

# Toma de Decisiones Sobre la Alimentación Entérica Mediante Sonda Nasogástrica al Final de la Vida: Una Revisión del Alcance

Tomada de Decisão Sobre Alimentação Entérica por Sonda Nasogástrica em Fim de Vida: Uma Revisão do Escopo

Decision-Making Regarding Nasogastric Tube Feeding at the End of Life: a Scoping Review

## RESUMO

**Objetivo:** Mapear a evidência científica sobre as dificuldades dos profissionais de saúde na tomada de decisão sobre a alimentação entérica por sonda nasogástrica em doentes em fim de vida. **Método:** Scoping review conduzida segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute e PRISMA-ScR. Incluíram-se estudos primários sobre dificuldades na tomada de decisão em fim de vida, publicados entre 2020–2025, em inglês, espanhol e português. A pesquisa foi realizada nas bases PubMed, Web of Science e CINAHL, com descritores e operadores booleanos. **Resultados:** Foram incluídos seis estudos, identificando-se seis categorias de dificuldades: formação e conhecimento; dimensão ética; dimensão clínica; crenças; fatores familiares e contexto do cuidar. **Conclusão:** A tomada de decisão dos profissionais de saúde sobre a alimentação entérica por sonda nasogástrica em doentes em fim de vida é influenciada por fatores interligados, destacando-se a formação insuficiente e a ausência de diretrizes clínicas, reforçando a necessidade de formação contínua, protocolos baseados na evidência e comunicação eficaz.

**DESCRITORES:** Cuidados Paliativos; Fim de Vida; Nutrição Enteral; Tomada de Decisão; Enfermagem.

## ABSTRACT

**Objective:** To map the scientific evidence regarding the difficulties healthcare professionals face in making decisions about nasogastric tube feeding in end-of-life patients. **Method:** Scoping review conducted according to the Joanna Briggs Institute and PRISMA-ScR methodologies. Primary studies on decision-making difficulties at the end of life, published between 2020 and 2025 in English, Spanish, and Portuguese, were included. The search was conducted in the PubMed, Web of Science, and CINAHL databases, using descriptors and Boolean operators. **Results:** Six studies were included, identifying six categories of difficulties: training and knowledge; ethical dimension; clinical dimension; beliefs; family factors; and care context. **Conclusion:** Decision-making by healthcare professionals regarding enteral feeding via nasogastric tube in end-of-life patients is influenced by interrelated factors, notably insufficient training and the absence of clinical guidelines, reinforcing the need for continuing education, evidence-based protocols, and effective communication.

**DESCRIPTORS:** Palliative Care; End of Life; Enteral Nutrition; Decision Making; Nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** Recopilar la evidencia científica sobre las dificultades de los profesionales sanitarios a la hora de tomar decisiones sobre la alimentación entérica mediante sonda nasogástrica en pacientes en fase terminal. **Método:** Revisión exploratoria realizada según la metodología del Joanna Briggs Institute y PRISMA-ScR. Se incluyeron estudios primarios sobre las dificultades en la toma de decisiones al final de la vida, publicados entre 2020 y 2025, en inglés, español y portugués. La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed, Web of Science y CINAHL, utilizando descriptores y operadores booleanos. **Resultados:** Se incluyeron seis estudios, en los que se identificaron seis categorías de dificultades: formación y conocimientos; dimensión ética; dimensión clínica; creencias; factores familiares y contexto asistencial. **Conclusión:** La toma de decisiones de los es de la salud sobre la alimentación entérica por sonda nasogástrica en pacientes al final de la vida se ve influida por factores interrelacionados, entre los que destacan la formación insuficiente y la ausencia de directrices clínicas, lo que refuerza la necesidad de formación continua, protocolos basados en la evidencia y una comunicación eficaz.

**DESCRIPTORES:** Cuidados paliativos; Fin de la vida; Nutrición enteral; Toma de decisiones; Enfermería.

### Ariana Patrícia Costa Gomes

Máster en Enfermería de Personas en Situación Paliativa. Enfermera, ULSAM-Hospital de Santa Luzia, Portugal. Escuela Superior de Salud, Instituto Politécnico de Viana do Castelo. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-9371-7670>

### Bruno Miguel Gomes Pereira Feiteira

Doctor en Ciencias de la Enfermería. Profesor invitado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal – Escuela Superior de Salud. Es-

pecialista en Enfermería. Máster y especialista en cuidados paliativos.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3530-981X>

### Mara Rocha

Profesora Coordinadora, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escuela Superior de Salud, UICISA:E.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5705-8113>

**Received:** 03/30/2026

**Approved:** 04/27/2026

## INTRODUCCIÓN

La alimentación constituye un aspecto fundamental de la vida, ya que reviste un profundo significado emocional, cultural y simbólico tanto para el paciente como para la familia, y es una cuestión transversal en los cuidados prestados al final de la vida<sup>(1-3)</sup>. La progresión de una enfer-

