

# Nutrición parenteral en cuidados paliativos: brechas entre los criterios clínicos y la práctica asistencial desde la perspectiva médica

Eduardo Moreira<sup>1\*</sup> , Adriana Rotela<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Maciel, Administración de los Servicios de Salud del Estado, Montevideo, Uruguay

<sup>2</sup>Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Maciel, Administración de los Servicios de Salud del Estado, Montevideo, Uruguay

Recepción: 29-06-2025

Aceptación: 18-12-2025

\*Correspondencia: Eduardo Moreira. dreduardo.moreira@gmail.com

## Resumen

**Introducción:** La nutrición parenteral (NP) representa una herramienta útil en cuidados paliativos (CP) para pacientes con fallo intestinal, siempre que se apliquen criterios rigurosos. En Uruguay no existen guías que orienten su uso en CP, y la práctica real en este contexto es poco conocida.

**Objetivo:** Explorar el conocimiento de los criterios clínicos recomendados y la práctica asistencial respecto a la NP en CP, desde la perspectiva de médicos uruguayos vinculados al soporte nutricional o a la medicina paliativa.

**Metodología:** Estudio descriptivo, observacional y de corte transversal basado en una encuesta anónima y autoadministrada. Se analizaron 78 respuestas completas, evaluando criterios de indicación, barreras percibidas, acceso institucional y formación profesional.

**Resultados:** El 43,6 % reportó haber asistido a pacientes que cumplían criterios ideales para NP; sin embargo, solo el 50 % de estos recibió el tratamiento. Las principales barreras fueron dudas sobre su beneficio clínico (46,2 %), rechazo del paciente (30,8 %) y falta de infraestructura (30,8 %). Entre los médicos paliativistas, el 55,2 % carecía de formación reciente en terapia nutricional (TN), mientras que el 66,7 % de los especialistas en nutrición no tenía entrenamiento en CP. Más del 65 % refirió ausencia de protocolos, y el 98,7 % consideró necesaria una guía nacional.

**Conclusiones:** Existen brechas relevantes entre la teoría y la práctica en la indicación de NP en CP. Las decisiones están condicionadas por limitaciones formativas, estructurales y organizativas. Se destaca la necesidad de desarrollar guías nacionales y fortalecer la articulación interdisciplinaria para la toma de decisiones acordes con los principios de proporcionalidad, confort y dignidad del paciente.

**Palabras clave:** Nutrición parenteral. Cuidados paliativos. Terapia nutricional. Decisiones clínicas. Uruguay.

## Introducción

La nutrición parenteral (NP) es una opción terapéutica indicada en situaciones en las que la función intestinal está gravemente afectada y la administración por vía enteral no es posible o suficiente. También puede considerarse en cuidados paliativos (CP) cuando la vía enteral no es viable y se busca mantener el

confort y la funcionalidad del paciente. En el ámbito de los CP, su indicación sigue siendo motivo de debate, dada la necesidad de equilibrar la prolongación de la vida con la preservación de la calidad de vida (CV) y la evitación de intervenciones potencialmente desproporcionadas o fútiles<sup>1</sup>. Este dilema entre utilidad potencial y pertinencia clínica se intensifica en escenarios donde no existen directrices claras para

su implementación. Las principales sociedades científicas internacionales —ESPEN (*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*), ASPEN (*American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*) y FELANPE (Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo)— coinciden en que la indicación del soporte nutricional debe individualizarse, considerando aspectos clínicos, funcionales, pronósticos y, especialmente, los objetivos expresados por el propio paciente<sup>2,3</sup>.

En este marco, la NP puede considerarse en pacientes con insuficiencia intestinal, buen estado funcional, expectativa de vida superior a dos meses y parámetros bioquímicos compatibles con baja inflamación sistémica<sup>4</sup>. Estos criterios fueron adoptados en el presente estudio como referencia para valorar la elegibilidad teórica de los pacientes, dado que su cumplimiento permite anticipar un beneficio clínico potencial en términos de control sintomático, mantenimiento funcional o acceso a terapias específicas como la quimioterapia o la cirugía.

En la práctica clínica, sin embargo, persisten múltiples barreras para su implementación<sup>5-7</sup>. Entre ellas se destacan la ausencia de protocolos institucionales específicos, la débil articulación entre los equipos de CP y de terapia nutricional, las limitaciones logísticas (infraestructura hospitalaria o acceso domiciliario) y la incertidumbre respecto a los beneficios reales de la NP en determinados escenarios paliativos<sup>5-7</sup>. Además, estudios previos han evidenciado vacíos formativos recíprocos entre los profesionales de CP y los especialistas en nutrición clínica, lo que puede dificultar la toma de decisiones compartidas y éticamente fundamentadas<sup>8</sup>.

En Uruguay, la falta de guías nacionales específicas sobre el uso de NP en CP refuerza la necesidad de analizar las prácticas actuales y las discrepancias entre los criterios clínicos teóricos y las decisiones efectivamente adoptadas en la práctica. En este contexto, el presente estudio se propuso caracterizar la experiencia de médicos uruguayos vinculados a CP y a la terapia nutricional respecto al uso de NP, identificar barreras y facilitadores para su implementación y explorar la percepción profesional sobre su utilidad en diferentes escenarios clínicos. El objetivo final es aportar evidencia local que oriente la elaboración de protocolos clínicos adaptados a la realidad asistencial de nuestro país.

## Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal, basado en una encuesta autoadministrada y anónima dirigida exclusivamente a médicos uruguayos con experiencia asistencial en cuidados paliativos (CP) o en terapia nutricional (TN). El

objetivo fue explorar percepciones, prácticas clínicas y barreras relacionadas con la indicación de nutrición parenteral (NP) en pacientes en CP.

