microorganismos patológicos, acaban también con los microorganismos benéficos de la flora intestinal. Este proceso de reducción de la biodiversidad microbiológica implica un intestino con pérdida de microvellosidades, incapaz de absorber nutrientes y agua, favoreciendo la diarrea³⁹⁻⁴².

Se sabe que varios factores, inherentes a la propia enfermedad, pueden interferir en la adecuación a la nutrición enteral, entre ellos estasis gástrica, obstrucción de la sonda, realización de exámenes y reposicionamiento de la sonda. Por otro lado, las decisiones referidas a las formulaciones de las dietas y a la definición de los volúmenes brindados a los pacientes pueden estar demasiado influenciadas por factores económicos, relacionados con las recetas de los hospitales, de acuerdo con los traslados previstos en el Sistema Único de Salud. Se puede cuestionar además la calidad de la asistencia brindada por parte de los servicios de los hospitales, pues algunos pacientes permanecen en ayuno por demasiado tiempo, lo que no se justifica por los procedimientos realizados.

Algunos estudios brasileños vienen realizándose en la última década con el objetivo de analizar la adecuación de la dieta enteral infundida en

relación con la prescrita^{9,14,25}, y los resultados corroboran los presentados en este estudio. Algunos autores han señalado algunas salidas para enfrentar esta cuestión: perfeccionamiento del tiempo de inicio de la dieta enteral; presencia efectiva de un equipo multiprofesional de terapia nutricional; formación continua para el equipo asistencial⁹; revisión de los procesos de trabajo; evaluación periódica de los pacientes¹⁴.

De estos señalamientos surgen nuevos cuestionamientos que incluyen los motivos por los cuales la dieta no se inicia precozmente (o en el momento ideal), explicaciones para que no se (re) evalúe periódicamente a los pacientes o incluso dificultades para el trabajo interdisciplinario efectivo – ¿las instituciones presentan un número suficiente de profesionales para la demanda de trabajo que implica la terapia nutricional? ¿Tienen recursos considerables para atender a las necesidades nutricionales de los pacientes?

En esta investigación se destacó la adecuación en relación con las cantidades energéticas de la nutrición enteral, pero Nosaki y Peralta¹⁴ alertan sobre otros elementos nutricionales, como el contenido de proteínas, fibras, la presencia de antioxidantes y de inmunoestimulantes (arginina y glutamina), por ejemplo. No obstante, cuanto más se modifica la dieta, mayor es el costo, lo que termina restringiendo su uso incluso existiendo evidencias científicas que lo justifiquen.

Excluyéndose los factores inherentes a la condición clínica de los pacientes, a pesar de todos los avances de las prácticas y políticas relacionadas con la TNE, la dimensión económica aún parece sobreponerse a las demás dimensiones en este contexto, contribuyendo a la violación del DHAA en este grupo susceptible. Así, debemos considerar la calidad de la terapia nutricional enteral y el DHAA como un tema de discusión actual en el campo de la bioética y de los derechos humanos, a partir de principios esenciales como la vulnerabilidad, la equidad y la justicia, pero basándose, principalmente, en la DUBDH de la UNESCO³. Según Carvalho y Albuquerque⁴³, la DUBDH puede utilizarse como una referencia teórico-normativa para analizar problemas relacionados con la desigualdad en salud con foco en los derechos humanos.

El artículo 8° de la DUBDH destaca que la vulnerabilidad *debe ser tomada en consideración* y que *los individuos y grupos de vulnerabilidad específica deben ser protegidos y la integridad individual de cada uno debe ser respetada*³. En el contexto de la TNE, se concibe que los pacientes con necesidades alimentarias

especiales debido a una disfunción orgánica son individuos que se encuentran en situación de vulnerabilidad^{3,44}, requiriendo, por lo tanto, una conducta ética especial y cuidados clínicos y hospitalarios.

Kottow afirma que *vulnerabilidad, dignidad e integridad tal vez puedan ser entendidas más precisamente como descripciones antropológicas de la condición humana*⁴⁵, que exigen respeto y protección, incluso careciendo de una norma que oriente la conducta ética a partir de ellas. Para Hossne, esta afirmación refuerza la *teoría de las referencias, colocando a la vulnerabilidad como referencia esencia para la opción de valores, propia de la bioética*⁴⁶. El autor considera a esta referencia como uno de los elementos (o factores) que no solo justifica la existencia sino que también colabora con las directrices normativas en bioética⁴⁷.