medad incurable o grave, en fase avanzada, progresiva y terminal, se asocia con frecuencia a un deterioro del estado general, que se manifiesta mediante disfagia, anorexia, xerostomía, náuseas y vómitos<sup>(1,3-5)</sup>. Además del impacto en el bienestar del paciente, estos síntomas generan sufrimiento en los familiares y cuidadores, que tienden a asociar el acto de alimentar con el cuidado, el afecto y la preservación de la vida<sup>(3,5-6)</sup>. En este contexto, el uso de métodos de alimentación artificial, como la sonda nasogástrica (SNG), plantea cuestiones éticas, clínicas y emocionales complejas<sup>(5,7-8)</sup>. La administración de nutrición e hidratación artificiales (NHA) en la fase terminal sigue siendo controvertida, ya que no existe consenso sobre su clasificación como cuidado básico o tratamiento médico, lo que contribuye a las divergencias entre los participantes en el proceso de decisión<sup>(1-2,6)</sup>. Históricamente, la NHA se ha promovido como una intervención beneficiosa, asociada al mantenimiento del estado nutricional, la prevención de infecciones, la integridad cutánea y la mejora del pronóstico funcional, con la creencia subyacente de que puede prolongar la supervivencia<sup>(3)</sup>. Más allá de su utilidad clínica, estas intervenciones se interpretan a menudo como expresiones de cuidado y compasión<sup>(3,5-6)</sup>, y su suspensión se percibe con frecuencia, de forma errónea, como abandono o negligencia<sup>(2,5,7)</sup>. Esta percepción se ve agravada por situaciones de presión familiar, el temor a que el paciente se esté «muriendo de hambre» o «sufriendo de sed», y por la inseguridad que sienten los propios profesionales sanitarios<sup>(3,5)</sup>. La complejidad de esta decisión se refleja en los profesionales sanitarios (PS), que no siempre disponen de formación actualizada o de directrices clínicas claras, lo que contribuye a la incertidumbre clínica y a la vulnerabilidad emocional en el momento de la decisión<sup>(1,5)</sup>. Por lo tanto, resulta pertinente desarrollar una *revisión exploratoria* (ScR) con el objetivo de mapear la evidencia científica relativa a las dificultades que experimentan los PS en la toma de decisiones clínicas sobre la alimentación entérica por sonda nasogástrica (SNG) en pacientes en fase terminal.

En este estudio, la toma de decisiones clínicas se refiere al proceso mediante el cual los profesionales sanitarios integran la evidencia científica, la experiencia profesional y el contexto del paciente para definir la decisión más adecuada. Las dificultades corresponden a las barreras percibidas por los profesionales sanitarios que pueden limitar o complicar dicho proceso de toma de decisiones.

## MÉTODO

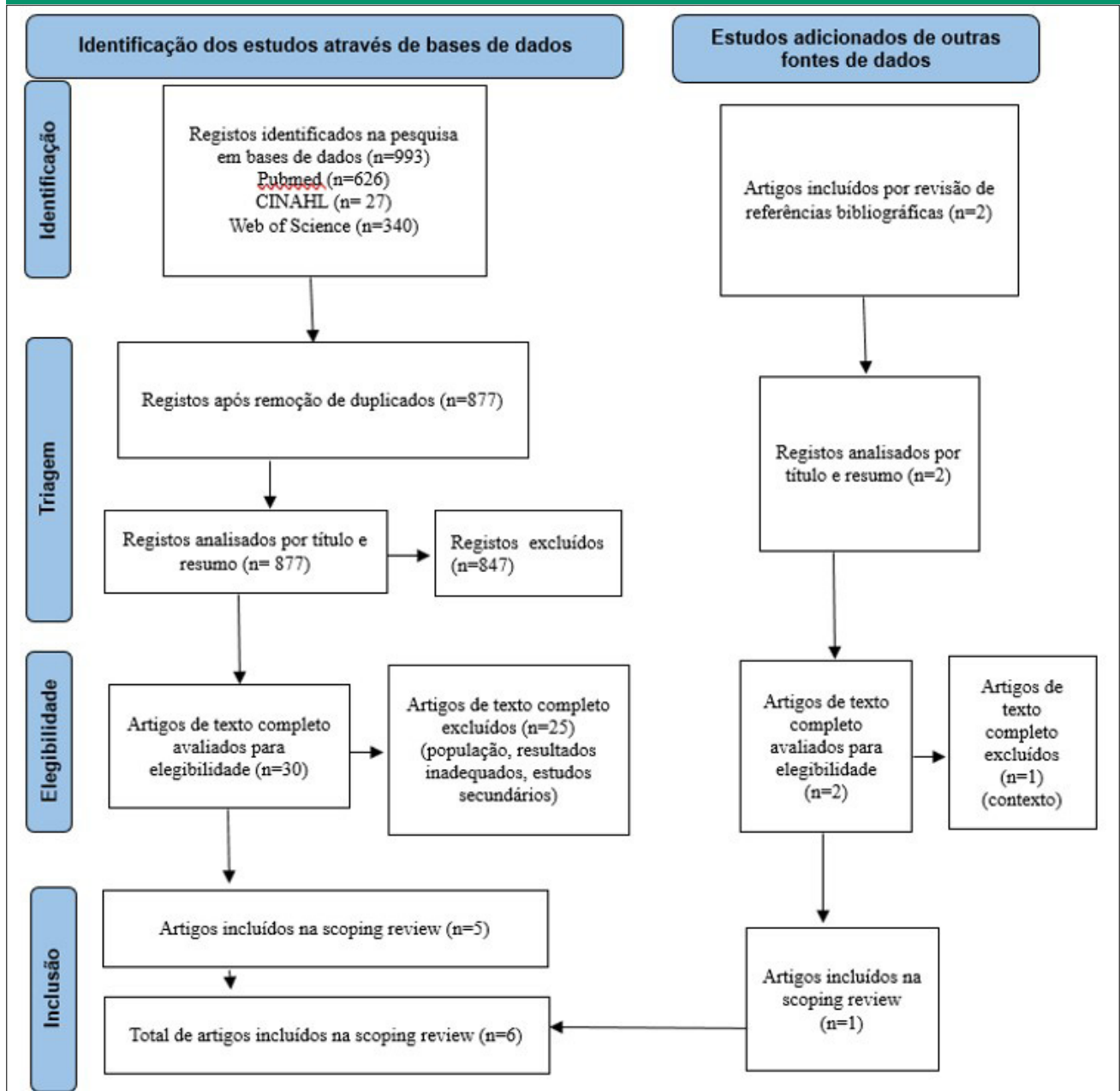
Esta revisión exploratoria se llevó a cabo de acuerdo con las orientaciones metodológicas del Joanna Briggs Institute (JBI) y las directrices de la extensión de los Elementos de información preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA-ScR)<sup>(9-10)</sup> para la descripción de protocolos de revisión. La pregunta de investigación definida fue: *¿Cuáles son las dificultades de los profesionales sanitarios a la hora de tomar decisiones sobre la alimentación entérica por sonda nasogástrica (SNG) en pacientes en fase terminal?* La selección de los estudios se basó en la estrategia PCC, incluyendo: (p) profesionales sanitarios definidos como médicos, enfermeros, nutricionistas y otros profesionales implicados en la toma de decisiones clínicas, así como estudiantes en contexto de formación clínica; (c) dificultades en la toma de decisiones sobre la alimentación entérica por sonda nasogástrica; y (cxt) pacientes adultos en fase terminal y/o en cuidados paliativos (CP), en diferentes contextos asistenciales. Se consideraron estudios primarios de naturaleza cualitativa, cuantitativa o mixta, publicados entre 2020 y 2025, disponibles en texto completo, de acceso libre, en los idiomas inglés, español y portugués. Se excluyeron artículos de revisión, editoriales, cartas al editor y estudios que no abordaran directamente la toma de decisiones sobre la alimentación entérica al final de la vida. La búsqueda se realizó el 12 de marzo de 2025 en las bases de datos PubMed, Web of Science y CINAHL Complete (a través de EBSCO), siguiendo la estrategia de tres etapas recomendada por el JBI<sup>(9)</sup>. La elección de bases de datos electrónicas