El cuestionario fue elaborado por los investigadores a partir de una revisión bibliográfica actualizada y de discusiones con un grupo asesor multidisciplinario. El instrumento incluyó 14 preguntas —principalmente cerradas— organizadas en cinco ejes temáticos: (1) perfil profesional y ámbito de trabajo; (2) experiencia en CP o NP; (3) acceso institucional a NP; (4) criterios clínicos utilizados para su indicación; y (5) barreras para su implementación. Además, se incorporaron dos preguntas específicas sobre la formación profesional reciente y la existencia de protocolos institucionales.

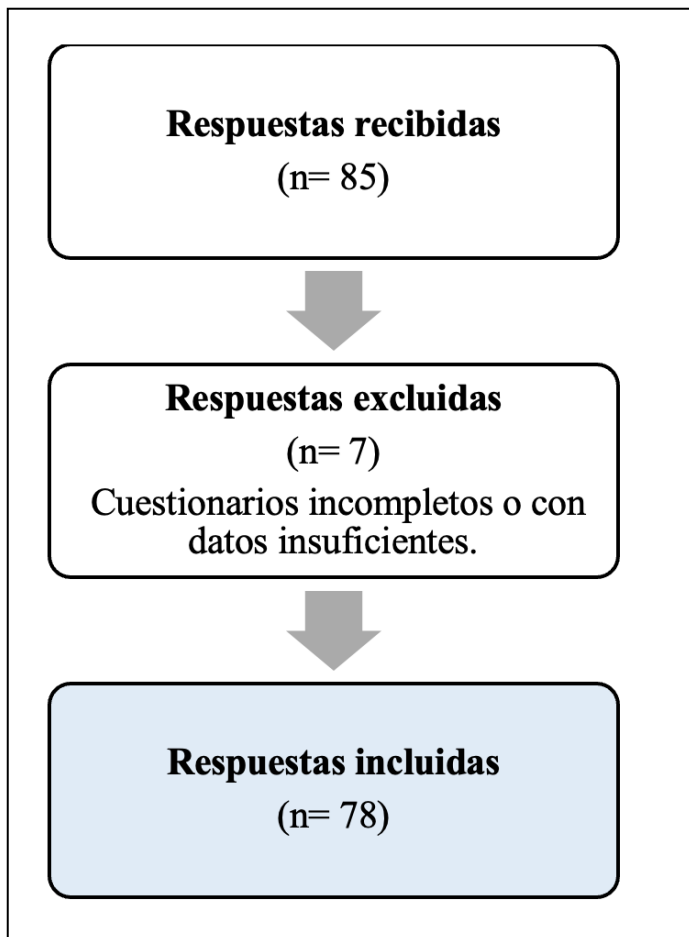
La encuesta se administró en formato electrónico mediante la plataforma SurveyMonkey® entre abril y mayo de 2025. La población objetivo estuvo conformada por médicos uruguayos que se desempeñan en CP o en TN, tanto en el ámbito público como en el privado. Según registros de las principales sociedades científicas nacionales —Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos (SUMCP) y Sociedad Uruguaya de Nutrición (SUNUT)—, se estima que el universo de profesionales con actividad regular en estas áreas ronda entre los 350 a 400 médicos en todo el país. La encuesta se difundió de manera abierta a través de listas de correo institucionales y redes académicas, sin muestreo probabilístico. Se recibieron 78 respuestas completas, equivalentes a una tasa de participación estimada del 20 % del universo potencial. La participación fue voluntaria, sin incentivo económico, y se garantizó la confidencialidad de los datos. Los criterios de inclusión fueron: ser médico egresado, residir en Uruguay y desempeñarse activamente en servicios de CP, unidades hospitalarias con pacientes en CP o en áreas médicas relacionadas con la TN. Se excluyeron las respuestas incompletas y aquellas provenientes de otros profesionales de la salud no médicos.

Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva simple. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y relativas (%). No se realizaron pruebas inferenciales, dado que el objetivo del estudio fue exploratorio y no comparativo.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de CASMER-FEPREMI (Rivera, Uruguay) y se desarrolló conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

## Resultados

Se recibieron 85 respuestas al cuestionario. De ellas, 7 fueron excluidas por encontrarse incompletas o presentar datos insuficientes para el análisis.



**Figura 1.** Flujograma del proceso de inclusión de respuestas.

De un total de 85 cuestionarios recibidos, 7 fueron excluidos por encontrarse incompletos o presentar datos insuficientes. Finalmente, 78 respuestas completas fueron incluidas en el análisis final.

Finalmente, 78 encuestas completas fueron incluidas en el análisis final. El proceso de inclusión y exclusión de respuestas se detalla en el flujograma del estudio (**Figura 1**).

La **Tabla 1** resume las características generales de la población encuestada.

La mayoría (66/78; 84,6 %) se desempeñaba principalmente en CP, mientras que 12/78 (15,4 %) integraban equipos de TN. En cuanto a la trayectoria profesional, 31/78 (39,7 %) tenía más de 10 años de experiencia, 29/78 (37,2 %) entre 5 y 10 años, y 18/78 (23,1 %) menos de 5 años.

Respecto al acceso institucional a NP, 69/78 (88,5 %) reportó disponibilidad en internación hospitalaria, mientras que el acceso descendió a 28/78 (35,9 %) en atención domiciliaria y 12/78 (15,4 %) en hospitales de día.

La formación profesional reciente fue limitada. Entre los médicos paliativistas, 37/67 (55,2 %) no habían recibido entrenamiento formal en TN durante los últimos tres años; entre los médicos dedicados a terapia nutricional, 8/12 (66,7 %) carecían de formación específica en CP.

El 80,8 % (63/78) refirió haber asistido en el último año a pacientes con condiciones clínicas compatibles con una indicación potencial de NP. Las situaciones más frecuentes fueron la obstrucción intestinal no operable (51/63; 81,0 %), la enteritis grave posttratamiento (26/63; 41,3 %), el síndrome de intestino corto (26/63; 41,3 %) y las fístulas de alto débito (22/63; 34,9 %).

