

# 6 Hidratación

## Pregunta

- ¿En pacientes en sus últimos días de vida, la hidratación artificial es efectiva para mejorar los síntomas y el confort general?

## Recomendaciones

1. Con carácter general no se recomienda la hidratación artificial en la situación de últimos días. Excepcionalmente podría considerarse si [Débil en contra, adaptada]:
  - Existe mal control de síntomas que pueden estar relacionados con la deshidratación (por ej. delirium) y han fracasado otras medidas de control.
  - La reducción de la ingesta oral produce malestar o inquietud emocional en el paciente y su familia a pesar de un adecuado proceso de comunicación con el equipo de atención.
2. Si el paciente no está en condiciones de decidir, al considerar la hidratación artificial en un paciente en situación de últimos días, es necesario revisar en su historia clínica si el paciente ha expresado previamente en un documento de instrucciones previas o en un proceso de planificación anticipada y compartida de la asistencia, sus preferencias sobre la hidratación artificial [BPC, adaptada].
3. Si se indica hidratación artificial [BPC, adaptada]:
  - Se recomienda abordar las inquietudes de paciente y familia e informar sobre la evidencia de los beneficios y riesgos de la hidratación artificial en situación de últimos días.
  - Considerarla como una prueba limitada en el tiempo (acordada previamente con paciente/familia).
  - Se aconseja no usar cantidades de volumen mayores de 1 litro al día.
  - Se recomienda no utilizar la vía enteral. La vía preferente será la subcutánea en caso de atención domiciliaria o de no disponer vía intravenosa ya canalizada.
4. Una vez instaurada la hidratación artificial [BPC, adaptada]:
  - Monitorizar aproximadamente cada 24 horas los cambios en los síntomas o signos de deshidratación y cualquier evidencia de beneficio o daño.
  - Continuar con la hidratación si se percibe un beneficio por paciente y familia.
  - Reducir o detener la hidratación si hay signos de posible daño como sobrecarga de líquidos o incremento de secreciones respiratorias, o si el paciente o sus allegados solicitan la retirada.
5. Para las personas que ya tienen instaurada la hidratación artificial (enteral o parenteral) antes de los últimos días de vida [BPC, adoptada]:
  - Revisar los riesgos y beneficios de continuar con la hidratación artificial en situación de últimos días con el paciente y sus allegados.
  - Considerar si continuar, reducir o detener la hidratación artificial a medida que la persona se acerca a la muerte.

## Consideraciones clínicas relevantes

- Al considerar el volumen diario en la hidratación artificial, es relevante tener en cuenta los volúmenes de líquidos administrados al diluir otras medicaciones administradas (por ejemplo, en infusores con medicación para el control de síntomas).
- Se apoyará al paciente para que beba si lo desea mientras pueda hacerlo. Es necesario comprobar previamente si hay dificultades, como problemas para tragar o riesgo de aspiración. Se discutirán los riesgos y beneficios de continuar bebiendo, con el paciente y su familia y/o allegados.
- Es relevante animar, aconsejar y apoyar a los cuidadores para realizar el cuidado de la boca y ofrecer bebidas de forma segura.
- Será necesario realizar periódicamente cuidados de la boca, tanto de limpieza como de la boca seca, vigilar causas tratables de disfagia y aplicar medidas que reduzcan el riesgo de aspiración (ver anexo 2).

## Justificación

Estas recomendaciones se han formulado para intentar favorecer un adecuado manejo clínico de la hidratación en los últimos días de vida basado en la evidencia de los riesgos y beneficios y respetando los valores y deseos del paciente y su familia.

