

# Gastrostomía endoscópica percutánea: ¿Es éticamente aceptable?

## Is percutaneous endoscopic gastrostomy ethically acceptable?

Arecio Peñaloza Ramírez, MD,<sup>1</sup> Juliana Suárez Correa, MD,<sup>2</sup> Luis Blanco Rubio MD, MSc,<sup>3</sup> Arecio Peñaloza Rosas, MD.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Miembro de Número Sociedad de Cirugía de Bogotá. Jefe Programa de Especialización en Gastroenterología y Endoscopia Digestiva - Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - Sociedad de Cirugía de Bogotá. Jefe Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva - Hospital de San José. Bogotá, Colombia

<sup>2</sup> Residente de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva - Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - Sociedad de Cirugía de Bogotá. Bogotá, Colombia

<sup>3</sup> Miembro de Número Sociedad de Cirugía de Bogotá. Profesor titular de Urología - Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - Sociedad de Cirugía de Bogotá. Director Médico Hospital de San José. Magister en Bioética. Ex presidente del Tribunal Nacional de Ética Médica. Bogotá, Colombia

<sup>4</sup> Miembro Honorario Sociedad de Cirugía de Bogotá. Profesor Honorario de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva - Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - Sociedad de Cirugía de Bogotá y de la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá, Colombia

Fecha recibido: 01-04-13  
Fecha aceptado: 16-04-13

### Resumen

La gastrostomía endoscópica percutánea se ha constituido en la técnica de elección. Sin embargo, por su fácil instauración, se utiliza en pacientes y circunstancias muy cuestionadas. Actualmente, por la tecnología que se ha desarrollado para mantener con vida a seres humanos, que años atrás habrían fallecido producto del curso natural de su enfermedad, es muy común el debate entre lo que se considera ordinario y extraordinario, en el cuidado de un paciente. Estas formas de vida, sostenidas por métodos artificiales, han sido cuestionadas e incluso consideradas indignas, por violar los principios básicos de autonomía y beneficencia de los pacientes. Con el desarrollo acelerado de la medicina, es necesario detenerse a pensar en las implicaciones éticas de nuestro quehacer diario, incluso antes de razonar técnicamente.

### Palabras clave

Gastrostomía endoscópica percutánea, ética, autonomía, beneficencia, implicaciones éticas, enfermo terminal, futilidad

### Abstract

Percutaneous endoscopic gastrostomy has become the technique of choice. Nevertheless, because of its easy introduction, it is used for patients and under circumstances which are very questionable. Currently, what is considered ordinary and what is considered extraordinary in the care of patient has become a very common debate. Technology has evolved that can keep humans alive, who years ago would have died as a result of the natural course of their diseases. These forms of life sustained by artificial methods have been questioned and even considered unworthy because they violate basic principles of autonomy and patient benefit. With the rapid development of medicine, we need to stop and think about the ethical implications of our daily lives, even before any technical reasoning.

### Key words

Percutaneous endoscopic gastrostomy, ethics, autonomy, charity, ethical, terminally ill, futility

## INTRODUCCIÓN

Platón, en su obra magna *La República* considera que la sociedad modelo ha de estar compuesta por hombres sanos:

Digámoslo de una vez; estas son las razones que obligaron a Esculapio a no prescribir tratamiento alguno,

como no fuese para los que, dotados de buena complexión y observando una vida frugal, se veían acometidos de alguna enfermedad pasajera, limitando sus remedios a bebidas e incisiones, y sin alterar nada el método ordinario de vida del paciente, para que la República no recibiese ningún daño. Respecto a los cuerpos radicalmente enfermizos, no creyó conveniente alargarles la vida y los sufrimientos por medio

de un régimen constante de inyecciones y evacuaciones bien dispuestas, ni ponerles tampoco en el caso de dar al Estado súbditos que se le pareciesen. Creyó, en fin, que no deben curarse aquellos que por su mala constitución no pueden aspirar al término ordinario de la vida marcado por la naturaleza, porque esto no es conveniente ni para ellos ni para el Estado (1).

Este concepto a la luz de los avances de la medicina actual, es cuestionable, ya que los médicos estamos en capacidad de sostener la vida de los pacientes, incluso por tiempo indefinido, por métodos artificiales como la nutrición artificial e hidratación (NAH) y la gastrostomía endoscópica percutánea (GEP).

Las implicaciones éticas en gastroenterología se discutieron públicamente, por primera vez, durante el X Congreso Internacional de Gastroenterología, realizado bajo la presidencia del Profesor Vince Varro, en 1976, en Budapest, quien organizó una sesión sobre “Problemas éticos en el cuidado de los pacientes digestivos” (2) que fue publicada posteriormente (3). La Organización Mundial de Gastroenterología instauró, en 1982, un Comité de Ética (2).

En 1980, el desarrollo de la GEP, se constituyó en un hito en la historia de la endoscopia terapéutica (4). En la actualidad, por sus múltiples ventajas, que incluyen la facilidad para realizarla, la menor tasa de complicaciones, la ausencia de incisiones y la posibilidad de realizarse ambulatoriamente, la GEP es la técnica de gastrostomía más utilizada.

El principal objetivo de una GEP es beneficiar al paciente sin causarle daño y que ese beneficio esperado supere significativamente los riesgos de complicación inherentes al procedimiento (5). La GEP y la administración de NAH tienen unas indicaciones y contraindicaciones establecidas y deben ser manejadas por un equipo multidisciplinario, siendo este el contexto en el que se ha demostrado el mayor beneficio con las menores complicaciones (6).

Los estados neurológicos irreversibles y las condiciones patológicas terminales son escenarios clínicos difíciles, donde el beneficio que puede resultar de la realización de una GEP y de la administración de NAH es discutible. La decisión de la realización de una GEP y la administración de NAH en esas situaciones, debe tener en cuenta aspectos éticos, culturales, legales e incluso económicos, que nos permitan tomar la decisión que mejor favorezca al enfermo, desde un punto de vista holístico. Sin embargo, la rápida popularización de la GEP sumado al gran desconocimiento alrededor de la misma, ha hecho que en las enfermedades anotadas se indique de forma liberal y sin una justificación clara, obviando todos los aspectos mencionados y poniendo al paciente en riesgo de morbimortalidad innecesaria. En ocasiones, surge como una solución a la frustración terapéutica generada en los médicos, el personal paramédico, la

familia o en todos los anteriores, creándose falsas expectativas en enfermedades usualmente irreversibles.