El 43,6 % (34/78) informó haber atendido al menos un paciente que cumplía con todos los criterios clínicos ideales para NP: buen estado funcional, expectativa de vida > 2 meses, albúmina > 32 g/L y PCR < 10 mg/L. Entre quienes no aplicaron estos criterios (44/78; 56,4 %), los principales motivos fueron un pronóstico vital muy limitado (78,7 %), el deterioro funcional (59,6 %) y la inflamación o desnutrición refractaria (34,0 %).

**Tabla 1.** Características generales de los médicos encuestados (n = 78).

Variable	Categoría	n	%
<b>Total de médicos encuestados</b>		78	100
<b>Área principal de desempeño</b>	Medicina paliativa	66	84,6
	Terapia nutricional	12	15,4
<b>Experiencia profesional</b>	< 5 años	18	23,1
	5–10 años	29	37,2
	> 10 años	31	39,7
<b>Tipo de institución</b>	Pública	41	52,6
	Privada	37	47,4
<b>Región de trabajo</b>	Montevideo	42	53,8
	Interior del país	36	46,2

En los casos en que los pacientes cumplían los criterios teóricos (n = 34), la NP fue implementada en el 50,0 % (17/34), considerada pero no iniciada en el 35,3 % (12/34) y no contemplada en el 14,7 % (5/34).

Las principales barreras para su uso fueron las dudas sobre el beneficio clínico (36/78; 46,2 %), el rechazo del paciente o de la familia (24/78; 30,8 %) y la falta de infraestructura sanitaria adecuada (24/78; 30,8 %).

### **Análisis comparativo por especialidad**

Los médicos paliativistas reportaron con mayor frecuencia limitaciones organizativas y barreras actitudinales (rechazo del paciente o la familia: 33,3 % vs. 16,7 % en TN; falta de infraestructura: 32,3 % vs. 25,0 %), mientras que los especialistas en TN destacaron con mayor peso la incertidumbre sobre el beneficio clínico (58,3 % vs. 43,9 % en CP) y la ausencia de protocolos institucionales (75,0 % vs. 63,6 %). En contraste, los paliativistas manifestaron más necesidad de apoyo formativo (60,6 % vs. 41,7 %) y de guías nacionales (100 % vs. 91,7 %). Estas diferencias, aunque descriptivas, sugieren una brecha de integración entre ambos campos que podría incidir en la toma de decisiones interdisciplinarias.

El trabajo interdisciplinario mostró distintos niveles de integración: 34/78 (43,6 %) participaba regularmente en decisiones compartidas entre equipos de CP y TN, 24/78 (30,8 %) lo hacía de forma ocasional y 20/78 (25,6 %) no participaba nunca.

En cuanto a protocolos institucionales, 51/78 (65,4 %) señaló que su centro no contaba con una guía formal para la evaluación e implementación de NP en CP; 9/78 (11,5 %) indicó que sí existía, y 18/78 (23,1 %) lo desconocía.

Pese a estas limitaciones, la percepción global sobre la utilidad de la NP fue ampliamente positiva: 70/78 (89,7 %) la consideró beneficiosa en contextos seleccionados, especialmente como puente hacia tratamientos o cirugía (53/70; 75,7 %), soporte durante crisis clínicas (41/70; 58,6 %), acompañamiento de tratamientos oncológicos activos (41/70; 58,6 %) y mejora de la calidad de vida (41/70; 58,6 %). Solo 1/78 (1,3 %) no la consideró útil. Finalmente, 77/78 (98,7 %) manifestó la necesidad de contar con una guía nacional o institucional que oriente la indicación de NP en CP. Los principales resultados se resumen en la **Tabla 2**.

**Tabla 2.** Resultados principales de la encuesta a médicos uruguayos sobre nutrición parenteral (NP) en cuidados paliativos (CP), según ejes temáticos (n = 78).

<b>Eje temático</b>	<b>Variable o indicador</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>1. Acceso institucional a NP</b>	Disponibilidad en internación hospitalaria	69	88,5
	Disponibilidad en atención domiciliaria	28	35,9
	Disponibilidad en hospitales de día	12	15,4
<b>2. Formación profesional</b>	Médicos paliativistas con entrenamiento reciente en terapia nutricional ( $\leq 3$ años)	30	44,8
	Médicos de nutrición con formación específica en cuidados paliativos	4	32,3
<b>3. Experiencia clínica</b>	Profesionales que asistieron pacientes con indicación potencial de NP	63	81,2
	<b>Principales situaciones clínicas observadas:</b>		
• Obstrucción intestinal no operable	51	81,2	
• Enteritis grave pos-tratamiento	26	40,6	
• Síndrome de intestino corto	26	40,6	
• Fístulas de alto débito	23	35,0	
	<b>Profesionales que atendieron pacientes que cumplían criterios ideales*</b>	34	43,6

...continuación de la tabla 2.

Eje temático	Variable o indicador	n	%
• NP implementada		17	50,0
• NP considerada pero no iniciada		12	35,3
• NP no contemplada		5	14,7
<b>4. Barreras percibidas para la indicación de NP</b>	Dudas sobre el beneficio clínico	36	46,2
	Rechazo del paciente o la familia	24	30,8
	Falta de infraestructura sanitaria adecuada	24	30,8
<b>5. Trabajo interdisciplinario</b>	Participación regular en decisiones compartidas CP–Terapia nutricional	34	43,6
	Participación ocasional	24	30,8
	Sin participación interdisciplinaria	20	25,6
<b>6. Protocolos y percepciones</b>	Centros sin guía institucional para NP en CP	51	65,4
	Con guía formal	9	11,5
	Desconoce si existe	18	23,1
	Considera la NP útil en contextos seleccionados	70	89,7
	No la considera útil	1	1,3
	Considera necesaria una guía nacional/institucional sobre NP en CP	77	98,7

\* Criterios ideales: buen estado funcional, expectativa de vida > 2 meses, albúmina > 32 g/L y PCR < 10 mg/L.