## Justificación detallada

Balance beneficio-riesgo: la evidencia científica no señala beneficios claros de la HA y podría estar asociada a la aparición de eventos adversos, por lo tanto, el GEG ha considerado que el balance beneficio-riesgo es globalmente desfavorable a la provisión de HA en los últimos días. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la evidencia disponible es insuficiente y puede haber un beneficio percibido por el paciente y su familia. Además, existen circunstancias en las que en la práctica clínica podría obtenerse beneficios con la HA, como en casos de delirium o cuando el paciente presente sed que no mejora con otras medidas. En todo caso la decisión tendrá que ser valorada individualmente sopesando con el paciente y su familia los beneficios frente a la posible aparición de complicaciones o malestar.

Valoración por parte de los pacientes de las variables de resultado: la evidencia señala que la pérdida de la capacidad de usar la vía oral en la SUD tiene un importante impacto psicológico y emocional. La HA tiene un importante valor simbólico, y en diferentes culturas se percibe como un símbolo de cuidado.

## De la evidencia a la recomendación

a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseables esperados?

- **Juicio:** *pequeña*.
- **Evidencia procedente de la investigación:** se ha considerado la evidencia incluida en la GPC del NICE (22), que a su vez se basó en una revisión Cochrane (100). En la actualización se añadió un estudio nuevo. La evidencia disponible no es suficiente para extraer conclusiones definitivas, aunque sugiere que no hay mejoras importantes en el bienestar o en el control de síntomas en los grupos que reciben HA frente a los que no.
  - *Hidratación artificial versus placebo:* en los dos ensayos clínicos aleatorizados

(ECA) (n=129 y 51) (102, 103) que compararon 1000 ml día de suero fisiológico o glucosalino subcutáneos frente a 100 ml subcutáneos (grupo placebo) en pacientes con cáncer que no presentaban deshidratación grave no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables calidad de vida, bienestar, tiempo de supervivencia o efecto en el control de síntomas (ansiedad, disnea, dolor, náuseas, sedación, somnolencia o delirium). La calidad de la evidencia fue moderada a muy baja (22).

- *Hidratación artificial versus cuidados habituales*: el ECA que comparó 1000 ml al día de glucosa con 140 mEq ClNa frente a hidratación oral (104) no encontró diferencias en la supervivencia. La hidratación no incrementó el riesgo de eventos adversos. La calidad de la evidencia fue de muy baja a moderada (22).

Un ensayo aleatorizado no controlado (n=26) (105) que comparó la HA con hialuronidasa frente a los cuidados habituales no encontraron beneficios clínicos informados por los pacientes en el bienestar o el control de síntomas (ansiedad, disnea, dolor, náuseas, sedación o somnolencia). La calidad de la evidencia fue de baja a muy baja (22).

Otro ensayo aleatorizado no controlado (n=226) (106) encontró que la HA no aportó beneficios clínicos en la prevención del delirium, estado de hidratación o resultados en pruebas de laboratorio, frente a la hidratación oral. No se encontró un aumento del riesgo de edema, ascitis o derrame pleural. La calidad de la evidencia fue muy baja (22).

El nuevo estudio localizado (Davies 2018) (n=200) (107) no encontró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la escala *Richmond Agitation Sedation Scale* modificada (delirium) ni en la probabilidad de presentar estertores, disnea, náuseas y vómitos, o dolor. El 38.5 % abandonaron la intervención debido a la aparición de eventos adversos, aunque ninguno de ellos se calificó como grave o moderado. Los más frecuentes fueron: edema localizado, edema generalizado y secreciones respiratorias. La calidad de la evidencia fue baja-muy baja.

b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos indeseables esperados?

- **Juicio:** *variable*.
- **Evidencia procedente de la investigación:** algunos estudios analizados informaron de reacciones locales adversas (edema localizado en el sitio de punción o dolor) (104, 107). Un estudio informó de síntomas relacionados con la sobrecarga de líquidos (derrame pleural, edema periférico y ascitis) significativamente más altos en el grupo que recibió HA (106).
- **Información adicional:** desde el punto de vista del GEG también es importante considerar que la sobrehidratación iatrogénica puede provocar malestar y síntomas como dolor o disnea por retención de líquidos. Sin embargo, los eventos adversos o complicaciones son poco frecuentes con cantidades que no superen el litro al día.

c) ¿Cuál es la certeza global en la evidencia sobre los efectos?