El ser humano ha roto todas las barreras posibles para mantener con vida, a pacientes que de otro modo no sobrevivirían; es nuestro deber, como especialistas en gastroenterología y endoscopia digestiva cuestionarnos las indicaciones de la GEP y la NAH, posicionando al paciente en el centro de la toma de decisiones al final de su vida y atender las implicaciones éticas y médico legales relacionadas con el procedimiento.

Consideramos, como el doctor Gauderer (inventor del procedimiento), que las implicaciones éticas y no técnicas, respecto a la GEP, deben estar en el centro del debate académico ya que: “Por su simplicidad y baja tasa de complicaciones, este procedimiento, mínimamente invasivo, tiende a utilizarse exageradamente”. Además anota que “... los esfuerzos deben estar dirigidos a los aspectos éticos asociados a la alimentación enteral a largo plazo...” y que “... el deber de los médicos está en demostrar que sus intervenciones verdaderamente benefician a los pacientes” (4).

## ASPECTOS ÉTICOS RELACIONADOS CON LAS GASTROSTOMÍAS

Los aspectos éticos alrededor de la realización de la GEP y de la administración de NAH en pacientes con enfermedades irreversibles son complejos. El especialista en gastroenterología y endoscopia digestiva es subestimado cuando se solicita una GEP y, en muchos casos, por su mismo comportamiento, al conocer superficialmente el caso y poco o nada a la familia, además de no participar en la terapia nutricional ni en el cuidado posterior del paciente, es visto como un simple técnico que instala el dispositivo de alimentación. Esta práctica ha despertado críticas por cuanto se menosprecian aspectos éticos, reduciendo la dignidad del paciente y no mejorando el estado clínico del mismo (4, 5).

Los médicos deben conocer los principios éticos, que no se deben violar al indicar o practicar una GEP, los cuales analizaremos a continuación:

- 1. Autonomía:** la autonomía comprende la autodeterminación o habilidad de gobernarse uno mismo. Los adultos conscientes, después de un diálogo educativo con el médico, están en capacidad de comprender una GEP y tienen el derecho de aceptar o rechazar la realización de la misma; fuera de las presiones culturales, legales, económicas, médicas o todas las anteriores. El principio de autonomía estará siempre por encima del principio de beneficencia (5) por lo cual la directiva de atención anticipada, que más adelante definiremos en detalle, deberá ser siempre respetada (7).
- 2. Beneficencia:** el principio de beneficencia implica que toda intervención debe producir una ganancia que

supere notablemente el potencial riesgo. Lo contrario se considera maleficencia (7).

3. **No maleficencia:** la maleficencia implica el sometimiento del paciente a un acto médico cuyo beneficio no es notablemente superior al potencial riesgo. La no maleficencia es el esfuerzo que realizan los médicos para evitar la maleficencia e incluye el concepto de “*primum non nocere*” (“primero no hacer daño”) (5, 7).
4. **Futilidad:** la futilidad significa que la intervención médica no tendrá ningún efecto benéfico en el paciente (5).
5. **Justicia:** la justicia hace referencia a la capacidad de ser justo y de distribuir los recursos de forma equitativa dentro de una comunidad (5, 7). Es decir, que la inversión de recursos, en casos con notable futilidad, se debe considerar una violación del principio de justicia con el resto de la sociedad.

Al decidir la realización de una GEP, se deberían medir en una balanza los principios éticos a favor y en contra del procedimiento. Si los principios violados superan los respetados no se debe indicar la GEP teniendo en cuenta que, según Esguerra:

La ética médica no puede ser vista como un listado de reglas o conductas precisas, porque las circunstancias de cada paciente, sus características personales, sus deseos, sus creencias, su entorno, imponen condicionantes, a los que se agregan los relacionados con la sociedad en que se desarrolla una relación de médico, equipo de salud con el paciente y su entorno afectivo, su familia (8).

## EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE LA GEP Y LA NAH

A partir de los años 70 se han soportado nutricionalmente pacientes, que siguiendo el curso natural de su enfermedad, hubieran fallecido ante la imposibilidad de alimentarse. Entre el personal de salud se popularizó la idea de que todo paciente, independiente de su condición o pronóstico clínico, debía recibir soporte nutricional. La NAH fue vista, hasta ese momento, como un “cuidado ordinario”, algo “básico” que de ninguna manera podía negársele al paciente; siendo considerada un acto humanitario con gran significado emocional y simbólico para los médicos, los pacientes y sus familias (5).

Se manejaban, entonces, los siguientes conceptos (5):

- “Darle nutrición a un paciente es algo rutinario”
- “La nutrición es una necesidad básica de la vida”
- “Proveer nutrición es una responsabilidad indiscutible del médico”
- “Nutrir a un paciente preserva su dignidad”

- “La nutrición sostiene la vida mientras la enfermedad sigue su curso”
- “El retiro de la NAH resulta en la muerte prolongada y dolorosa del paciente”.

La NAH bajo todos estos conceptos se fue convirtiendo en una medida obligatoria e incuestionable y su no administración tenía implicaciones legales para el personal médico, los cuidadores del paciente y la familia del paciente, quienes podían ser vistos como “inhumanos” u “homicidas” (5).

Además, hace 40 años, la relación médico paciente era distinta a la actual; era paternalista y el paciente no tenía la posibilidad de controvertir al médico (5). Ahora, el eje central de las decisiones es el paciente, quien finalmente las asume, a partir de la información y educación suministrada por el médico.

En los últimos 30 años, múltiples casos relacionados con pacientes que cursaban con enfermedades irreversibles, terminales o ambas fueron presentados en diferentes tribunales alrededor del mundo; la mayoría de ellos por parte de su familia, que deseaba suspender la NAH u otro tipo de tratamiento médico ya instaurado, argumentando que la vida de su familiar había llegado a su fin y que los métodos de soporte instaurados solo prolongaban su agonía. Estos casos generaron reflexiones que han desembocado en una serie de conceptos filosóficos y legales que actualmente sirven de guía para la toma de decisiones médicas (5); y que a continuación revisaremos:

### Caso Quinlan (1976, Estados Unidos)

Se trató de una mujer que permaneció en estado vegetativo persistente (EVP) durante un año, después de una sobredosis de drogas y su vida era sostenida por ventilación mecánica y nutrición por sonda nasogástrica. Los padres de la paciente solicitaron suspender la ventilación mecánica para permitir a la paciente “el derecho a morir”; es de anotar que los familiares no solicitaban el cese de la nutrición porque lo consideraban “un cuidado ordinario” (5).