Schramm señala la necesidad de priorizar a los "vulnerados", es decir, *aquellos que no están sometidos solo a riesgos de vulneración, sino a daños y a carencias concretas*⁴⁸. Es importante destacar que en nuestra investigación aproximadamente un tercio de los pacientes, considerados vulnerados, no tuvo atendidas sus necesidades nutricionales, lo que exige acciones de protección por parte de aquellos que tienen el poder de tomar decisiones (tanto en el sentido asistencial como en el sentido de gestión de política públicas). Por lo tanto, se deben considerar mínimamente las demandas energéticas y proteicas impuestas por la condición clínica que el paciente presenta, y buscar los medios de atender a tales exigencias.

La vulnerabilidad expresa valores biológicos, sociales y existenciales, siendo que *la inseguridad biológica significa vulnerabilidad*⁴⁹, y en el plano social se refiere a *la existencia de relaciones que limitan la capacidad de actuación de las personas (...) y niegan el ejercicio efectivo de derechos*⁵⁰.

La reflexión ética sobre esta condición de vulnerabilidad biológica y muchas veces social de los pacientes en TNE exige una conducta nutricional basada en la equidad, indispensable para las acciones justas en este contexto. *La equidad cuida de la igualdad en la medida en que trata como igual lo que es igual, pero, cuando es necesario, trata de modo desigual (no obstante, adecuado) lo que es desigual*⁴⁷. Aspirando al mejor desenlace clínico, los pacientes en TNE deben ser tratados de forma desigual para que sus necesidades nutricionales específicas sean contempladas.

De esta forma, se practica la justicia distributiva, entendida como una virtud primaria de las instituciones sociales, fruto de la cooperación humana

que debe buscar beneficios mutuos⁵¹. Se puede, entonces, extrapolar esa definición de equidad al campo de la TNE, pues todos tienen igual derecho a la alimentación adecuada al mismo tiempo en que se respeta y atiende a las diferentes necesidades alimentarias de cada individuo.

Consideraciones finales

Analizando la TNE en las últimas décadas, se observa que las reglamentaciones evolucionaron y hay mayor disponibilidad de productos de calidad, lo que facilita el DHAA de la población que necesita de la terapia. No obstante, quedan aún muchos desafíos que implican el acceso a una dieta adecuada, ejemplificada en este estudio a partir del análisis de la realidad de la TNE en un hospital universitario. Se encontraron fragilidades en la nutrición enteral brindada a los pacientes, especialmente con relación a la cantidad y la calidad específicas de cada uno, siendo un problema recurrente en las diversas regiones de Brasil.

Diversos factores pueden contribuir con esa inadecuación, como complicaciones relacionadas con la propia enfermedad del paciente o con la nutrición enteral. Pero, en este estudio, se observó que más de la mitad de los pacientes no presentaba evidencia de factores clínicos que pudiesen comprometer la adecuación de la dieta. Por lo tanto, surgen muchos cuestionamientos, entre ellos, sobre la suficiencia de recursos transferidos a las instituciones para atender al DHAA y la calidad de la asistencia para esa población. Se puede afirmar que el conocimiento de los resultados de la presente investigación por parte del equipo asistencial le sirvió para dirigir mejor su formación continua.

La nutrición enteral inadecuada para aquellos que la tienen como única forma de alimentación genera individuos vulnerados, situación que necesita una mirada atenta tanto del equipo asistencial como de los gestores públicos y acciones basadas en el respeto a la vulnerabilidad, a la equidad, aspirando a la justicia distributiva. En base a este estudio en particular, a la bibliografía sobre el tema y a las referencias normativas de la bioética, se advierte la necesidad de mejorar las políticas públicas e institucionales para atender a las necesidades de esta población, considerando que la violación del DHAA puede afectar a pacientes en TNE en todas las esferas de sus vidas. Se cree que los resultados aquí puestos en evidencia pueden movilizar transformaciones en los procesos de trabajo y, de esta forma, contribuir con la garantía del DHAA de esta población.