- **Juicio:** *baja/muy baja*.
- **Evidencia procedente de la investigación:** la calidad global de la evidencia es baja. Aunque para algunas de las variables consideradas la evidencia es moderada y proviene de ECA, los pocos estudios disponibles y la variabilidad en los diseños y variables consideradas dificulta la obtención de conclusiones definitivas y afecta a la certeza global en la evidencia. Además, cabe considerar que la mayoría de los estudios

se han realizado en pacientes oncológicos con deshidratación leve o moderada (algunos de los estudios excluyen pacientes con deshidratación grave).

d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo los pacientes valoran los desenlaces principales?

- **Juicio:** *la incertidumbre o la variabilidad probablemente no sean importantes.*
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha realizado una revisión sistemática, pero se han considerado dos revisiones sistemáticas que señalan que la pérdida de la capacidad de hidratación oral en la SUD tiene un importante impacto emocional y la HA tiene un importante valor simbólico, y en diferentes culturas se percibe como un símbolo de cuidado (99, 108).
- **Información adicional:** se han considerado como variables críticas la calidad de vida (bienestar, confort), la mejora en el control de síntomas y los eventos adversos relacionados con los procedimientos o con el balance de líquidos positivo; y como importantes: síntomas relacionados con la deshidratación (fatiga, delirium, sedación, mioclono o sed), estado de hidratación, y evaluación subjetiva de cuidadores en la calidad de los cuidados recibidos.

Desde el punto de vista del GEG la variabilidad en como los pacientes valoran los desenlaces probablemente no sea importante, teniendo en cuenta la evidencia y su experiencia en la práctica clínica.

e) El balance entre los efectos deseables e indeseables esperados, ¿favorece a la intervención o a la comparación?

- **Juicio:** *variable.*
- **Evidencia procedente de la investigación:** teniendo en cuenta que la evidencia clínica no señala beneficios claros y que podrían aparecer eventos adversos, el balance podría ser considerado globalmente desfavorable a la provisión de HA en los últimos días. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la evidencia disponible es insuficiente y puede haber un beneficio percibido por el paciente y su familia.
- **Información adicional:** el GEG señala que existen circunstancias en las que en la práctica clínica podría obtenerse beneficios con la HA, como en casos de delirium o cuando el paciente presente sed que no mejora con otras medidas. En todo caso la decisión tendrá que ser valorada individualmente sopesando con el paciente y su familia los beneficios frente a la posible aparición de complicaciones o malestar en el paciente.

f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?

- **Juicio:** *costes y reducción de costes insignificante.*
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha localizado ningún estudio que describa de forma explícita el uso de recursos (costes) o estudios de evaluación económica.
- **Información adicional:** el GEG ha revisado los costes calculados para Reino Unido en la GPC del NICE. Aunque no ha considerado relevante calcular los costes para el SNS, se considera que el uso de recursos y costes para la hidratación artificial son mínimos. El uso de medios humanos en la SUD es similar esté con o sin hidratación artificial.

g) ¿Cuál es la certeza en torno a la evidencia de los recursos requeridos?

- **Juicio:** *no hay estudios incluidos.*
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha localizado ningún estudio que describa de forma explícita el uso de recursos (costes) o estudios de evaluación económica.

h) La relación coste-efectividad, ¿favorece a la intervención o a la comparación?

- **Juicio:** *probablemente favorece a la intervención.*
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha localizado ningún estudio de evaluación económica.
- **Información adicional:** se podría considerar que la relación coste efectividad favorece a la intervención, al ser los costes tan pequeños.

i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?