se debe a su amplia cobertura de la literatura científica internacional y a la garantía de acceso a estudios indexados y revisados por pares. Tras una búsqueda exploratoria inicial para identificar los descriptores MeSH y DeCS, se construyó la ecuación booleana: (Palliative care OR Terminal care OR End of life care) AND (Clinical decision-making OR Ethical issues) AND (Enteral nutrition OR Tube feeding). Se procedió además al análisis de las referencias de los estudios incluidos. Los resultados se gestionaron en EndNote Web, eliminando los duplicados. La selección se llevó a cabo en dos fases (título/resumen y texto completo), realizada por dos revisores independientes, con resolución de discrepancias por consenso o mediante un tercer revisor. Se registraron los motivos de exclusión. Para minimizar el riesgo de error en la extracción de datos, se utilizó un instrumento de extracción previamente definido y probado por los revisores, garantizando la coherencia y el rigor en la recopilación de la información relevante.

## RESULTADOS

La búsqueda en las tres bases de datos identificó 993 estudios, de los cuales 626 se encontraron en PubMed, 27 en CINAHL y 340 en Web of Science. Tras eliminar 116 duplicados, se evaluaron 877 artículos basándose en el título y el resumen. La aplicación de los criterios de inclusión permitió seleccionar 30 estudios para su lectura completa. El análisis de las referencias de estos artículos dio lugar a la inclusión de otros 2 estudios, lo que supuso un total de 32 artículos evaluados íntegramente. Se utilizó un instrumento de extracción de datos desarrollado por los autores, que incluía: autor, año, país, diseño del estudio, participantes, objetivos y principales resultados. Con la ayuda del instrumento de extracción de datos y tras la aplicación de los criterios de elegibilidad, se excluyeron 26 estudios. Así, la muestra final consistió en 6 estudios que cumplían todos los criterios de inclusión. El proceso completo de selección de los estudios se presenta en el diagrama de flujo PRISMA, en la Figura 1.

Figura 1 : proceso de selección de estudios basado en el diagrama de flujo PRISMA



Fuente: Elaborado por los autores, Portugal, 2025

Los seis estudios incluidos se publicaron entre 2020 y 2024: uno en 2020, dos en 2021, uno en 2022 y dos en 2024. En cuanto al diseño metodológico, tres estudios son cualitativos y tres cuantitativos. En cuanto a la distribución geográfica, los estudios se llevaron a cabo en

Italia, España, Sudáfrica, Israel, Turquía y los Países Bajos, lo que pone de manifiesto una heterogeneidad geográfica. Los contextos de realización incluyeron unidades hospitalarias, residencias para personas mayores (ERPI) y centros especializados en cuidados paliativos. En cuanto a la población estudiada, tres

estudios involucraron a enfermeros y estudiantes de enfermería, dos incluyeron a profesionales de la salud de diferentes categorías (enfermeros, médicos, e , nutricionistas y trabajadores sociales) y uno incluyó a logopedas. La Tabla 1 presenta las principales características de los estudios incluidos.