## Discusión

### Síntesis de los hallazgos

Este estudio evidencia una brecha significativa entre los criterios clínicos recomendados para indicar NP en CP y su aplicación real en la práctica médica en Uruguay. Si bien una proporción sustantiva de los encuestados refirió haber atendido pacientes que cumplían con los criterios óptimos —funcionalidad conservada, expectativa de vida razonable y baja inflamación sistémica—, la NP solo fue implementada en la mitad de los casos. Si bien el presente estudio se focaliza específicamente en la NP, esta fue utilizada como un modelo clínico deliberado para explorar brechas más amplias en la articulación entre CP y la TN, particularmente en escenarios de alta complejidad clínica y ética.

Nuestros hallazgos coinciden con lo descrito en la literatura internacional, que muestra una marcada variabilidad en la práctica clínica, incluso en sistemas de salud con mayor estructura y acceso a tratamientos de soporte nutricional especializado<sup>1-6</sup>.

La mayoría de los profesionales encuestados se desempeñaba en el ámbito de los CP, lo que otorga relevancia clínica a las percepciones recabadas. Sin embargo,

se constató una brecha formativa considerable: más de la mitad de los médicos paliativistas no había recibido entrenamiento reciente en terapia nutricional, y dos tercios de los médicos dedicados a la nutrición carecían de formación específica en CP. Esta falta de transversalidad formativa probablemente influye en la limitada articulación interdisciplinaria y en la variabilidad observada en las decisiones clínicas.

El acceso a la NP se concentró principalmente en la internación hospitalaria, con escasa disponibilidad en la atención domiciliaria o en los hospitales de día, lo que refleja una discontinuidad asistencial relevante en etapas avanzadas de la enfermedad, donde el soporte domiciliario podría tener un rol paliativo legítimo. Las condiciones clínicas más frecuentemente vinculadas a la indicación potencial de NP fueron la obstrucción intestinal no operable, el síndrome de intestino corto, la enteritis grave postratamiento y las fístulas de alto débito. Sin embargo, aun en pacientes que cumplían los criterios teóricos, las principales razones para no implementarla incluyeron las dudas sobre el beneficio clínico, la falta de infraestructura, el rechazo del paciente o la familia y la percepción de que el soporte podría prolongar el proceso de morir más que el de vivir<sup>8-13</sup>.

Solo cuatro de cada diez médicos participaban regularmente en decisiones compartidas entre equipos de CP y TN, y más del 65 % señaló que su institución carecía de protocolos formales para evaluar o implementar NP. Estos resultados reflejan una práctica heterogénea, condicionada por limitaciones estructurales, brechas formativas y la falta de guías nacionales.

Pese a ello, casi nueve de cada diez profesionales consideraron la NP útil en contextos seleccionados —como puente hacia tratamientos, durante crisis clínicas o para mejorar la calidad de vida—, lo que demuestra una visión pragmática y equilibrada de su rol dentro del CP moderno<sup>1-6,9-13</sup>.

### Estado del arte general y comparación internacional

La provisión de NP en pacientes con falla intestinal o imposibilidad de alimentación enteral continúa siendo un tema de debate clínico y ético. Guías internacionales de ESPEN, ASPEN y ESMO coinciden en que su uso debe limitarse a pacientes con expectativa de vida superior a unas pocas semanas, función intestinal comprometida y objetivos terapéuticos claramente definidos<sup>2-4</sup>. Sin embargo, revisiones sistemáticas muestran que, en pacientes oncológicos avanzados, los beneficios clínicos son inciertos y deben sopesarse frente al riesgo de complicaciones, los costos y la posibilidad de intervenciones fútiles<sup>5-7</sup>.

Los resultados de este estudio uruguayo son congruentes con los hallazgos de la encuesta nacional realizada en el Reino Unido por Baker y colaboradores (2023)<sup>9</sup>, que analizó la práctica institucional del *palliative parenteral support* (PPS) en hospitales del NHS. Ambos trabajos evidencian una gran heterogeneidad en los criterios de selección de pacientes, la logística del alta y el seguimiento domiciliario. En el estudio británico, al igual que en el presente, la indicación de NP dependió en gran medida del juicio clínico local, la disponibilidad institucional y la interacción entre

equipos de TN y CP. Baker et al. también destacaron que, a pesar de la falta de uniformidad, la decisión de iniciar PPS se basaba mayoritariamente en la funcionalidad del paciente y en la expectativa de vida, confirmando la relevancia de estos criterios en la práctica global<sup>9</sup>.

Tanto en el Reino Unido como en Uruguay, la ausencia de protocolos nacionales consolidados y la variabilidad institucional constituyen factores críticos que dificultan una práctica homogénea y basada en evidencia. El consenso de la *British Intestinal Failure Alliance* (BIFA)<sup>8</sup> y las guías de la Sociedad Italiana de Nutrición Artificial (SINPE)<sup>10</sup> coinciden en que la NP puede ser apropiada en escenarios seleccionados —obstrucción intestinal no operable, síndrome de intestino corto o fístulas de alto débito— siempre que el estado funcional sea aceptable y la inflamación sistémica sea baja. Estos marcos de referencia, junto con el estudio de Baker et al.<sup>9</sup>, refuerzan la necesidad de adaptar tales criterios a los contextos nacionales mediante guías locales.

En América Latina, los datos siguen siendo escasos. Los resultados de este trabajo representan la primera aproximación sistemática a la percepción médica sobre la NP en CP en Uruguay, revelando deficiencias estructurales, falta de normativas y limitada formación interdisciplinaria, factores que probablemente condicionan la subutilización observada.

