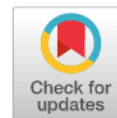


Revista Española de Nutrición Humana y Dietética

Spanish Journal of Human Nutrition and Dietetics



www.renhyd.org

EDITORIAL

Alimentación y nutrición al final de la vida

Rodrigo Daga^{a,*}, Evelia Apolinar-Jiménez^b, Claudia Troncoso-Pantoja^c, Amparo Gamero^d, Laura Álvarez-Álvarez^{e,f},
Édgar Pérez-Esteve^g, Macarena Lozano-Lorca^{e,h,i}

^a Centro de Salud Daniel Hernández, Red de Salud Tayacaja, Huancavelica, Perú.

^b Departamento de Investigación, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío adscrito a los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar, IMSS-Bienestar, León, Guanajuato, México.

^c Centro Interdisciplinar de Investigación en Educación y Desarrollo (CIEDE-UCSC), Departamento de Salud Pública, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile.

^d Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal, Facultad de Farmacia y Ciencias de la Alimentación, Universitat de València, Valencia, España.

^e Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España.

^f Grupo de Investigación en Interacciones Gen-Ambiente-Salud (GIIAS), Instituto de Biomedicina (IBIOMED), Universidad de León, León, España.

^g Instituto de Ingeniería de Alimentos FoodUPV, Universitat Politècnica de València, Valencia, España.

^h Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Granada, España.

ⁱ Instituto de Investigación Biosanitaria ibs.GRANADA, Granada, España.

*rodrigo.dagasoto@gmail.com

Editor Asignado: Macarena Lozano-Lorca. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Granada, España

Recibido: 03/05/2026; Aceptado: 03/05/2026; Publicado: 19/05/2026

CITA

Daga R, Apolinar-Jimenez E, Troncoso-Pantoja C, Gamero A, Álvarez-Álvarez L, Pérez-Esteve E, Lozano-Lorca M. Alimentación y nutrición al final de la vida. Rev Esp Nutr Hum Diet. 2026; 30(2): e2836. doi: <https://doi.org/10.14306/renhyd.30.2.2836>



La alimentación al final de la vida no es solo una necesidad biológica, sino también una práctica sociocultural y un lenguaje relacional. Por eso, cuando la enfermedad avanza y el paciente ya no puede ingerir, tolerar o procesar nutrientes como antes, la decisión de alimentar o hidratar trasciende lo estrictamente fisiológico y compromete valores familiares, expectativas sociales y responsabilidades clínicas y éticas¹. Esto hace compleja la toma de decisiones clínicas, donde el equipo de salud enfrenta una tensión constante entre aliviar el sufrimiento y evitar intervenciones fútiles, sin que la reducción de la ingesta sea interpretada como abandono.

El proceso de final de vida no es único. No es lo mismo un paciente en fase de agonía, con fallo multiorgánico progresivo y expectativa de vida de horas o días, que una persona con enfermedad con gran evolución, como un cáncer en estadio avanzado. Reconocer estas diferencias desde el inicio resulta esencial, dado que las intervenciones nutricionales están condicionadas por el momento evolutivo del paciente, los objetivos terapéuticos y el impacto que las intervenciones pueden tener sobre el paciente. De forma práctica, el proceso de final de vida puede dividirse en varias etapas con implicaciones nutricionales claras: fase paliativa temprana, fase de declive progresivo, y fase de agonía.

En este contexto, la European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) señala que la malnutrición y la pérdida de masa muscular son frecuentes y clínicamente relevantes en oncología, pero también enfatizan que las decisiones en soporte nutricional deben adaptarse al contexto clínico y paliativo del paciente². Este enfoque exige transitar desde la lógica de la adecuación del aporte nutricional como indicador de éxito, a centrarnos en el confort, funcionalidad y coherencia con las preferencias del paciente y la familia.

De esta forma, en una fase paliativa temprana, cuando la expectativa de vida es mayor y el deterioro nutricional refleja un estado de inanición potencialmente modificable, el enfoque clínico está orientado en preservar el estado funcional y aliviar los síntomas asociados a la enfermedad avanzada. En este sentido, la nutrición parenteral domiciliaria en pacientes con cáncer avanzado y obstrucción intestinal puede estabilizar parámetros nutricionales y mantener la calidad de vida temporalmente³. Sin embargo, esto no justifica una indicación generalizada, sino una aplicación prudente en subgrupos específicos, con objetivos terapéuticos claros y criterios de suspensión previamente establecidos. En este marco, el beneficio clínico debe justificar los riesgos, incluyendo accesos venosos, infecciones, hospitalizaciones o restricciones en la vida cotidiana.