**Tabla 1 - Caracterización de los estudios incluidos en la ScR**

N.º	Título del estudio	Autor	Año	País	Diseño del estudio	Participantes
1	Un puente que cruzar: la alimentación por sonda y las barreras para la implementación de cuidados paliativos en pacientes con demencia avanzada	Matarasso-Greenfeld et al.	2022	Israel	Estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas	27 servicios de cuidados paliativos de 7 centros de cuidados de larga duración (13 enfermeros; 6 médicos; 5 nutricionistas; 3 trabajadores sociales)
2	Entre la elección, la necesidad y la comodidad: decidir sobre la alimentación por sonda en la fase aguda tras un ictus grave	Frey et al.	2020	Países Bajos	Estudio etnográfico cualitativo (observación participante y entrevistas)	16 Pacientes, personal sanitario y familiares en unidades de ictus
3	Mejora de la atención nutricional en las unidades de cuidados paliativos: evaluación de los conocimientos del personal de enfermería y la percepción de la calidad en las prácticas de nutrición enteral	Batu et al.	2024	Turquía	Estudio transversal, cuantitativo descriptivo	205 enfermeros de 25 unidades de cuidados paliativos
4	Alimentación por sonda en la demencia avanzada: perspectivas de logopedas sudafricanos	Pullen et al.	2024	Sudáfrica	Estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas	8 logopedas con experiencia/formación en pacientes con demencia
5	Opiniones y percepciones de enfermeras y estudiantes de enfermería sobre la nutrición enteral por sonda nasogástrica en cuidados paliativos	Sánchez-Sánchez et al.	2021	España	Estudio cuantitativo transversal	511 participantes (383 enfermeros y 128 estudiantes de enfermería)
6	Conocimientos y actitudes de los enfermeros de oncología y cuidados paliativos hacia la nutrición e hidratación artificiales para pacientes en el final de la vida en Italia	Albanesi et al.	2021	Italia	Estudio cuantitativo transversal	454 enfermeros (oncología y cuidados paliativos)

Fuente: Elaborado por los autores, Portugal, 2025

Los objetivos y los principales resultados de los estudios incluidos se sintetizaron de acuerdo con el objetivo de la ScR (Cuadro 1).

**Cuadro 1 - Síntesis de los objetivos y resultados de los estudios incluidos**

N.º	Objetivo	Resultados
1	Comprender los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la alimentación reconfortante y las motivaciones para la implementación de la nutrición estándar en la demencia avanzada	Conocimiento vago sobre la alimentación de confort y uso impreciso de los términos. Revelaron falta de formación y capacitación sobre la alimentación de confort. Lagunas en el conocimiento sobre las directrices; las creencias personales se confunden con el conocimiento científico; creen que la alimentación de confort prolonga la vida, sin base empírica. Familiares: temen que el paciente «muera de hambre» sin alimentación de confort, lo que influye en las decisiones de los profesionales sanitarios.
2	Comprender el proceso de toma de decisiones sobre la alimentación por SNG en 16 pacientes tras un ictus grave.	Se identificaron tres repertorios: elección (autonomía y DAV), necesidad (indicación médica y diagnóstico) y confort (reducción del sufrimiento del paciente). Los repertorios pueden coexistir, complementarse o entrar en conflicto; reflejan tensiones entre la ética médica, el pronóstico y las preferencias familiares. La «necesidad» refleja el paternalismo médico; la «elección» privilegia la autonomía del paciente; el «confort» intenta integrar la CP para evitar intervenciones innecesarias al final de la vida.
3	Determinar los niveles de conocimiento de los enfermeros que trabajan en UCP sobre las prácticas de nutrición enteral	Los niveles de conocimiento de los enfermeros sobre las prácticas de nutrición enteral se vieron significativamente influenciados por la formación en nutrición enteral y por la frecuencia de uso de la sonda nasogástrica (SNG) en sus unidades. La formación en cuidados paliativos, el tiempo de experiencia en cuidados paliativos y los años de experiencia profesional no tuvieron un efecto estadísticamente significativo en las puntuaciones de conocimiento.
4	Describir las prácticas de los logopedas en la alimentación por sonda nasogástrica en la demencia avanzada	Afirman desconocer las directrices existentes o consideran que su alcance es limitado; creencias personales, culturales y religiosas; presión familiar; falta de DAV; sobrecarga de los cuidadores; el contexto agudo favorece la colocación de la SNG; se valora la evaluación instrumental; percepción de la SNG como algo temporal; las ratios de personal inadecuadas influyen en las decisiones; consideran importante un enfoque multidisciplinar.
5	Describir las opiniones y percepciones de enfermeras y estudiantes de enfermería sobre la NE mediante el uso de la SNG en pacientes adultos en cuidados paliativos, analizando la influencia de la formación académica y la experiencia profesional	Entre los participantes (personal sanitario/estudiantes), el 57,7 % cree que la decisión debe ser compartida; el 31,1 % considera que es responsabilidad de los familiares/cuidadores, y pocos la atribuyen exclusivamente a los enfermeros (5,3 %) o al paciente (2,1 %). La nutrición (34,3 %), la esperanza de vida (21,5 %), el control de los síntomas (21,3 %) y la autonomía del paciente (19,5 %) fueron los criterios más mencionados para iniciar la SNG. El apoyo a la SNG disminuye a medida que se acerca la muerte: 90 % (>6 meses), 81,6 % (1–6 meses), 42,5 % (<1 mes). Más enfermeros que estudiantes apoyan la SNG en pacientes con <1 mes de vida; los enfermeros mostraron una mayor propensión a suspender la SNG en los últimos días de vida que los estudiantes. El 96,1 % defiende el respeto a la autonomía en la decisión de mantener o suspender la nutrición enteral. La experiencia profesional influye en las percepciones sobre iniciar o suspender la SNG
6	Describir los conocimientos y las actitudes de los enfermeros de oncología y de cuidados paliativos sobre la NHA al final de la vida.	Los autores identificaron lagunas de conocimiento y actitudes ambiguas entre el personal de enfermería, lo que afecta a la práctica clínica y a la toma de decisiones. La incertidumbre sobre el uso de la NHA y los factores emocionales y culturales influyen en las decisiones. Las lagunas de conocimiento y las actitudes ambiguas afectan a la práctica; persisten los conceptos erróneos sobre los efectos de la NHA en los síntomas, a pesar de un conocimiento razonable de los principios. El personal de enfermería reconoce ampliamente los riesgos (dolor, infección, sobrecarga), pero hay menos acuerdo sobre los beneficios emocionales, especialmente entre los profesionales de cuidados paliativos. La experiencia profesional y el contexto clínico influyeron en las actitudes y el nivel de acuerdo con la continuidad o la suspensión de la ANH al final de la vida.