Referências

1. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração universal dos direitos humanos [Internet]. Brasília: Unesco; 1998 [acesso 23 abr 2016]. Disponível: <https://bit.ly/1c4a30C>
2. Oliveira AAS. Interface entre a bioética e direitos humanos: o conceito ontológico de dignidade humana e seus desdobramentos. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2007;15(2):170-85. p. 173.
3. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos [Internet]. Brasília: Unesco; 2005 [acesso 23 abr 2016]. Disponível: <https://bit.ly/1TRJFa9>
4. Burity V, Franceschini T, Valente F, Recine E, Leão M, Carvalho MF. Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional. Brasília: Abrandh; 2010. p. 15.
5. Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Sisan com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; v. 143, nº 179, p.1-2, 18 set 2006 [acesso 23 abr 2016]. Art. 8º. Disponível: <https://bit.ly/2pApPdG>
6. Machado RLA. Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; 29 maio 2017 [acesso 5 jun 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2pE7xax>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 23 abr 2016]. Disponível: <https://bit.ly/Zfz5nX>
8. Leandro-Merhi VA, Morete JL, Olivera MRM. Avaliação do estado nutricional precedente ao uso de nutrição enteral. *Arq Gastroenterol*. 2009;46(3):219-24.
9. Campanella LCA, Silveira BM, Rosário Neto O, Silva AA. Terapia nutricional enteral: a dieta prescrita é realmente infundida? *Rev Bras Nutr Clín*. 2008;23(1):21-5.
10. Vasconcelos MIL. Nutrição enteral. In: Cuppari L. Nutrição clínica no adulto. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2005. p. 369-90.
11. Chaves MLF. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. *Rev Bras Hipertens*. 2000;7(4):372-82.
12. Waitzberg DL. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 3ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2000.
13. Fernandes DD, Ghisleni DR, Colpo E, Lopes LFD, Rubin BA. Aporte nutricional em pacientes em terapia enteral exclusiva: recomendado x recebido. *Rev Bras Nutr Clín*. 2009;24(2):85-92.
14. Nozaki VT, Peralta RM. Adequação do suporte nutricional na terapia nutricional enteral: comparação em dois hospitais. *Rev Nutr*. 2009;22(3):341-50.
15. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 2000.
16. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994;21(1):55-67.
17. Martins C, Cardoso SP. Terapia nutricional enteral e parenteral: manual de rotina técnica. Curitiba: Nutroclínica; 2001.
18. Vasconcelos MIL, Coppini LZ. Terapia de nutrição enteral: preparo da nutrição enteral industrializada. In: Waitzberg DL. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2009. p. 823-31.
19. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Sobre a SBNPE [Internet]. 2014 [acesso 3 jun 2014]. Disponível: <https://bit.ly/2DTGoFS>
20. Correia MITD, Caiaffa WT, Waitzberg DL. Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (Ibranutri): metodologia do estudo multicêntrico. *Rev Bras Nutr Clín*. 1998;13(1):30-40.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria Conjunta nº 38, de 29 de setembro de 1999. Inclusão na Tabela de Procedimentos Especiais do SIH-SUS, os procedimentos de nutrição enteral em pediatria e adultos [Internet]. 13 out 1999 [acesso 23 abr 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2rCdaaq>
22. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 63, de 6 de julho de 2000. Aprova o regulamento para fixar os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição enteral [Internet]. 7 jul 2000 [acesso 23 abr 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2uriHp1>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 343, de 7 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, mecanismos para implantação da assistência de alta complexidade em terapia nutricional [Internet]. 8 mar 2005 [acesso 23 abr 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2GdxN2s>
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS nº 131, de 8 de março de 2005. Define Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e suas aptidões e qualidades [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 9 mar 2005 [acesso 23 abr 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2Ko96Ch>
25. Assis MCS, Silva SMR, Leães DM, Novello CL, Silveira CRM, Mello ED *et al*. Nutrição enteral: diferenças entre volume, calorias e proteínas prescritos e administrados em adultos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(4):346-50.