La New Jersey Supreme Court autorizó la suspensión de la ventilación mecánica pero la nutrición continuó. La corte consideró además que los tratamientos para sostener de forma artificial la vida pueden ser retirados por el personal médico apoyados por un comité de ética médica, toda vez que no exista la posibilidad de recuperar el estado de conciencia, sin que esto acarree ninguna sanción legal (9). La paciente sobrevivió 9 años más; y permitió el desarrollo de los comités de ética médica en todos los hospitales, hogares geriátricos y hospicios; además permitió la creación de las “directrices anticipadas”, como un documento que resume los deseos de una persona respecto de “medios extraordinarios” para mantener la vida. Asimismo, permi-

tió a los pacientes nombrar un “delegado” del cuidado de la salud, quien debe tomar las decisiones por el paciente en el momento en que pierda la capacidad de hacerlo (10).

### **Caso Herbert (1983, Estados Unidos)**

Hombre quien durante el cierre de una ileostomía sufrió daño cerebral anóxico severo. La esposa del paciente solicitó el retiro de la NAH especificando que este último había expresado antes de sufrir daño cerebral que no deseaba medidas “extraordinarias” para mantener su vida. Desafortunadamente no existió ningún documento que expresase este deseo. Ante la petición de la esposa, los doctores Barber y Nedjl suspendieron la NAH. Una enfermera estuvo en desacuerdo con esta decisión y avisó al tribunal de California quienes culparon a los dos médicos de asesinato. La corte de apelación encontró inocentes a los médicos por considerar que estos no estaban obligados a proveer NAH, por el deseo expresado previamente por el paciente (5).

### **Caso Bouvia (1986, Estados Unidos)**

Involucró a una mujer de 28 años con parálisis cerebral severa; postrada en cama, inmóvil, con dolor incapacitante y constante, secundarios a artritis degenerativa y espasticidad. La paciente sufrió deterioro nutricional severo, ante lo cual se le realizó una GEP en contra de su voluntad. La paciente solicitó el retiro de la GEP, que no fue permitido, por considerarse un “suicidio”. Finalmente, en una apelación, el tribunal permitió el retiro de la GEP, argumentando que negarse a recibir algún tipo de cuidado médico, es un derecho fundamental de toda persona competente. La paciente falleció poco tiempo después (5).

### **Caso Cruzan (1990, Estados Unidos)**

Es el caso de una mujer que permaneció en EVP, después de un accidente de tránsito y su vida era mantenida con NAH a través de una GEP. Sus padres solicitaron la suspensión de NAH porque consideraban que su hija no hubiese aceptado esta forma de vida. Un juez autorizó la suspensión de la NAH pero la Missouri Supreme Court dio reversa a esta decisión, por considerar que no existían pruebas contundentes del deseo de la paciente. La corte argumentó que el estado tenía un derecho superior de preservar la vida por encima de los deseos de los pacientes incompetentes, argumento que dio origen a un gran debate. Los padres solicitaron una nueva audición donde se escucharon testigos de los deseos expresos de la paciente y finalmente se autorizó la suspensión de la NAH. El caso Cruzan fue muy importante porque fue la primera vez que se discutió un caso de este

tipo en la U. S. Supreme Court, la cual, al revisar el caso presentó tres importantes conclusiones:

1. Los pacientes competentes tienen derecho a rechazar cualquier tratamiento incluso si tal decisión conduce a la muerte.
2. Suspender la NAH y retirar la GEP no es diferente a suspender cualquier otro tipo de tratamiento.
3. En los pacientes incompetentes, el estado puede regular las condiciones en las cuales se retiran aquellos tratamientos para prolongar la vida y puede decidir si hay evidencia de la voluntad de un paciente para decidir la suspensión de un tratamiento.

Lo importante de este caso es que aunque le quitó poder a la familia de pacientes incompetentes, impuso la directiva de atención anticipada en los Estados Unidos. Todos los hospitales y los centros de cuidado crónico están obligados a proveer información al ingreso de sus pacientes, acerca de su derecho a realizar una directiva de atención anticipada para determinar los límites de su cuidado (9, 11).

### **Caso Bland (1993, Inglaterra)**

Se trataba de un paciente joven que fue víctima del desastre de Hillsborough, en el cual 95 personas fallecieron aplastadas al ceder las graderías de un estadio de fútbol. Bland fue diagnosticado con EVP, estado en el cual permaneció por tres años, cuando sus padres solicitaron la suspensión de ventilación mecánica y de NAH por considerar que su hijo había muerto el día del accidente y que estos tratamientos lo único que lograban era impedirles la despedida definitiva de su hijo. El tribunal de apelación de la Cámara de los Lores autorizó el retiro de la NAH solicitado por sus familiares, considerando además que si la opinión del cuerpo médico responsable juzgaba que un paciente ya no tenía una vida digna de ser vivida, se podían realizar omisiones planeadas como suspender la NAH en beneficio del paciente (10).

### **Caso Schiavo (2005, Estados Unidos)**

Terry Schiavo sufrió un paro cardiorrespiratorio como consecuencia, tal vez, de una hipocalemia severa secundaria a una bulimia. Fue diagnosticada con un EVP y su esposo, designado como su cuidador, prometió ante un juez cuidarle, incluso si no mejoraba; sin embargo, meses después de esta declaración, al ver que su esposa no se recuperaba, empezó a solicitar que le fuera retirada la NAH que la mantenía con vida. A diferencia de los casos Quinlan y Cruzan, los padres de la paciente no estaban de acuerdo con esta decisión y esto produjo una disputa familiar escandalosa. El caso de Terry fue escuchado en 20 tribunales a lo largo de 7

años. El parte médico de varios neurólogos dictaminó que la paciente tenía un EVP sin posibilidad de recuperación, sin embargo sus padres nunca aceptaron este diagnóstico. Un juez encontró suficiente evidencia para determinar que la paciente tenía un EVP y que de poder expresar su opinión, no estaría de acuerdo en continuar la nutrición artificial, autorizando su retiro. Sus padres, en varios intentos desesperados por obtener la reinserción de la GEP, consiguieron el apoyo de organizaciones religiosas y de varios políticos logrando que el gobernador de la Florida J. Bush lanzara una ley específica para Terry, en la cual obligaba a la reinstauración de la NAH. La U. S. Supreme Court rápidamente consideró esta ley inconstitucional. Los padres siguieron insistiendo en su petición de no suspender la NAH logrando la atención del congreso, el cual intentó aprobar una legislación de urgencia para retirar la orden de suspensión de la NAH, documento firmado por el presidente G. Bush. Algunos de los congresistas que intentaron dar curso a esta legislación eran médicos y argumentaban que Terry no tenía un EVP, considerando que debía ser alimentada de forma indefinida, por medios artificiales. Lo grave de esta última afirmación fue que nunca se dieron a la tarea de examinar a la paciente. Finalmente, la U. S. Supreme Court dio la orden judicial de suspender la NAH, sin aceptar más apelaciones por parte de los padres de la paciente. La paciente falleció dejando atrás una gran polémica en torno a su caso (9).