La **Tabla 3** presenta un resumen de los criterios esenciales, características clínicas y factores pronósticos para la indicación de NP en el contexto de CP.

### Determinantes y barreras clínicas

Las principales barreras señaladas por los encuestados —dudas sobre el beneficio clínico, falta de infraestructura y rechazo del paciente o de su familia— reproducen dilemas éticos y clínicos descritos en la literatura internacional<sup>9-13</sup>. La percepción de que la

**Tabla 3.** Criterios esenciales, características clínicas y factores pronósticos para la indicación de nutrición parenteral en el contexto de cuidados paliativos.

Dominio	Criterio específico	Justificación clínica
<b>Criterios esenciales</b>		
Condición digestiva (Fallo intestinal)	Vía oral o enteral no viable (ej. obstrucción maligna, fístulas, intestino corto, enteritis grave)	Necesidad fisiológica de soporte parenteral exclusivo <sup>6,15</sup> .
Voluntad del paciente	Consentimiento informado y alineación con sus objetivos de cuidado	Respeto a la autonomía del paciente en escenarios de alta complejidad clínica <sup>1,13</sup> .
Entorno de atención	Presencia de infraestructura y recursos para administrar NP de forma segura	Necesario para garantizar viabilidad terapéutica y seguimiento adecuado <sup>3,6</sup> .

...continuación de la tabla 3.

Dominio	Criterio específico	Justificación clínica
<b>Características clínicas</b>		
<i>British Intestinal Failure Alliance</i> (BIFA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes con supervivencia limitada, buena funcionalidad y baja inflamación sistémica.</li> <li>- Pacientes que reciben tratamiento activo con objetivos clínicos definidos.</li> <li>- Pacientes con tumores indolentes, expectativa de vida prolongada y requerimiento sostenido de NP.</li> </ul>	
Sociedad Italiana de Nutrición Artificial (SINPE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes cuya indicación de NP domiciliaria se define en función de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de funcionalidad conservado.</li> <li>• Presencia de un entorno de cuidados adecuado.</li> <li>• Deseo explícito del paciente de recibir soporte nutricional.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Factores predictivos de beneficio clínico</b>		
Estado funcional	Karnofsky $\geq$ 50 ECOG $\leq$ 2	Capacidad funcional suficiente para beneficiarse del soporte nutricional <sup>15,16</sup> .
Expectativa de vida	$\geq$ 6 a 8 semanas (estimada clínicamente)	Tiempo mínimo requerido para observar beneficios clínicos y funcionales de la NP <sup>15,16</sup> .
Estado inflamatorio	PCR < 50 mg/L, leucocitos < 12.000/mm <sup>3</sup>	Indica menor inflamación sistémica y mayor posibilidad de respuesta a la NP <sup>15</sup> .
Albúmina sérica	Albúmina $\geq$ 32 g/L	Predictor de mejor tolerancia y menor riesgo de complicaciones metabólicas <sup>4</sup> .
<i>Estado nutricional</i>	Pérdida ponderal > 10 % en 6 meses e IMC < 20 con síntomas GI persistentes.	Indicador de desnutrición clínica relevante con necesidad de intervención nutricional activa <sup>4,5</sup> .
<i>Objetivo clínico definido</i>	NP como puente a tratamiento, soporte funcional o medida sintomática proporcional.	Justifica la proporcionalidad del tratamiento y orienta su evaluación de eficacia <sup>13,15,16</sup> .

La indicación de NP en pacientes en CP debe estar sustentada en la presencia de condiciones necesarias —como la falla intestinal, la voluntad explícita del paciente y la viabilidad operativa del entorno asistencial—, así como en la evaluación individualizada de factores que predicen un posible beneficio clínico. Esta estructura permite una decisión proporcional, centrada en la persona y respaldada por consensos internacionales<sup>1,3-6,13,15,16</sup>.

NP podría prolongar el proceso de morir más que el de vivir sigue siendo uno de los temas más sensibles en la práctica paliativa, y pone de manifiesto la necesidad de procesos de decisión centrados en el paciente y guiados por principios de proporcionalidad terapéutica. Además, la escasa interacción entre equipos de CP y TN y la carencia de formación cruzada impactan directamente en la toma de decisiones y en la posibilidad de consensuar objetivos de cuidado<sup>7,16,17</sup>.

### Pronóstico y herramientas de selección

Diversos estudios internacionales proponen la integración de escalas funcionales y biomarcadores de inflamación (albúmina, PCR) para refinar la selección de pacientes candidatos a NP y mejorar la predicción de supervivencia<sup>6,7,14</sup>. En el contexto británico, Baker et al.<sup>9</sup> observaron que las instituciones utilizan preferentemente la escala de Karnofsky y la de ECOG para

definir la elegibilidad, mientras que en Italia se han desarrollado modelos combinados que integran la actividad tumoral y el estado funcional para estimar la respuesta y el pronóstico<sup>10,14</sup>. La adopción de tales herramientas, junto con la valoración explícita de las preferencias del paciente, constituye un paso esencial hacia una indicación más racional y ética de la NP al final de la vida<sup>3,12,14</sup>.

### Fortalezas y limitaciones del estudio

Este es el primer estudio nacional que explora de manera sistemática la percepción médica sobre la NP en CP. El mismo no pretende abarcar de forma exhaustiva todo el espectro del soporte nutricional en CP, sino que se centra deliberadamente en un escenario clínico particularmente controvertido, complejo y éticamente sensible, como es la indicación de NP en pacientes paliativos con falla intestinal.

Consideramos que este enfoque acotado constituye una fortaleza metodológica más que una limitación, ya que permite explorar con mayor profundidad un punto crítico donde confluyen la incertidumbre clínica, las barreras organizativas, las brechas formativas y la insuficiente articulación interdisciplinaria. La NP actúa aquí como un modelo trazador de dichas brechas, poniendo en evidencia problemas estructurales que probablemente se extienden a otras modalidades de soporte nutricional en CP.