En personas con demencia avanzada, la alimentación por sonda se ha utilizado con mayor frecuencia más por temor al abandono que por evidencia. Una revisión publicada hace un par de décadas no encontró evidencia de que esta intervención prevenga la neumonía por aspiración, reduzca infecciones o úlceras por presión, ni mejore la función o el confort⁴. En coherencia con este antecedente, en 2014, la American Geriatrics Society desaconsejó el uso de sondas en este grupo de pacientes y recomendó la alimentación asistida

centrada en la persona, orientando la práctica clínica hacia intervenciones que prioricen la protección del paciente y aporten un beneficio clínico significativo⁵.

En la fase de agonía, el balance energético y nutricional deja de ser una prioridad. La literatura muestra que la alimentación y la hidratación en la última semana de vida se realiza en función de la tolerancia y el apetito del paciente, con algunos riesgos como la sobrecarga hídrica, ascitis u otras complicaciones⁶. Además, esta misma revisión sistemática identificó una marcada heterogeneidad en estas prácticas, lo que, más que reflejar una adaptación deliberada a las necesidades individuales, muestra la ausencia de criterios clínicos estandarizados para orientar la toma de decisiones en esta etapa.

Desde un marco bioético, la nutrición al final de la vida requiere integrar de manera explícita cuatro dimensiones que con frecuencia se analizan de forma aislada. La beneficencia obliga a preguntar si la intervención aporta confort, alivio sintomático o mejora la funcionalidad; la no maleficencia, si expone al paciente a complicaciones, procedimientos invasivos o mayor sufrimiento; la autonomía, si la decisión recoge los deseos del paciente o sus familiares; y la justicia, como la garantía de un acceso equitativo a la atención nutricional sin discriminación por edad, condición cognitiva o pronóstico, junto con un uso proporcional de los recursos en función del beneficio clínico esperable⁷.

La comunicación con pacientes y familias es un componente central del cuidado, lo que hace indispensable la participación de profesionales de la nutrición en los equipos de cuidados paliativos. Explicar la anorexia y la disminución de la sed como parte del proceso natural de la enfermedad, junto con cuidados de confort como cuidado bucal frecuente⁸, facilitar pequeños sorbos de líquidos, si resultan placenteros, y el manejo farmacológico de la xerostomía⁹, suele ser más eficaz que insistir en el aporte calórico. La evidencia sobre la alimentación y nutrición en la etapa final de la vida sigue siendo limitada en desenlaces relevantes como el bienestar percibido, la carga del cuidador y la interacción con síntomas como delirium, secreciones o sedación. Además, los pacientes con mayor fragilidad o dependencia funcional suelen quedar excluidos de los estudios de investigación, por no poder brindar un consentimiento informado, lo que genera importantes brechas metodológicas.

Desde la RENHYD invitamos a impulsar la investigación en nutrición paliativa que trascienda la polarización entre intervenir o no intervenir, y contribuya a generar evidencia centrada en la persona. La nutrición al final de la vida cuestiona la forma en que entendemos el cuidado cuando el objetivo ya no es curar, sino aliviar y acompañar, y demanda decisiones basadas en evidencia y proporcionalidad, tomadas mediante una deliberación ética rigurosa que involucre a un equipo multidisciplinario, el paciente en la medida de lo posible, y su familia.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Todos/as los autores/as han leído, contribuido y aprobado la versión final de este artículo editorial.

FINANCIACIÓN

Los autores/as declaran que no ha existido financiación para realizar este estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores expresan que no existen conflictos de interés al redactar el manuscrito.

REFERENCIAS

- (1) Cardenas D Ethical issues and dilemmas in artificial nutrition and hydration. Clin Nutr ESPEN. 2021;41:23-9. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2020.12.010>
- (2) Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. Clinical Nutrition. 2021;40(5):2898-913. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.02.005>
- (3) Bozzetti F, Cozzaglio L, Biganzoli E, Chiavenna G, De Cicco M, Donati D, et al. Quality of life and length of survival in advanced cancer patients on home parenteral nutrition. Clin Nutr. 2002;21(4):281-8. <https://doi.org/10.1054/clnu.2002.0560>
- (4) Finucane TE, Christmas C, Travis K Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. JAMA. 1999;282(14):1365-70. <https://doi.org/10.1001/jama.282.14.1365>
- (5) American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. J Am Geriatr Soc. 2014;62(8):1590-3. <https://doi.org/10.1111/jgs.12924>
- (6) 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):1478-86. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq620>
- (7) Varkey B Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. Med Princ Pract. 2021;30(1):17-28. <https://doi.org/10.1159/000509119>
- (8) Dhaliwal JS, Talip T, Rajam DT, Dhaliwal SKS, Murang ZR, Ming LC, et al. A systematic review of interventional studies on oral care of palliative patients. Ann Palliat Med. 2022;11(9):2980-3000. <https://doi.org/10.21037/apm-22-215>
- (9) Kakei Y, Shimosato M, Soutome S, Funahara M, Shikama Y, Sakamoto Y, et al. Interventional Prospective Studies on Xerostomia in Patients Undergoing Palliative and End-of-Life Care: A Scoping Review. Cureus. 2024;16(6):e63002. <https://doi.org/10.7759/cureus.63002>