### **Caso Englaro (2009, Italia)**

Después de un accidente de tránsito, Eluana Englaro permaneció en EVP por 17 años. Al final de los primeros 5 años su padre solicitó el retiro de NAH, por considerar que su hija no hubiese aceptado este tipo de tratamientos, sin embargo esta petición le fue negada en 3 oportunidades. Finalmente, después de 17 años de permanecer en EVP, la Corte Suprema Italiana autorizó la suspensión de la alimentación a Eluana, sosteniendo que la NAH es un tratamiento médico y que había evidencia de que Eluana no aceptaría este tratamiento, en el caso de encontrarse competente. Una vez emitida la orden judicial que permitía suspender la NAH, el primer ministro Berlusconi intentó, a última hora, interponerse creando una ley que evitaba la suspensión de la NAH, lo cual no fue aprobado por el Presidente de la República. Eluana falleció días después del retiro de la NAH. El caso despertó el interés a nivel mundial, por tratarse de un país con fuerte influencia de la Iglesia católica, en el cual no está aprobada la eutanasia activa ni pasiva, además de no existir legislación sobre la NAH, no reconocerse la directiva de atención anticipada y no aceptarse que los familiares decidan sobre los tratamientos que le deben ser suministrados a pacientes incompetentes. El padre de

Eluana, los médicos y los enfermeros que la atendían fueron posteriormente acusados de homicidio por grupos activistas en contra de la decisión de la Corte Suprema Italiana y fueron investigados durante un año, hasta que un juez de instrucción del Tribunal de Udine decidió archivar la investigación (12).

A partir de los anteriores casos, los tribunales del mundo se han venido involucrando, cada vez más, en los temas éticos relacionados con la NAH y GEP; por ejemplo, en los Estados Unidos, se ha definido que la NAH es equiparable a cualquier otro tratamiento utilizado para sostener la vida de un paciente (como una diálisis, ventilación mecánica o quimioterapia) y que debe ser vista como cualquier otra terapia médica (5, 13). Es decir, en los Estados Unidos, la NAH y GEP, en la actualidad, no son un cuidado ordinario.

A continuación mencionaremos algunos de los conceptos modernos con respecto a la NAH:

- Administrar NAH no es parte esencial del cuidado médico y el personal de la salud no está obligado a administrarlo (5, 13, 14).
- Las distinciones entre cuidados “ordinarios” y “extraordinarios” son inútiles, ya que el cuidado extraordinario de hoy puede ser el cuidado ordinario de mañana (5).
- La administración de soporte nutricional de forma asistida o “artificial” es similar a la terapia dialítica (5).
- La decisión de suspender la terapia nutricional no es diferente a la decisión de administrarla (5, 14)
- Una vez que la NAH es iniciada, los médicos tienen el deber de evaluar diariamente, si se debe continuar o suspender, como ocurre con cualquier otro tratamiento (14).
- El concepto de autonomía obliga a respetar la decisión del paciente de negarse o aceptar la realización de una GEP (5, 7).
- Se retira el concepto de criminalidad de la suspensión de la NAH; frases como “si no fuera porque le suspendieron la nutrición estaría vivo”, ya no son válidas (5).
- Toda vez que sea posible, se debe expresar la voluntad en vida, designando un tutor legal que haga cumplir los deseos del paciente en caso de perder competencia (4, 5).
- Los comités de ética médica deben intervenir en la toma de decisiones complejas, en pacientes con enfermedades irreversibles o terminales (4).
- La enfermedad de base es la que ocasiona la muerte del paciente y no la falta de terapia nutricional (5, 14).
- El ensañamiento o encarnizamiento terapéutico se define, según Simo, como:

... retrasar el advenimiento de la muerte por todos los medios, incluso desproporcionados y extraordinarios, aunque no haya esperanza alguna de curación y aunque eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos y penalidades añadidos. El ensañamiento terapéutico

supone el uso de terapias inútiles o ineficaces en la relación entre el riesgo y el beneficio y de cara a la curación del enfermo. Las características que permiten identificar el ensañamiento son: la inutilidad desde el punto de vista terapéutico; la desproporción de los medios con respecto al resultado; las penalidades que se imponen al enfermo, como ulteriores sufrimientos y humillación en su dignidad (15).

- La directiva de atención anticipada se define, según Simo, como:

... una declaración escrita, firmada por una persona en plena posesión de las facultades mentales, en la presencia de algún testigo y bajo la eventual intervención de un notario, en la que se especifican las condiciones en las que esta persona deberá ser tratada o no tratada, si alguna vez se encontrase en la imposibilidad de decidir sobre su propia salud, por el sobrevenir de un estado de incapacidad intelectual debido a enfermedad, accidente o vejez. Esta declaración puede ser inscrita en un registro creado con este propósito (15).

En nuestra opinión, la NAH y la GEP son, en general, cuidados “extraordinarios” y se deben equiparar a una intubación orotraqueal o a una terapia de diálisis. Es decir, que si un paciente no es candidato a una intubación orotraqueal tampoco sería candidato a una GEP. La NAH y la GEP tampoco son cuidados paliativos, pues su indicación debe sustentarse en su capacidad de influir en el curso de una enfermedad potencialmente curable; jamás deben hacer parte del cuidado de pacientes con pobre pronóstico, que fallecerán prontamente (5, 7).

## CONCEPTOS DE LA IGLESIA CATÓLICA ACERCA DE LA NAH Y LA GEP

En nuestro país, donde gran parte de los pacientes y sus familias profesan el catolicismo, es muy importante la posición de esa fe, en cuanto a las decisiones relacionadas con la NAH y la GEP.