Fuente: Elaborado por los autores, Portugal, 2025



Con el objetivo de sistematizar los resultados, las dificultades identificadas en la toma de decisiones relativas a la

alimentación por sonda nasogástrica en pacientes al final de la vida se agruparon en categorías temáticas (Cuadro 2).

seis estudios, destacando la formación insuficiente y la ausencia de directrices claras. Las «Creencias» y los «Factores familiares» se mencionaron en tres estudios cada uno, lo que pone de manifiesto la influencia de factores personales, culturales y familiares en el proceso de decisión. Las categorías restantes, como la Dimensión ética, la Dimensión clínica y el Contexto del cuidado, se identificaron en un menor número de estudios, oscilando entre uno y tres, e incluyendo aspectos como la autonomía del paciente, los criterios clínicos, la presión familiar y las limitaciones institucionales.

**Cuadro 2 : Dificultades de los profesionales sanitarios en la toma de decisiones**

Categoría temática	Dificultad	Estudios a los que se hace referencia	N.º de artículos en los que se hace referencia	FR (%)
Formación y conocimientos	Formación insuficiente	N1; N3; N4; N5; N6	5	83,3
	Falta de directrices/protocolos	N1; N4; N6	3	50
Dimensión ética	Autonomía del paciente	N2; N5; N6	3	50
	Dilema ético	N2; N4;	2	33,3
	Bienestar del paciente	N2; N6	2	33,3
	Ausencia de instrucciones anticipadas (IA)	N2; N4	2	33,3
Dimensión clínica	Depende del diagnóstico médico	N2; N4	2	33,3
	Indeterminación del tiempo de uso de la SNG	N4	1	16,6
	Esperanza de vida	N2; N5	2	33,3
Creencias	Creencias personales, culturales y religiosas de los pacientes y sus familiares	N1; N4; N6	3	50
Factores familiares	Presión ejercida por los familiares	N1; N2; N4	3	50
	Sobrecarga del cuidador	N4	1	16,6
Contexto del cuidado	Características del entorno clínico	N2; N4	2	33,3
	Ratios inadecuados de PS	N4	1	16,6
	Necesidad de un enfoque multidisciplinar	N4	1	16,6

Fuente: Elaborado por los autores, Portugal, 2025

Tras analizar los resultados relativos a las dificultades de los profesionales sanitarios a la hora de tomar decisiones sobre la alimentación por sonda nasogástrica en pacientes en fase terminal, surgieron seis cate-

gorías: Formación y conocimientos; Dimensión ética; Dimensión clínica; Creencias; Factores familiares; y Contexto asistencial. Se observa que la categoría identificada con mayor frecuencia fue «Formación y conocimientos», mencionada en cinco de los

## DISCUSIÓN

La presente revisión sistemática permitió identificar un amplio conjunto de dificultades a las que se enfrentan los profesionales sanitarios a la hora de tomar decisiones sobre la alimentación por sonda nasogástrica en pacientes en el final de la vida. Los resultados evidencian que esta decisión es compleja y multidimensional, y que está influenciada por factores formativos, clínicos, éticos, culturales, emocionales y organizativos<sup>(10-14,15)</sup>. Estos hallazgos corroboran la literatura, que describe la nutrición artificial al final de la vida como un ámbito marcado por la incertidumbre, la controversia y la variabilidad de las prácticas<sup>(1,7-8)</sup>.

La formación insuficiente del personal sanitario<sup>(11-15)</sup> se perfila como la principal dificultad a la hora de decidir la colocación de una sonda nasogástrica (SNG) en pacientes en fase terminal. Esta carencia compromete la capacidad de evaluar críticamente los posibles beneficios y riesgos de la alimentación e e por sonda nasogástrica, lo que favorece decisiones basadas principalmente en la experiencia individual o en prácticas institucionalizadas, no siempre alineadas con la evidencia científica disponible<sup>(11,13)</sup>. La ausencia de directrices clínicas claras y la controversia persistente en torno a la NHA contribuyen además a la inseguridad y la inconsistencia en la toma de decisiones<sup>(11-15)</sup>. A pesar de que la evidencia científica cuestiona los beneficios de la SNG en el contexto del final de la vida y

pone de manifiesto sus riesgos potenciales<sup>(5,16)</sup>, su uso sigue siendo frecuente, lo que sugiere un desfase entre el conocimiento científico y la práctica clínica. Estos resultados refuerzan la necesidad de invertir en formación específica y en el desarrollo de guías clínicas que respalden decisiones más coherentes y basadas en la evidencia<sup>(1,4,7,18)</sup>.