En este sentido, si bien el área estudiada es específica, los hallazgos trascienden la NP como técnica aislada y aportan información relevante sobre los procesos de toma de decisiones y la formación cruzada entre disciplinas en un sentido más amplio.

Su enfoque exclusivo en médicos con experiencia asistencial directa en estas áreas aporta validez clínica a las respuestas, mientras que la diversidad geográfica de los participantes ofrece una panorámica amplia del escenario uruguayo. El cuestionario fue elaborado con base en evidencia reciente y validado por un panel multidisciplinario, lo que garantiza la pertinencia de los ejes temáticos y minimiza sesgos de formulación. La naturaleza anónima y autoadministrada de la encuesta redujo la posibilidad de sesgos de conformidad y favoreció respuestas reflexivas.

Entre las limitaciones, cabe mencionar la tasa de respuesta estimada en torno al 20 %, comparable con

encuestas internacionales similares<sup>9</sup>, y el carácter no probabilístico del muestreo, que restringe la extrapolación poblacional. No obstante, dado el propósito exploratorio inicial del estudio, estos factores no comprometen su validez interna. Tampoco pueden descartarse sesgos de deseabilidad social, aunque se mitigaron mediante la confidencialidad del instrumento y la ausencia de incentivos.

En conjunto, los resultados proporcionan una descripción realista y clínicamente relevante de la práctica médica nacional respecto a la NP en CP, constituyendo una base sólida para investigaciones futuras y para el diseño de políticas sanitarias contextualizadas.

La **Tabla 4** resume una comparación entre los hallazgos de este estudio y los resultados reportados por Baker et al.<sup>9</sup> en el Reino Unido, destacando tanto la convergencia en los desafíos como las diferencias estructurales entre ambos sistemas sanitarios.

### Implicancias clínicas y proyección

Los hallazgos confirman la necesidad de desarrollar guías nacionales e institucionales que orienten la indicación de NP en CP, incorporando criterios clínicos objetivos, herramientas pronósticas estandarizadas y procesos interdisciplinarios de decisión. La implementación de algoritmos adaptados a la realidad local, junto con programas de educación continua

**Tabla 4.** Análisis comparativo de encuestas sobre indicación y práctica de nutrición parenteral en cuidados paliativos: Uruguay (Moreira et al., 2025) y NHS-Reino Unido (Baker et al., 2023).

Aspecto comparado	Encuesta uruguaya (Moreira et al. 2025)	Encuesta del NHS – Reino Unido (Baker et al., 2023)
<b>Diseño del estudio</b>	Encuesta transversal, anónima, dirigida exclusivamente a médicos con experiencia en cuidados paliativos (CP) o terapia nutricional (TN).	Encuesta transversal, anónima, aplicada a profesionales de equipos multidisciplinarios de soporte nutricional en hospitales del NHS.
<b>Tamaño muestral</b>	78 respuestas válidas (tasa de respuesta estimada 20% de un universo de 350–450 médicos).	60 encuestados pertenecientes a distintas regiones del Reino Unido.
<b>Profesión de los participantes</b>	84,6% médicos de CP y 15,4% de TN.	Mayoritariamente médicos (48,3%), seguidos por farmacéuticos y enfermeros (33%).
<b>Años de experiencia profesional</b>	76,9% con más de 5 años de experiencia.	Mediana: 10–14 años de experiencia en nutrición clínica.
<b>Acceso a NP hospitalaria</b>	88,5% de disponibilidad institucional.	100% (por definición de los servicios incluidos).
<b>Acceso a NP domiciliaria</b>	35,9% reportó disponibilidad.	Variable: 65% no requiere derivación a centros especializados.
<b>Formación profesional específica</b>	>50% sin entrenamiento reciente en el área complementaria (CP o TN).	Alta experiencia técnica, pero ausencia de formación estandarizada en NP paliativa.

...continuación de la tabla 4.

Aspecto comparado	Encuesta uruguaya (Moreira et al. 2025)	Encuesta del NHS – Reino Unido (Baker et al., 2023)
<b>Presencia de guías o protocolos</b>	65,4% indicó ausencia de guía institucional para NP en CP.	Falta de una plantilla nacional estandarizada para alta paliativa y criterios de selección heterogéneos.
<b>Criterios clínicos de indicación</b>	Funcionalidad conservada, expectativa de vida >2 meses, baja inflamación (PCR <10 mg/L).	Escalas Karnofsky y ECOG como base de selección; decisión final multidisciplinaria.
<b>Principales condiciones clínicas</b>	Obstrucción intestinal no operable (81%), enteritis grave postratamiento (41%), síndrome de intestino corto (41%), fístulas de alto débito (35%).	Obstrucción intestinal maligna (85%), falla intestinal establecida (98%).
<b>Barreras principales</b>	Dudas sobre el beneficio clínico (46%), falta de infraestructura (31%), rechazo del paciente/familia (31%).	Falta de planificación anticipada, heterogeneidad en la selección y limitaciones logísticas del sistema NHS.
<b>Trabajo interdisciplinario</b>	43,6% participación regular en decisiones conjuntas CP–TN.	86,4% de decisiones tomadas en equipo multidisciplinario formal.
<b>Percepción de utilidad de la NP</b>	89,7% la considera beneficiosa en contextos seleccionados.	Consenso general en su utilidad bajo criterios de funcionalidad y pronóstico favorable.
<b>Necesidad de guías nacionales</b>	98,7% solicita desarrollo de lineamientos nacionales e institucionales.	Se reconoce necesidad de mejorar la estandarización de la atención y los planes de alta.
<b>Conclusión global</b>	Subutilización, carencia de protocolos y escasa coordinación interdisciplinaria; oportunidad para desarrollar guías locales.	Variabilidad nacional; necesidad de uniformar criterios y fortalecer la planificación anticipada de cuidados.