Desde el siglo XVI, la Iglesia católica ha trabajado los conceptos de “ordinario” y “extraordinario” como medios obligatorios y no obligatorios para preservar la vida (16). Esos conceptos fueron de fácil interpretación hasta mediados del siglo XX, cuando, se hizo difícil clasificar los avances tecnológicos de la medicina; específicamente en lo relativo a ventilación mecánica, diálisis y uso de NAH (16). En 1958, el padre Cronin, argumentó en su tesis doctoral (probablemente el estudio más serio con respecto al tema) (16), que incluso los medios naturales como comer y beber

pueden volverse opcionales si la toma de estos requiere gran esfuerzo o si la esperanza de un resultado beneficioso no está presente; y que aun los medios ordinarios, en enfermos incurables se vuelven extraordinarios y no obligatorios (16). El padre Cronin (quien posteriormente se convirtió en Arzobispo) reafirmó la posición histórica de la Iglesia católica que considera la vida como un bien relativo y no absoluto; tan valioso como la muerte, que debe ser aceptada como un camino a la vida eterna (16). No aceptar la muerte nos llevaría a una idolatría extrema de la vida, que no podemos preservar a toda costa (16). Estos conceptos, le han permitido a la Iglesia católica considerar históricamente, que, ante una enfermedad terminal e irreversible, el ser humano debe ser tratado con amor, respeto y dignidad; sin ser sometido a procedimientos que no lo beneficien significativamente (16).

El Papa Juan Pablo II reafirmó lo anterior en 1995, en la Encíclica “*Evangelium Vitae*”. En este documento, la Iglesia católica acepta la suspensión y retiro definitivo de terapias consideradas fútiles en caso de ser excesivamente onerosas, peligrosas, extraordinarias o desproporcionadas con respecto al beneficio que pudiese resultar de su utilización (17). En el 2002, el Papa Juan Pablo II se pronunció en el Congreso Mundial de Gastroenterología acerca de la NAH y la GEP de la siguiente manera:

Ciertamente, no se puede olvidar que el hombre es un ser limitado y mortal. Es preciso acercarse al enfermo con un sano realismo, evitando crear en el que sufre el espejismo de que la medicina es omnipotente. Hay límites que son humanamente insuperables; en estos casos, es necesario saber acoger con serenidad la propia condición humana, que el creyente sabe leer a la luz de la voluntad divina. Esta se manifiesta también en la muerte, meta natural del curso de la vida en la tierra. Educar a la gente para que la acepte serenamente forma parte de vuestra misión. La complejidad del ser humano exige además que, al proporcionarle los cuidados necesarios, no sólo se tenga en cuenta el cuerpo, sino también el espíritu. Sería presuntuoso contar entonces únicamente con la técnica. Desde este punto de vista, un ensañamiento terapéutico exasperado, incluso con la mejor intención, en definitiva no sólo sería inútil, sino que no respetaría plenamente al enfermo que ya ha llegado a un estadio terminal (18).

Sin embargo, de forma sorprendente, un año antes de su muerte, el Papa Juan Pablo II afirmó que la administración de NAH no era un acto médico y que, aparentemente, debía ser proporcionado a todos los pacientes sin importar su condición médica; además anotó que la no administración

de NAH o su suspensión lleva a la muerte por inanición y deshidratación lo cual se convierte en una eutanasia por omisión (16). Esa opinión ha generado controversia (16, 17). Argumentar que la NAH y la GEP no son actos médicos es, por lo menos, discutible, ya que su práctica y cuidado requiere un entrenamiento y unas destrezas que solo los médicos alcanzan (16). Asimismo, el paciente no muere de la suspensión de la NAH sino de la enfermedad que le impidió su capacidad de alimentarse e hidratarse (16). Por último, algunos consideran que aceptar la opinión emitida en 2004, por el Papa Juan Pablo II, sería desconocer que la vida es un bien relativo y no absoluto (posición tradicional de la Iglesia) (16).

## ESTADO ACTUAL DEL TEMA EN COLOMBIA

En nuestro país, la NAH es considerada por una gran mayoría de los profesionales de la salud como un cuidado “ordinario”. A pesar de lo anterior, y en términos prácticos, el soporte nutricional es un tratamiento que se inicia, se suspende y se retira por indicación médica.

En los pacientes con enfermedades terminales o irreversibles, algunos médicos, enfermeros y nutricionistas aún toman posiciones drásticas frente a la decisión de administrar NAH, acusando a los familiares de “dejar morir de hambre al paciente” cuando no aceptan este tratamiento. Vemos a diario con gran preocupación y desconcierto, que existe un notable desconocimiento de las indicaciones y contraindicaciones de la GEP y la NAH. No existe tampoco una base conceptual acerca de los aspectos éticos, legales, humanísticos, sociales y económicos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de suministrar una NAH. En nuestro país, en la mayoría de los casos, la decisión de la realización de una GEP y la administración de NAH, es fruto de un proceso analítico precario, basado en aspectos emocionales y circunstanciales, fundados en opiniones personales, creencias religiosas y experiencias previas del personal médico y paramédico, que termina indicando estos tratamientos en casos de clara futilidad terapéutica. Por su falta de iniciativa para cuestionar la indicación de una GEP y una NAH, el gastroenterólogo es visto como un técnico que instala un dispositivo de alimentación. En caso de cuestionarla, esto último no es bien percibido por los demás profesionales a cargo del paciente.

En un país como el nuestro, donde los recursos del sistema de salud son tan limitados, es preocupante ver la violación constante del principio de justicia, con la frecuente indicación de tratamientos excesivamente costosos en pacientes en los cuales el beneficio de la terapia no existe. Es aún más preocupante ver cómo, en pacientes con estados neurológicos irreversibles, uno o incluso dos familiares, deben sacrifi-

car su vida laboral y personal para permanecer al cuidado de estos enfermos, en quienes el beneficio de este tipo de procedimientos es tan cuestionable. En la práctica, nuestro sistema de salud no está en capacidad de proveer todos los cuidados de enfermería ni de cubrir todas las necesidades nutricionales del paciente, lo cual se convierte en una queja constante de las familias, que en muchas ocasiones termina en batallas legales desgastantes contra el Estado. En nuestra experiencia, al preguntarles a los familiares, años después, si conociendo la historia natural de la enfermedad volverían a autorizar la realización de una GEP y la administración de NAH, la inmensa mayoría responde negativamente.