La **dimensión ética** constituye un eje central de la toma de decisiones, lo que refleja las dificultades de los profesionales sanitarios en relación con el respeto a la *autonomía del paciente*<sup>(11,15-16)</sup>, la promoción del *bienestar del paciente* y la *gestión de la incertidumbre* y la *ambigüedad*<sup>(11,16)</sup>, así como con la *existencia o no de una enfermedad terminal*<sup>(14,16)</sup>. Los PS se enfrentan a dilemas éticos que exigen una ponderación cuidadosa de los cuatro principios de la bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. El modelo de los «repertorios» de Frey et al.<sup>(16)</sup> ilustra esta complejidad, al poner de manifiesto la coexistencia de diferentes lógicas de decisión —la elección (valorización de la autonomía), la necesidad (enfoque paternalista) y el confort (enfoque en el alivio del sufrimiento)— que pueden complementarse o entrar en conflicto. La literatura refuerza estas dificultades, indicando que la ausencia de DAV claras y actualizadas acentúa la ambigüedad, lo que a menudo conduce a decisiones basadas en interpretaciones subjetivas o deseos presuntos. Incluso existen las DAV, pueden considerarse vagas o desactualizadas, lo que refuerza la necesidad de una planificación anticipada de los cuidados y de una comunicación continua entre el paciente, los familiares y el equipo sanitario<sup>(4,19)</sup>. Los hallazgos del estudio ScR concuerdan con la evidencia que cuestiona el beneficio real de la alimentación por SNG al final de la vida, dando prioridad a la toma de decisiones centrada en el confort y los deseos del paciente<sup>(5,8,17,20)</sup>.

El estado clínico del paciente, en particular su esperanza de vida, constituye uno de los aspectos que se tienen en cuenta con mayor frecuencia a la hora de decidir sobre el uso de la SNG<sup>(15-16)</sup> y la dependencia de

criterios médicos y evaluaciones instrumentales, ya que transmite a los profesionales sanitarios una mayor seguridad en la decisión<sup>(14,16)</sup>. En el estudio de Sánchez-Sánchez et al.<sup>(15)</sup>, el 90 % de los participantes apoyaban la alimentación enteral por sonda nasogástrica (SNG) cuando la esperanza de vida era superior a seis meses, mientras que el 57,5 % la desaconsejaban cuando era inferior a un mes, sobre todo entre el personal de enfermería con experiencia. Chauhan et al.<sup>(8)</sup> refuerzan estos datos, destacando que la mayoría de las indicaciones para la alimentación por SNG están relacionadas con la disfagia; sin embargo, a pesar de la lógica biomédica que sustenta estas decisiones, no siempre se tienen en cuenta el pronóstico funcional y la evolución de la enfermedad<sup>(7,20)</sup>. En un estudio, se mencionó como dificultad la indefinición del tiempo de uso de la SNG, ya que esta se percibe a menudo como una intervención temporal, especialmente en contextos hospitalarios agudos; sin embargo, esta percepción no suele ir acompañada de planes claros de reevaluación ni de objetivos terapéuticos bien definidos, lo que puede llevar al mantenimiento prolongado de la SNG incluso cuando ya no existen beneficios clínicos<sup>(14)</sup>. La literatura demuestra que la ausencia de protocolos institucionales para la suspensión o revisión de la NHA contribuye a su banalización<sup>(18)</sup>.

En la mitad de los estudios incluidos en esta revisión sistemática<sup>(11,13-14)</sup>, las creencias personales, culturales y religiosas de los profesionales sanitarios y de las familias se identificaron como factores que influyen significativamente en la decisión clínica. En algunos casos, los profesionales sanitarios basan su intervención en convicciones personales, a menudo asociadas a una falta de conocimientos clínicos. En el estudio de Matarasso-Greenfeld et al.<sup>(13)</sup>, por ejemplo, algunos participantes creían que el uso de la SNG podría prolongar la vida, a pesar de reconocer que esa percepción no está respaldada por la evidencia científica. Paralelamente, las familias tienden a asociar la alimentación con la supervivencia y expresan el temor de que el paciente «muera de hambre», lo que puede impulsar el uso

de la NHA incluso en ausencia de indicación clínica<sup>(13-14)</sup>. La literatura destaca que la fuerte carga simbólica y emocional asociada a la alimentación al final de la vida, unida a la limitada alfabetización en salud sobre el proceso de la muerte, puede contribuir a que las decisiones se guíen más por valores culturales y emocionales que por criterios clínicos<sup>(2-3,5-6,17)</sup>. En este contexto, la creencia cultural de que «alimentar es cuidar» sigue profundamente arraigada, lo que genera presión para mantener la SNG incluso en pacientes con pronóstico irreversible<sup>(8,20)</sup>.

La presión ejercida por los familiares, mencionada en la mitad de los estudios incluidos<sup>(13-14,16)</sup>, constituye una dificultad para los profesionales sanitarios, sobre todo cuando se asocia a la sobrecarga de los cuidadores<sup>(14)</sup>. En el estudio de Sánchez-Sánchez et al.<sup>(15)</sup>, el 57,7 % de los enfermeros y estudiantes de enfermería defienden que la decisión sobre el uso de la SNG debe ser compartida entre el paciente, la familia y el equipo sanitario. Sin embargo, una proporción significativa (31,1 %) atribuye esa responsabilidad exclusivamente a la familia o a los cuidadores de I, mientras que solo una minoría (2,1 %) la atribuye directamente al paciente. Estos datos ponen de manifiesto el papel central que a menudo se atribuye a la familia en la toma de decisiones, pero también la falta de claridad en cuanto a la distribución de responsabilidades, lo que puede dar lugar a sentimientos de culpa, exclusión y conflictos con el equipo sanitario<sup>(4)</sup>. La literatura describe la alimentación como un gesto de cuidado y esperanza<sup>(3,5-6)</sup>, por lo que su suspensión puede ser interpretada por las familias como un abandono<sup>(2,3)</sup>. En estos contextos, la alimentación por sonda nasogástrica (SNG) puede representar para los familiares una forma concreta de actuación, simbolizando la continuidad del cuidado y evitando sentimientos de culpa y abandono<sup>(7)</sup>.