- **Juicio:** *aumenta.*
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica específica.
- **Información adicional:** el GEG ha considerado que las recomendaciones podrían aumentar la equidad en salud, mejorando la toma de decisiones sobre hidratación y su adecuación terapéutica. Desde su punto de vista la equidad podría depender de factores como la formación en CP del equipo asistencial, que identifique la SUD y aplique las recomendaciones basadas en la evidencia científica.

j) ¿Es aceptable la opción para los agentes implicados?

- **Juicio:** *variable.*
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha realizado una revisión sistemática, pero algunas revisiones sistemáticas previas (por ejemplo, (99, 108)), señalan que existen diferentes perspectivas, actitudes y factores emocionales que pueden influir en la percepción de la necesidad de la hidratación clínicamente asistida por parte de los pacientes y sus allegados. La evidencia también muestra que entre los profesionales también existen diferentes opiniones con respecto a la hidratación clínicamente asistida y su papel en los cuidados al final de la vida (99).

Por todo ello, el desarrollo del plan de cuidados y el manejo clínico de la hidratación ha de ser individualizado y considerar aspectos sociales y culturales, que puedan estar afectando al mismo.

- **Información adicional:** se debe informar al paciente y/o la familia de que la HA es una actuación médica que a menudo no está indicada cuando el paciente se está muriendo y no mejorará su estado (salvo en algunos casos puntuales). Además, la sobrehidratación iatrogénica puede provocar malestar y síntomas como el dolor o disnea por la retención de líquidos. El proceso comunicativo debería comenzar antes del inicio de la SUD, reflejando en la planificación de cuidados los valores y deseos del paciente sobre la HA.

Además, es importante atender a las inquietudes de los pacientes y la familia con respecto a la hidratación. En algunos casos la nutrición y la hidratación tienen un valor simbólico-cultural que se extiende más allá de los límites de la atención médica, por lo que es importante considerar su punto de vista siempre que no entre en conflicto con lo que pueda estar indicado o con los deseos expresados previamente por el paciente.

Sin embargo, también es importante considerar que cuando el paciente fallece en el domicilio, la administración de la hidratación artificial (generalmente por vía subcutánea) puede suponer una sobrecarga más en el aprendizaje para sus cuidadores, lo que deberá ser tenido en cuenta al valorar su prescripción.

k) ¿Es factible la implementación de la opción?

- **Juicio:** *sí.*
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica específica.
- **Información adicional:** desde el punto de vista del GEG, las recomendaciones realizadas podrían ser implementadas en cualquier ámbito y situación en la que se encuentre un paciente en SUD. No se han identificado en el análisis realizado, factores que pudiesen actuar como barreras, más allá de los factores previamente mencionados relacionados con la aceptabilidad.

l) Otras consideraciones

La HA en la SUD ha generado un intenso debate desde la perspectiva ética, con argumentos en contra y a favor sobre su uso. Las principales discusiones se han centrado en su efecto en la supervivencia, en la conservación de las funciones superiores y en su significado simbólico-religioso (101). Estas cuestiones afectan a importantes principios morales en el final de la vida: respeto por la vida, la muerte, la dignidad, la autonomía y la obligación de proporcionar unos cuidados médicos proporcionados.

El GEG considera que ninguno de los argumentos cuenta con evidencia científica definitiva, por lo que existe consenso en que la decisión de usar HA en SUD debe individualizarse, discutirse en el equipo multidisciplinar y basarse en la promoción del confort del paciente, más que en conseguir una hidratación óptima. En muchos pacientes podríalograrse un confort aceptable con los cuidados de boca seca ya que, en SUD, es frecuente tener la boca seca pero no sed.

El abordaje de la cuestión debe tener la PCA como elemento fundamental. Este proceso, iniciado con tiempo suficiente permite conocer los valores y preferencias de la persona con respecto a la HA. Los profesionales podrán explicar los pros y contras de la misma, los objetivos de la atención y contextualizar el papel de la hidratación en los últimos días.