Por desgracia, en Colombia no existen definiciones legales claras sobre la NAH y la GEP, como tampoco alrededor de los otros tratamientos extraordinarios. Existe una legislación acerca de los derechos del paciente en estado terminal (19), que es clara en cuanto a evitar el sufrimiento del paciente y la pérdida de su dignidad, al utilizar procedimientos y terapias que no lo benefician, dejando un vacío que impide determinar si la no administración o suspensión de la NAH, en circunstancias particulares, pudiese ser vista como una forma de eutanasia por omisión, con las posibles repercusiones legales.

A pesar de todo lo anterior, Colombia no ha sido completamente ajena a la corriente mundial que promueve la limitación de los esfuerzos terapéuticos en pacientes terminales o con enfermedad irreversible, en busca de preservar los principios éticos, los derechos y la dignidad del ser humano. Existen actualmente en nuestro país comités de ética médica en todos los hospitales, los cuales apoyan al personal médico en la decisión de la administración de NAH en casos difíciles. Además, existen organizaciones que promueven la expresión de la voluntad por medio de la directiva de atención anticipada (Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente), para que esta sea respetada en caso de que el paciente pierda la capacidad de decidir.

En nuestra experiencia, dados los vacíos legales y conceptuales existentes en nuestro país, con respecto a la NAH y la GEP, el mejor escenario es aquel en el que después de analizar cuidadosamente los verdaderos beneficios y los potenciales riesgos de estos tratamientos, de forma concertada, la familia y el médico deciden iniciar o no la NAH, apoyados, en caso de ser necesario, por los comités de ética médica.

## MITOS ALREDEDOR DE LAS GASTROSTOMÍAS

Existen muy pocos estudios en la literatura que permitan aclarar cuáles son los beneficios reales de la realización de una GEP y de la administración de NAH, en cuanto a disminución del riesgo de aspiración, prevención del desarrollo de úlceras por presión y mejoría en el estado nutricional

y la calidad de vida. Hasta ahora, aunque la literatura no ha demostrado ninguno de estos potenciales beneficios, muchos médicos creen que las anteriores situaciones se previenen o se mejoran, con la NAH. El proceso con el cual se toma la decisión de realizar una GEP y administrar NAH ha sido muy cuestionado, ya que se basa en expectativas erradas, que le son transmitidas a la familia. En un trabajo realizado en 2007 por Golan et al, se observó que hasta 50% de los familiares que eran entrevistados, expresaban insatisfacción con el proceso que los llevó a aceptar una GEP, considerando que tomaron la decisión bajo presión médica, sin suficiente información acerca de los potenciales beneficios y las complicaciones del procedimiento (20). Paradójicamente, en ese mismo trabajo se mostró cómo 80% de los médicos que indicaron una GEP, no aceptarían realizarle ese procedimiento a un familiar en circunstancias similares.

A continuación intentaremos esclarecer algunos mitos médicos alrededor de las gastrostomías:

### **1. La gastrostomía endoscópica percutánea previene la broncoaspiración mientras que la sonda nasointestinal (SNE) no**

Existe poca evidencia alrededor de este tema. Sin embargo, un metanálisis conducido por Gomes, et al publicado en Cochrane en 2010 (21) evaluó 9 ensayos clínicos controlados (ECC) y no encontró una diferencia estadísticamente significativa en la tasa de broncoaspiración de pacientes manejados con GEP o SNE. La posible razón de este hallazgo es que ambos métodos reducen la presión del esfínter esofágico inferior y por ende podrían favorecer la broncoaspiración (5).

### **2. La GEP previene las úlceras por presión**

En un metanálisis publicado en Cochrane en 2009, se analizaron 7 estudios prospectivos en pacientes con demencia avanzada. No se encontró evidencia que permita concluir que la GEP disminuye la prevalencia de úlceras por presión (22). Esto se debe a que los pacientes con GEP se movilizan menos, por sus enfermedades de base y porque al recibir nutrición por la GEP son inmovilizados y sedados, lo cual favorece las úlceras por presión (5).

### **3. La GEP mejora el estado nutricional**

Se ha demostrado que no existe mejoría en cuanto a ganancia de masa muscular o peso en los pacientes que reciben NAH por medio de una GEP (22), como tampoco en marcadores bioquímicos como la albúmina (14). Se concluye

que la alimentación por GEP no asegura que se cumplan las metas calóricas propuestas (22).

### **4. La GEP y la NAH disminuyen la morbilidad**

La GEP está asociada a riesgos de complicaciones menores (infección de sitio operatorio, filtración e íleo) de 15% y mayores (aspiración, obstrucción, peritonitis, hemorragia, perforación esofágica o gástrica, fascitis necrotizante o retiro accidental) de 3% con una mortalidad asociada al procedimiento de 1% (5, 23), datos que, en nuestra opinión, la hacen un procedimiento invasivo y que desafortunadamente por ignorancia es menospreciado. Por la gravedad de las enfermedades de base que obligan a instaurar una GEP y una NAH, estas últimas tampoco disminuyen la mortalidad de los pacientes (23). En el primer mes después de realizar una GEP, 30% de los pacientes muere y al cabo de un año, esta cifra llega al 60% (4), datos que sugieren una pésima indicación del procedimiento. Incluso hay autores que han encontrado que la GEP, por complicaciones directas o indirectas, aumenta la mortalidad (24).

El estudio de Gomes, et al demostró que no existe diferencia en la mortalidad de los pacientes tratados con GEP o con SNE, como tampoco en la tasa de complicaciones relacionadas con los dos dispositivos (infección, desalojo, neumonía aspirativa, reflujo gastroesofágico, etc.) (21).

### **5. La GEP y la NAH mejoran la enfermedad de base**

Muchos estudios han demostrado cómo la NAH no cambia ni la evolución ni el pronóstico de la enfermedad de base del paciente. Esto es particularmente cierto en los estados avanzados de demencia y en el estado vegetativo persistente (14). Los pacientes mueren por su enfermedad de base, no por la falta de NAH (16).

### **6. Los pacientes a los que no se les realiza una GEP y no se les administra NAH fallecen de inanición y deshidratación**

Aunque este es, aún, un tema muy controvertido, muchos autores coinciden en que los pacientes no mueren por la falta de NAH, sino, como hemos reiterado, siguiendo el curso natural de su enfermedad de base (5, 13, 16).

### **7. Los pacientes gravemente enfermos sienten hambre y sed, razón por la cual deben ser en todos los casos alimentados**

Existe evidencia en la literatura que demuestra que los pacientes con enfermedad terminal no sienten ni hambre ni sed (5, 13).