Por último, el contexto asistencial condiciona la toma de decisiones. El entorno clínico, incluyendo el tipo de unidad y la disponibilidad de recursos, afecta directamente a la práctica de la alimentación por

sonda nasogástrica (SNG) y a la toma de decisiones de los profesionales sanitarios <sup>(14,16)</sup>. En determinados contextos, como las unidades de ictus o los servicios hospitalarios, existe una mayor tendencia a iniciar la SNG como intervención temporal, independientemente del pronóstico <sup>(16)</sup>. La sobrecarga del personal sanitario, asociada a ratios inadecuadas, favorece prácticas orientadas a la operatividad en detrimento de la individualización de la atención <sup>(14)</sup>. La realidad japonesa presentada por Aoki et al. <sup>(21)</sup> ilustra este patrón institucional: la SNG se utiliza ampliamente en pacientes terminales, en contraste con países donde se privilegia el confort. Este dato pone de manifiesto que la prevalencia de la SNG es mayor en instituciones donde predomina el modelo biomédico de prestación de cuidados y donde no se integra la filosofía de los cuidados paliativos, lo que alerta sobre la importancia de promover culturas organizativas centradas en el confort, la autonomía y la dignidad al final de la vida. En un estudio se destacó la ausencia de enfoques interdisciplinarios, lo que compromete la toma de decisiones compartida y la articulación entre diferentes visiones clínicas y éticas <sup>(14)</sup>. Así, en lugar de una reflexión colectiva sobre la proporcionalidad y los objetivos de la atención, las decisiones acaban tomándose de forma fragmentada, a menudo centradas en la autoridad médica o en la presión familiar, sin la plena participación del equipo <sup>(14)</sup>. Además de los factores organizativos ya mencionados, la literatura señala también que la decisión de mantener o suspender la NHA por SNG puede verse influida por **cuestiones** como el **coste de la intervención**, la **disponibilidad de personal**, el **temor a litigios** o incluso el **miedo a repercusiones públicas** negativas <sup>(7)</sup>. Estos datos ponen de manifiesto que, en muchos contextos, la decisión no es exclusivamente clínica, sino también contextual y organizativa.

Los resultados de esta revisión sistemática ponen de manifiesto la necesidad de promover un enfoque más estructurado e integrado en la toma de decisiones al final de la vida, sustentado en la formación de los profesionales sanitarios, en la eviden-

cia científica, en el desarrollo de directrices clínicas claras y en una comunicación eficaz. La integración de la filosofía de los cuidados paliativos y de los enfoques interdisciplinarios podría contribuir a decisiones más coherentes, centradas en los valores del paciente y orientadas a la proporcionalidad terapéutica al final de la vida. Para la práctica de la enfermería, estos resultados ponen de manifiesto la importancia de desarrollar competencias en la comunicación al final de la vida, en la toma de decisiones compartida y en la evaluación de la proporcionalidad de las intervenciones nutricionales en el contexto de los cuidados paliativos. En este sentido, el personal de enfermería asume un papel privilegiado en la identificación de las necesidades del paciente y de la familia, así como en la mediación del proceso de decisión entre el paciente, la familia y el equipo sanitario, contribuyendo a que las decisiones sean informadas, éticamente fundamentadas y centradas en los valores y el bienestar del paciente.

A pesar de la consistencia de los resultados, esta revisión sistemática presenta algunas limitaciones, en particular el reducido número de estudios, la inclusión exclusiva de estudios publicados en portugués, inglés y español, y la exclusión de artículos sin acceso al texto completo, lo que puede haber limitado el alcance del mapeo. Además, las diferencias culturales, organizativas y legislativas entre los países analizados pueden restringir la generalización de los resultados. Aun así, los hallazgos de esta revisión sistemática son consistentes con la literatura existente, que describe dificultades similares en la toma de decisiones sobre la nutrición artificial al final de la vida, particularmente en lo que se refiere a la formación insuficiente de los profesionales sanitarios <sup>(1,4,7,18)</sup>, a la influencia de los factores familiares <sup>(2-3,7)</sup> y a las tensiones éticas asociadas al proceso de decisión <sup>(5,8,17,20)</sup>. Estos resultados refuerzan la necesidad de profundizar en la investigación y desarrollar estrategias que apoyen a los PS en la toma de decisiones en el contexto del final de la vida.

## CONCLUSIÓN

El presente estudio de revisión sistemática ha permitido identificar las principales dificultades a las que se enfrentan los profesionales sanitarios a la hora de tomar decisiones sobre la alimentación por sonda nasogástrica en pacientes en fase terminal. Los resultados indican que esta decisión se ve influida por múltiples factores interrelacionados, como factores clínicos, éticos, personales, culturales e institucionales, que a menudo generan tensiones y ambivalencias. Destacan como principales retos la formación insuficiente de los profesionales sanitarios y la ausencia de directrices clínicas específicas. A estos se suman retos de orden ético, como el respeto por la autonomía del paciente y la inexistencia de un testamento vital; de naturaleza clínica, como la incertidumbre respecto a la esperanza de vida y la necesidad de criterios médicos y evaluaciones instrumentales; y socioculturales, en particular la influencia de las creencias personales y culturales de los profesionales sanitarios y la presión de los familiares. El contexto asistencial, caracterizado por entornos clínicos de cuidados agudos, la escasez de recursos humanos y la ausencia de equipos interdisciplinarios, también contribuye a que se dé prioridad a la SNG en detrimento de la alimentación de confort. La mejora de la práctica clínica exige inversión en formación continua, el desarrollo de protocolos clínicos basados en la evidencia, la promoción de una comunicación eficaz con los pacientes y sus familiares, y el fortalecimiento de enfoques interdisciplinarios centrados en la dignidad y el confort al final de la vida. Las instituciones educativas y sanitarias deben integrar estas dimensiones en los planes de formación y en la práctica clínica, garantizando decisiones más informadas, éticas y centradas en el paciente. Contribuir a que las decisiones al final de la vida sean más informadas y proporcionadas constituye un imperativo ético y clínico, esencial para la calidad de los cuidados prestados.