26. Benarroz MO, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):1875-82.
27. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Op. cit. Anexo, item 3.4.
28. Nogueira SCJ, Carvalho APC, Melo CB, Morais EPG, Chiari BM, Goncalves MIR. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. *Rev Cefac* [Internet]. 2013 [acesso 23 abr 2016];15(1):94-104. Disponível: <https://bit.ly/2GsBnt0>
29. Leão M, organizadora. O direito humano à alimentação adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional [Internet]. Brasília: Abrandh; 2013 [acesso 23 abr 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2G5wtmj>
30. Rosaneli CF, Ribeiro ALC, Assis L, Silva TM, Siqueira JE. A fragilidade humana diante da pobreza e da fome. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2015;23(1):89-97. p. 94.
31. Belik W. Perspectivas para segurança alimentar e nutricional no Brasil. *Saúde Soc*. 2003;12(1):12-20.
32. Araújo EM, Menezes HC. Formulações com alimentos convencionais para nutrição enteral ou oral. *Ciênc Tecnol Aliment*. 2006;26(3):533-8.
33. Henriques GS, Rosado GP. Formulação de dietas enterais artesanais e determinação da osmolalidade pelo método crioscópico. *Rev Nutr*. 1999;12(3):225-32.
34. Ferreira IKC. Terapia nutricional em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(1):90-7.
35. Pretel PRV, Lello A, Rodrigues AL, Cunha EMB, Rodrigues LP, Oliveira CC. Análise do custo e benefício de dietas enterais artesanais e industrializadas. *Nutrire*. 2009;34(Suppl):214.
36. Franzosi OS, Abrahão CLO, Loss SH. Aporte nutricional e desfechos em pacientes críticos no final da primeira semana na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012;24(3):263-9.
37. Albuquerque MFM. A segurança alimentar e nutricional e o uso da abordagem de direitos humanos no desenho das políticas públicas para combater a fome e a pobreza. *Rev Nutr*. 2009;22(6):895-903.
38. Liberati A, D'Amico R, Pifferi S, Torri V, Brazzi L, Parmelli E. Antibiotic prophylaxis to reduce respiratory tract infections and mortality in adults receiving intensive care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(4):CD000022.
39. Vasconcelos MIL, Tirapegui J. Aspectos atuais na terapia nutricional de pacientes na unidade de terapia intensiva (UTI). *Rev Bras Ciênc Farm*. 2002;38(1):23-32.
40. Oliveira SM, Burgos MGP, Santos EMC, Prado LVS, Petribú MMV, Bomfim FMT. Complicações gastrointestinais e adequação calórico-proteica de pacientes em uso de nutrição enteral em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(3):270-3.
41. Cartolano FC, Caruso L, Soriano FG. Terapia nutricional enteral: aplicação de indicadores de qualidade. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(4):376-83.
42. Wiesen P, Van Gossum A, Preiser JC. Diarrhoea in the critically ill. *Curr Opin Crit Care*. 2006;12(2):149-54.
43. Carvalho RRP, Albuquerque A. Desigualdade, bioética e direitos humanos. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2015;23(2):227-37.
44. Hossne WS. Dos referenciais da bioética: a vulnerabilidade. *Bioethikos*. 2009;3(1):41-51.
45. Kottow MH. Vulnerability: what kind of principle is it? *Med Health Care Philos*. 2004;7(3):281-7. p. 286.
46. Hossne WS. Op. cit. p. 48.
47. Hossne WS. Dos referenciais da bioética: a equidade. *Bioethikos*. 2009;3(2):211-6. p. 212.
48. Schramm FR. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2008;16(1):11-23. p. 11.
49. Malagón Oviedo RA, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2015 [acesso 4 abr 2016];19(53):237-49. p. 244. Disponível: <https://bit.ly/2GcMcm9>
50. Malagón Oviedo RA, Czeresnia D. Op. cit. p. 247.
51. Rawls J. Uma teoria da justiça. São Paulo: Martins Fontes; 1997.

Correspondência

Carla Corradi-Perini – Escola de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Bioética. Rua Imaculada Conceição, 1.155, Prado Velho CEP 80215-901. Curitiba/PR, Brasil.

Eloisa Cristina Gonçalves – Especialista – eloisacgoncalves@hotmail.com
 Ivone Mayumi Ikeda Morimoto – Mestre – ivone.morimoto@pucpr.br
 Cilene da Silva Gomes Ribeiro – Doutora – cilene.silva@pucpr.br
 Thiago Rocha da Cunha – Doutor – rocha.thiago@pucpr.br
 Carla Corradi-Perini – Doutora – carla.corradi@pucpr.br

Participación de los autores

Eloisa Cristina Gonçalves participou da concepção do estudo, foi responsável de la recolección y el análisis de datos y de la redacción de las primeras versiones del artículo. Además de la concepción, Ivone Mayumi Ikeda Morimoto fue responsable de la orientación académica de Eloisa, el análisis de los datos y la redacción de las primeras versiones del artículo. Cilene da Silva Gomes Ribeiro participó del análisis de los datos y de la redacción final del artículo. Thiago Rocha da Cunha colaboró con la redacción y la revisión final del artículo, y con la construcción de los argumentos de bioética. Carla Corradi-Perini fue responsable de la concepción del estudio, la orientación académica de Eloisa Cristina Gonçalves, el análisis de los datos, la redacción y la revisión final del artículo.

Recebido: 25. 4.2016

Revisado: 7.12.2017

Aprovado: 16. 1.2018

Anexo

Figura 1. Porcentaje de adecuación de la nutrición enteral en el cuarto día de administración a los pacientes del estudio (abril, 2014)

Identificación del paciente	% de adecuación en el 4º día
1	No completó los días
2	90,9
3	100
4	Obstrucción de la sonda
5	66
6	100
7	100
8	100
9	No completó los días
10	100
11	No completó los días
12	60
13	Ayuno
14	No completó los días
15	90,9
16	100
17	33,3
18	90,9
19	No completó los días
20	No completó los días
21	No completó los días
22	100
23	No completó los días
24	42
25	100
26	100
27	No completó los días
28	100
29	41,3
30	No completó los días