## 8. La GEP mejora la calidad de vida

Este es un concepto que genera gran controversia, ya que muchos de los pacientes que son sometidos a una GEP, no están en capacidad de percibir ninguna mejoría en su calidad de vida. De hecho, los pacientes sufren privación sensorial, ya que algunos pasan de ser alimentados por su familia de manera cuidadosa y cariñosa, a ser alimentados a través de una sonda. Además, por la necesidad de inmovilización y sedación, para evitar que el paciente se retire la GEP, se viola la autonomía del paciente (5).

### INDICACIONES DE LA REALIZACIÓN DE GEP

Existen unas indicaciones claras, que por lo tanto no se discuten, para la realización de una GEP y que incluyen, entre otras, aquellas enfermedades potencialmente curables o lesiones neurológicas con posibilidad de recuperación que requerirán soporte nutricional por más de 4 semanas; disfagia severa con función mental intacta, obstrucción faríngea o esofágica, debilidad generalizada e imposibilidad para deglutir y pacientes con cáncer en quienes la expectativa de vida es mayor a 6 meses y que van a requerir terapia antitumoral que impedirá la deglución (5, 14).

### INDICACIONES CONTROVERTIDAS DE LA REALIZACIÓN DE GEP

Muchos autores coinciden en que existen algunas indicaciones cuestionables para la realización de una GEP y la administración de NAH, en las cuales los médicos deben tener especial cuidado y analizar en detalle, si el paciente realmente se beneficia del procedimiento o si este se constituye en una medida desproporcionada (14), situación en la cual, se podría ofrecer, pero no recomendar (14).

### Estados avanzados de demencia con compromiso de la deglución

Como se ha anotado previamente, no se han podido demostrar beneficios claros de administrar NAH a través de una GEP en pacientes cuyo estado de demencia ha llegado a la fase terminal (23). Se ha visto que estos pacientes, con la NAH aumentan las secreciones gástricas, la incontinencia fecal y urinaria, con el consecuente aumento de las úlceras por presión (23). Algunos autores incluso consideran que, en estos casos, lo único que hace la GEP y la NAH es prolongar el proceso de muerte del paciente (4). Existen alternativas de alimentación asistida, que deben ser tenidas en cuenta antes de sugerir a las familias la alimentación por medios artificiales en estos pacientes (5, 14).

## Estado vegetativo persistente

Es una condición clínica con criterios de diagnóstico y pronóstico claramente establecidos (25, 26). El EVP se debe considerar permanente sin posibilidad de mejoría si no ha habido cambio en la condición neurológica después de 3 meses en casos de patologías cerebrales hipóxico isquémicas y metabólicas, y después de 12 meses en casos de injuria cerebral traumática (26). Se ha demostrado que aquellos pacientes que años después han recobrado funciones motoras y cognitivas después de haber sido diagnosticados con esta condición, en realidad no tenían tal diagnóstico y su recuperación no es un "milagro", como es interpretado por muchos (25). Mucho se ha debatido acerca de si estos pacientes deben ser alimentados por vía artificial ya que algunos cuestionan el valor de la vida en esta condición. En muchos casos una vez iniciada la NAH a través de una GEP, es tal la frustración de las familias, por ausencia de mejoría, que posteriormente solicitan el retiro de la alimentación; situación de muy difícil manejo, ya que retirar la NAH podría ser interpretado como eutanasia por omisión o incluso homicidio. El peor escenario posible ocurre cuando es el médico quien decide suspender la NAH, situación que implica una decisión médica tan importante como indicarla, pero que incluye aspectos emotivos, que usualmente, terminan resolviéndose en los estrados judiciales (24).

Toda vez que la indicación de NAH y GEP sea controvertida, se debe solicitar el apoyo de un comité de ética médica. Sin embargo, esto no se hace, como lo demostró Morgenstern en su trabajo de revisión de 503 consultas a comités de ética médica relacionados con NAH, quien observó que 80% de estos se realizan después de iniciada la NAH y no antes, como debería ser (4).

### CONTRAINDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE GEP

- Pacientes con patologías de mal pronóstico a corto plazo. La realización de una GEP en enfermos graves, en quienes no se ha resuelto una condición clínica que amenace la vida, no genera un beneficio y sí una morbimortalidad significativa (27). Es común la solicitud de GEP y NAH en pacientes que se encuentran en la unidad de cuidado intensivo bajo intubación orotraqueal, soporte inotrópico, vasoactivo o ambos y que por lo tanto, se encuentran en una situación clínica tan grave, que su vida aun corre peligro (4). Una alternativa para estos pacientes es la SNE que puede mantenerse hasta por 8 semanas, tiempo útil para definir el cuadro clínico y el pronóstico (14).
- Pacientes con compromiso neurológico severo y abandono social. No son candidatos a una GEP y NAH por

cuanto no tendrán un cuidador responsable que permita un adecuado manejo del tratamiento (6).

- Pacientes que toleran nutrición asistida y a quienes se les exige una GEP y NAH, para facilitar el trabajo de enfermería, en centros de atención permanente (5).
- Pacientes con compromiso neurológico severo que a pesar de tener familia, no cuentan con un cuidador permanente. En estos casos se debe resolver la situación de cuidado de la GEP antes de indicarla ya que los riesgos del descuido superarán los potenciales y cuestionados beneficios.
- Pacientes que han sufrido complicaciones mayores, relacionadas con la GEP, por descuido de la familia o de su cuidador. En estos casos la decisión de una segunda GEP debe acompañarse de una evaluación psicosocial que permita asegurar que el paciente recibirá los cuidados necesarios que eviten el desarrollo de nuevas complicaciones.
- Pacientes competentes que no desean la realización del procedimiento a pesar de la opinión del personal de salud y la familia.
- Pacientes con cáncer terminal. En sujetos sanos, la ingesta inadecuada de alimentos lleva a sensación de hambre y de sed; sin embargo, en pacientes con enfermedad terminal avanzada pero estado cognitivo intacto, la negación a recibir agua y alimento es voluntaria y por lo tanto no genera dolor; incluso presionar la ingesta puede resultar incómodo (23).
- Pacientes con SIDA en etapa terminal, ya que su estado catabólico es tan severo que no mejora con soporte nutricional (14).