NP: nutrición parenteral; CP: cuidados paliativos; TN: terapia nutricional; NHS: National Health Service; ECOG: *Eastern Cooperative Oncology Group*.

y formación cruzada permitiría reducir la variabilidad asistencial y mejorar la seguridad del paciente<sup>7-10,16-18</sup>.

Asimismo, es prioritario impulsar investigaciones multicéntricas que evalúen resultados clínicos, calidad de vida y costos asociados, así como el impacto de intervenciones educativas o de guías clínicas en la práctica. La experiencia europea demuestra que el desarrollo de rutas estructuradas de alta y el uso de NP domiciliaria con formulaciones multicámara facilitan la continuidad asistencial y reducen hospitalizaciones innecesarias<sup>9,10,18-20</sup>.

## Conclusión general

La NP en CP representa un ámbito donde confluyen dimensiones clínicas, éticas y organizativas. Los resultados de este estudio refuerzan la necesidad de un abordaje interdisciplinario, protocolizado y humanizado que permita distinguir entre la prolongación de la vida y la prolongación del morir. Por tratarse del primer estudio nacional que aborda esta temática desde la perspectiva médica en Uruguay, entendemos que este trabajo representa un primer paso exploratorio que abre la puerta a futuras investigaciones más amplias

sobre el soporte nutricional en CP y contribuye a visibilizar un campo aún insuficientemente desarrollado en la región. Generar evidencia local y consensos adaptados al contexto nacional será clave para asegurar decisiones coherentes con los principios de proporcionalidad, autonomía y dignidad del paciente.

## Financiación

No se recibió financiación para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

## Contribución de autoría

Eduardo Moreira: concepción, diseño, redacción y revisión crítica.

Adriana Rotela: diseño, redacción y revisión crítica.

Todos los autores han leído y aceptado la versión publicada del manuscrito.

## Conflictos de intereses

No se identificó ningún conflicto de interés comercial, financiero o personal para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

## Declaraciones éticas

El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de CASMER-FEPREMI (Rivera, Uruguay) y se realizó de conformidad con las normativas éticas nacionales e internacionales aplicables, en particular con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en su última enmienda. Dado que el estudio no involucró la realización de procedimientos experimentales en seres humanos ni en animales, no fue necesaria la obtención de consentimiento informado escrito; no obstante, se mantuvo el más alto rigor ético en el análisis de los datos y en la redacción del texto. La participación voluntaria mediante la respuesta al cuestionario fue considerada como consentimiento informado implícito.

## Declaración de IA

No se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la redacción, análisis, interpretación o revisión de este artículo.

## Declaración de datos

El conjunto de datos que respalda los resultados de este estudio no se encuentra disponible.

Aprobado por el Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay.

## Referencias

- Arends J, Strasser F, Gonella S, Solheim TS, Madeddu C, Ravasco P, et al. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open* 2021; 6(3):100092. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100092>
- Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr* 2017; 36(1):49-64. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004>
- August DA, Huhmann MB, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. A.S.P.E.N. clinical guidelines: nutrition support therapy during adult anticancer treatment and in hematopoietic cell transplantation. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2009; 33(5):472-500. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/0148607109341804>
- Hébuterne X, Lemarié E, Michallet M, de Montreuil CB, Schneider SM, Goldwasser F. Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients with cancer. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2014; 38(2):196-204. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/0148607113502674>
- Good P, Richard R, Syrmis W, Jenkins-Marsh S, Stephens J. Medically assisted nutrition for adult palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 2014(4):CD006274. Disponible en: <http://doi.org/10.1002/14651858.CD006274.pub3>
- Pironi L, Cuerda C, Jeppesen PB, Joly F, Jonkers C, Krznarić Ž, et al. The ESPEN guideline on chronic intestinal failure in adults—Update 2023. *Clin Nutr* 2023; 42(10):1940-2021. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.07.019>
- Naghibi M, Smith TR, Elia M. A systematic review with meta-analysis of survival, quality of life and cost-effectiveness of home parenteral nutrition in patients with inoperable malignant bowel obstruction. *Clin Nutr* 2015; 34(5):825-37. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.clnu.2014.09.010>
- Naghibi M, Woodward J, Neild P, British Intestinal Failure Alliance (BIFA) Committee. Palliative parenteral nutrition (HPN) for patients with malignancy: BIFA position statement. London: British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN); 2020. Disponible en: <https://www.bapen.org.uk/pdfs/bifa/position-statements/position-statement-on-palliative-hpn-for-patients-with-malignancy-dec-2020.pdf>
- Baker J, Smith PJ, White SJ, Gifford AJ. Availability of palliative parenteral nutrition to patients with advanced cancer: a national survey of service provision. *J Hum Nutr Diet* 2023; 36(4):1225-1233. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jhn.13174>
- Bozzetti F, Caccialanza R, Cotogni P, Finocchiaro C, Pironi L, Santarpia L, et al. SINPE Position Paper on the use of home parenteral nutrition in cancer patients. *Nutrition*. 2022; 95(111578):111578. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2021.111578>
- Cotogni P, Stragliotto S, Ossola M, Collo A, Riso S, On Behalf Of The Intersociety Italian Working Group For Nutritional Support In Cancer. The role of nutritional support for cancer patients in palliative care. *Nutrients* 2021; 22:13(2):306. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu13020306>.
- Raijmakers NJH, van Zuylen L, Costantini M, Caraceni A, Clark J, Lundquist G, et al. Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients. A systematic literature review of practices and effects. *Ann Oncol*. 2011; 22(7):1478-1486. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq620>.
- Naghibi M, Skinner C, Burden ST, Bozzetti F, Cuerda C, Joly F, et al. A multi-national survey of experience and attitudes towards commencing home parenteral nutrition for patients with advanced cancer. *Clin Nutr ESPEN* 2022; 47:246-251. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2021.12.002>
- Pironi L, Boeykens K, Bozzetti F, Joly F, Klek S, Lal S, et al. ESPEN practical guideline: Home parenteral nutrition. *Clin Nutr* 2023; 42(3):411-430. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.12.003>
- Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2019; 38(1):10-47. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>
- Ford KL, Nasser R, Basualdo-Hammond C, Laur C, Quintanilha M, Keller H, et al. Exploring gaps, opportunities, barriers and enablers in malnutrition policy through key informant interviews: a qualitative inquiry from the CANDReAM initiative. *BMJ Nutr Prev Health* 2024; 7(2):e000891. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjnph-2024-000891>
- Cárdenas D, Pérez Cano AM, Díaz G, Pacheco-Orozco RA, Parra-García I, Chaparro D, et al. Nutrition care as a health policy in the 21st century: A phenomenological study. *Clin Nutr ESPEN* 2022; 47:306-314. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2021.11.027>
- Downar J, Goldman R, Pinto R, Englesakis M, Adhikari NKJ. The «surprise question» for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2017; 189(13):e484-e493. Disponible en: <http://doi.org/10.1503/cmaj.160775>
- Hoda D, Jatoi A, Burnes J, Loprinzi C, Kelly D. Should patients with advanced, incurable cancers ever be sent home with total parenteral nutrition? A single institution's 20-year experience. *Cancer* 2005; 103(4):863-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/cncr.20824>
- Perlinski M, Sobocki J. The Impact of Home Parenteral Nutrition on Survival and Quality of Life in Patients with Intestinal Failure and Advanced Cancer: A Comprehensive Review. *Nutrients*. 2025; 17(5):905. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu17050905>.