## Referencias

1. Botejara AC, Neto IG. Hidratação e nutrição em fim de vida. In: Barbosa A, Pina PR, Tavares F, Neto IG, editors. Manual de cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2016. p. 331-344.
2. Esquível S, Sampaio JF, Silva CT. Alimentar a vida ou sustentar a morte? Uma reflexão em equipa partindo de um caso clínico. *Rev Port Med Geral Fam.* 2014;30(1):45-49. Disponível em: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v30i1.11243>.
3. Van der Riet P, Good P, Higgins I, Sneesby L. Palliative care professionals' perceptions of nutrition and hydration at the end of life. *Int J Palliat Nurs.* 2008;14(3):145-151. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2008.14.3.28895>.
4. Anantapong K, Davies N, Chan J, McInerney D, Sampson EL. Mapping and understanding the decision-making process for providing nutrition and hydration to people living with dementia: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2020;20(1):520. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01931-y>.
5. Alves PV, Oliveira CS, Basto ML. Alimentação em fim de vida: qual o caminho? *Onco.News.* 2021;14(43):16-24. Disponível em: <https://doi.org/10.31877/on.2021.43.02>.
6. Pinho-Reis C, Sarmiento A, Capelas ML. Nutrição e hidratação no fim da vida: questões éticas. *Acta Port Nutr.* 2018;(15):36-40. Disponível em: <https://doi.org/10.21011/apn.2018.1507>.
7. Carter AN. To what extent does clinically assisted nutrition and hydration have a role in the care of dying people? *J Palliat Care.* 2020;35(4):209-216. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0825859720907426>.
8. Chauhan D, Varma S, Dani M, Fertleman MB, Koizia LJ. Nasogastric tube feeding in older patients: a review of current practice and challenges faced. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2021;2021:6650675. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2021/6650675>.
9. Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. *JBI manual for evidence synthesis.* Adelaide: JBI; 2024. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>.
10. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-473. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>.
11. Albanesi B, Piredda M, Marchetti A, Mastroianni C, Magnani C, Artico M, et al. Oncology and palliative care nurses' knowledge and attitudes toward artificial nutrition and hydration for patients at end of life in Italy: a cross-sectional survey. *Cancer Nurs.* 2021;44(2):E99-E107. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000803>.
12. Batu Z, Bülbül Maraş G, Turan K. Enhancing nutritional care in palliative care units: assessing nurse knowledge and quality perception in enteral nutrition practices. *BMC Nurs.* 2024;23(1):949. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02580-x>.
13. Matarasso-Greenfeld S, Gil E, Agmon M. A bridge to cross: tube feeding and the barriers to implementation of palliative care for the advanced dementia patient. *J Clin Nurs.* 2022;31(13-14):1826-1834. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15437>.
14. Pullen D, Pillay BS, Krüger E. Tube feeding in advanced dementia: insights from South African speech-language therapists. *S Afr J Commun Disord.* 2024;71(1):e1-e11. Disponível em: <https://doi.org/10.4102/sajcd.v71i1.970>.
15. Sánchez-Sánchez E, Ramírez-Vargas G, Peinado-Canas A, Martín-Estrada F, Díaz-Jimenez J, Ordóñez FJ. Nurse and nursing students' opinions and perceptions of enteral nutrition by nasogastric tube in palliative care. *Nutrients.* 2021;13(2):402. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu13020402>.
16. Frey I, De Boer ME, Dronkert L, Pols AJ, Visser MC, Herthogh C, et al. Between choice, necessity, and comfort: deciding on tube feeding in the acute phase after a severe stroke. *Qual Health Res.* 2020;30(7):1114-1124. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049732320911370>.
17. Pessoa A, Almeida P, Marinho R, Duque S, Amaral TF, Pinho J, et al. Alimentação na demência avançada: documento de consenso da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica. *Medicina Interna.* 2020;27(1):80-88. Disponível em: <https://doi.org/10.24950/Guidelines/Consensus/1/2020>.
18. Anantapong K, Bruun A, Walford A, Smith CH, Manthorpe J, Sampson EL, et al. Co-design development of a decision guide on eating and drinking for people with severe dementia during acute hospital admissions. *Health Expect.* 2023;26(2):613-629. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.13672>.
19. Sakamoto Y, Mitsuhashi T, Hotta K. Factors associated with differences in physicians' attitudes toward percutaneous endoscopic gastrostomy feeding in older adults receiving end-of-life care in Japan: a cross-sectional study. *Palliat Med Rep.* 2024;5(1):206-214. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/pmr.2023.0088>.
20. Davies N, Barrado-Martín Y, Vickerstaff V, Rait G, Fukui A, Candy B, et al. Enteral tube feeding for people with severe dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;8(8):CD013503. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013503.pub2>.
21. Aoki T, Narita Y, Mishima K, Matsutani M. Current status of palliative and terminal care for patients with primary malignant brain tumors in Japan. *Neurol Med Chir (Tokyo).* 2020;60(12):600-611. Disponível em: <https://doi.org/10.2176/nmc.2020-0243>.