## DISCUSIÓN

Con los grandes avances tecnológicos de la medicina, nuestra capacidad de sostener la vida de forma “artificial” ha aumentado al punto de que cada día es más difícil decidir cuándo terminar la terapia médica o suspenderla. El haber visto sufrir pacientes con enfermedades terminales e irreversibles, en tratamientos prolongados y, al final, fútiles, nos ha cuestionado respecto a la dignidad de esta forma de vida y la necesidad de este tipo de tratamientos, haciendo que las decisiones de muchas terapias sean cada vez más difíciles de tomar desde un punto de vista ético, no técnico. De lo anterior han surgido, en todo el mundo, organizaciones que propenden por la limitación de esfuerzos terapéuticos en enfermedades irreversibles, terminales o incurables, que empobrecen la calidad de vida de los pacientes, al punto de hacerla indigna y de mala calidad. Estos nuevos conceptos, son aún más complejos, por estar subordinados a creencias personales, en los planos religioso, espiritual y cultural, que deben ser tomados en cuenta al tomar decisiones médicas.

En nuestra opinión, la GEP y la NAH son un tratamiento médico que, en ausencia de una directiva de atención anticipada, se debe reservar a pacientes que se beneficiarán significativamente de su instauración. Se le puede ofrecer, mas no recomendar, a pacientes con indicaciones limítrofes o cuestionadas, explicándole claramente al familiar las diferentes perspectivas e implicaciones, presentes y futuras, que rodean la NAH; después de lo cual se debe contar, siempre, con el apoyo de un comité de ética médica. Los médicos debemos tener absoluta claridad con respecto a las contraindicaciones de una GEP y una NAH.

No se trata de decidir quién tiene la razón, se trata de tomar la mejor decisión para cada paciente, con la mayor cantidad de herramientas disponibles. Los médicos del siglo XXI, y seguramente, los del futuro, nos encontramos sobre una delgada línea que separa el “encarnizamiento terapéutico” de la “eutanasia por omisión”. En este sentido, es el especialista en gastroenterología y endoscopia digestiva, el profesional llamado a poseer las competencias más avanzadas, en los aspectos éticos relacionados con la administración de nutrición artificial por dispositivos como la GEP.

## REFERENCIAS

1. Platón. Libro tercero. En: Zuluaga C, Silva G, eds. La República. Primera edición. decimoquinta reimpresión. Bogotá; 2011. p. 122-3.
2. Vilardell F. Ethique et gastroenterologie. *Gastroenterol Clin Biol* 1985; 9: 899-901.
3. Vilardell F. Ethical problems in the management of gastrointestinal patients. *Scand J Gastroenterol* 1978; (suppl. 47): 12.
4. Morgenstern L, Laquer M, Treyzon L. Ethical challenges of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Surg Endosc* 2005; 19: 398-400.
5. DeLegge M, McClave S, Disario J, Baskin W, Brown R, Fang J, et al. Ethical and medico legal aspects of PEG-tube placement and provision of artificial nutrition therapy. *Gastrointest Endosc* 2005; 62: 952-9.
6. Westaby D, Young A, O'Toole P, et al. The provision of a percutaneously placed enteral tube feeding service. *Gut* 2010; 59: 1592-605.
7. Jones B. Nutritional support at the end of life: the relevant ethical issues. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2007; 19: 383-8.
8. Esguerra R. Ética. En: Archila P, Senior J, eds. Texto de Medicina Interna. Aprendizaje basado en problemas. Primera edición. Bogotá; 2012. p. 3 - 6.
9. Annas G. “Culture of Life” Politics at the Bedside —The Case of Terri Schiavo. *N Engl J Med* 2005; 352: 1710-5.
10. Serrano J. Artificial feeding of people with strong dependency status (persistent vegetative state). Note on American legal debate. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado* 2011; 130: 237-82.

11. Lo B, Steinbrook R. Beyond the Cruzan Case: The U.S. Supreme Court and Medical Practice. *Ann Inter Med* 1991; 114: 895-901.
12. Solarino B, Bruno F, Frati G, et al. A national survey of Italian physicians attitudes towards end-of-life decisions following the death of Eluana Englaro. *Intensive Care Med* 2011; 37: 542-9.
13. Slomka J. Withholding nutrition at the end of life: Clinical and ethical issues. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2003; 70: 548-52.
14. Angus F, Burakoff R. The Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube: Medical and Ethical Issues in Placement. *Am J Gastroenterol* 2005; 98: 272-7.
15. Simón P. Reviewing the so called "Living Will". *Cuad Bioet* 2010; 21: 169-83.
16. Clark P. Tube Feedings and Persistent Vegetative State Patients: Ordinary or Extraordinary Means? *Christian Bioethics* 2006; 12: 43-64.
17. Bülow H, Sprung C, Reinhart K, Prayag S, Du B, Armaganidis A, et al. The world's major religious points of view on end – of – life – decisions in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 2008; 34: 423-30.
18. Discurso del Papa Juan Pablo II en el Congreso Mundial de Gastroenterología [Internet]; Marzo 2002. Disponible en: <http://www.vatican.va/>.
19. Resolución No. 13437 de Noviembre 1 de 1991 Ministerio de Salud. República de Colombia.
20. Golan I, Ligumsky M, Brezis M. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in Hospitalized Incompetent Geriatric Patients: Poorly Informed, Constrained and Paradoxical Decisions. *IMAJ* 2007; 9: 839-42.
21. Gomes J, Lustosa S, Matos D, Andriolo R, Waisberg D, Waisberg J. Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for adults with swallowing disturbances (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 11: 1-47.
22. Sampson E, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 15: 1-25.
23. Candy B, Sampson E, Jones L. Enteral tube feeding in older people with advanced dementia: Findings from a Cochrane systematic review. *International Journal of Palliative Nursing* 2009; 55: 396-404.
24. Kirby D, Delegge M, Fleming C. American Gastroenterological Association. Technical Review on Tube Feeding for Enteral Nutrition. *Gastroenterology* 1995; 108: 1282-301.
25. Eelco F, Wijdicks M. Minimally Conscious State vs. Persistent Vegetative State: The Case of Terry (Wallis) vs. the Case of Terry (Schiavo). *Mayo Clin Proc* 2006; 81: 1155-8.
26. Hirschberg R, Giacino J. The Vegetative and Minimally Conscious States: Diagnosis, Prognosis and Treatment. *Neurol Clin* 2011; 29: 773-86.
27. Mueller C, Compher C, Druyan M. A.S.P.E.N. Clinical Guidelines: Nutritional Screening, Assesment and Intervention in Adults. *J Parenter Enteral Nutr* 2011; 35: 1-24.