---

## Parenteral nutrition in palliative care: gaps between clinical criteria and real-world practice from a medical perspective

### Abstract

**Background:** Parenteral nutrition (PN) may represent a valuable therapeutic tool in palliative care (PC) for patients with intestinal failure, provided that functional status is preserved and rigorous clinical criteria are applied. In Uruguay, no national guidelines currently exist to guide its use in PC, and real-world clinical practice in this context remains poorly characterized.

**Objective:** To explore the gap between recommended clinical criteria and actual clinical practice regarding PN in PC from the perspective of Uruguayan physicians involved in nutritional therapy or palliative medicine.

**Methods:** A descriptive, observational, cross-sectional study based on an anonymous self-administered survey conducted among physicians with experience in PC or nutritional therapy. A total of 78 complete responses were analyzed, assessing criteria used to indicate PN, perceived barriers, institutional access, and professional training.

**Results:** A total of 43.6% of participants reported having treated patients who met ideal clinical criteria for PN; however, only 50% of these patients actually received the treatment. The main barriers were uncertainty about clinical benefit (46.2%), patient or family refusal (30.8%), and lack of infrastructure (30.8%). In addition, 55.2% of palliative care physicians and 66.7% of nutritional therapy specialists lacked recent cross-training in the complementary area. Over 65% reported that their institution did not have a formal protocol, and 98.7% considered that a national guideline is needed to standardize PN indication in PC.

**Conclusions:** Relevant gaps were identified between theoretical recommendations and real-world clinical practice regarding PN in PC. Decision-making is influenced by educational, structural, and organizational barriers. These findings highlight the need for national guidelines and stronger interdisciplinary collaboration to ensure decisions consistent with the principles of proportionality, comfort, and patient dignity.

**Keywords:** Parenteral nutrition. Palliative care. Nutritional therapy. Clinical decision-making. Uruguay.

---

## Nutrição parenteral em cuidados paliativos: lacunas entre os critérios clínicos e a prática assistencial sob a perspectiva médica

### Resumo

**Introdução:** A nutrição parenteral (NP) representa uma ferramenta útil nos cuidados paliativos (CP) para pacientes com falência intestinal, desde que sejam aplicados critérios rigorosos. No Uruguai, não existem diretrizes que orientem o seu uso em CP, e a prática real nesse contexto é pouco conhecida.

**Objetivo:** Explorar o conhecimento dos critérios clínicos recomendados e a prática assistencial em relação à NP em CP, sob a perspectiva de médicos uruguaios vinculados ao suporte nutricional ou à medicina paliativa.

**Metodologia:** Estudo descritivo, observacional e transversal, baseado num inquérito anônimo e autoadministrado. Foram analisadas 78 respostas completas, avaliando critérios de indicação, barreiras percebidas, acesso institucional e formação profissional.

**Resultados:** Um total de **43,6%** relatou ter assistido pacientes que preenchiam critérios ideais para NP; contudo, apenas **50%** destes receberam o tratamento. As principais barreiras foram dúvidas quanto ao benefício clínico (46,2%), recusa do paciente (30,8%) e falta de infraestrutura (30,8%). Entre os médicos paliativistas, **55,2%** não possuíam formação recente em terapia nutricional (TN), enquanto **66,7%** dos especialistas em nutrição não tinham treinamento em CP. Mais de **65%** relataram ausência de protocolos, e **98,7%** consideraram necessária a elaboração de uma diretriz nacional.

**Conclusões:** Existem lacunas relevantes entre a teoria e a prática na indicação de NP em CP. As decisões são condicionadas por limitações formativas, estruturais e organizacionais. Destaca-se a necessidade de desenvolver diretrizes nacionais e fortalecer a articulação interdisciplinar para a tomada de decisões alinhadas aos princípios de proporcionalidade, conforto e dignidade do paciente.

**Palavras-chave:** Nutrição parenteral. Cuidados paliativos. Terapia nutricional. Decisões clínicas. Uruguai.

---