

## 12. HIDRATACIÓN

Dra. MARÍA DE LOS ANGELES PRUVOST

Más allá de la discusión desde la Bioética acerca de hidratar o no a los pacientes con enfermedad avanzada, que no es motivo de este capítulo, en los últimos años hemos aprendido mucho acerca de los beneficios de este tipo de terapéutica, en esta población. Si bien en los inicios de nuestro trabajo, imbuidos de los conceptos del movimiento Hospice, no hidratábamos a nuestros pacientes en estadios terminales, la experiencia clínica nos ha enseñado que al hacerlo son mayores los beneficios obtenidos en el control de síntomas y en el confort.

Las causas de disminución del ingreso por vía oral son diversas: cánceres de cabeza y cuello, de esófago que provocan disfagia, cánceres de cavidad bucal con odinofagia, náusea y vómito, obstrucción intestinal, síndrome caquexia, anorexia, etc. La mayoría de estos pacientes presenta deshidratación subclínica con confusión que a veces solo es detectada cuando se agrega el consumo de un opioide para tratamiento del dolor. Por lo tanto, la administración de líquidos debe ser cuidadosamente controlada en el contexto de cada enfermo en particular. Como toda acción en cuidados paliativos, y en medicina en general, se debe evaluar constantemente y prestar atención a los detalles. Esto nos dará una correcta apreciación acerca de la cantidad requerida de líquido y la vía de administración en cada caso.

Antes de una adecuada intervención, la evaluación del estado de hidratación comprende los siguientes elementos:

- + Evaluación de los ingresos.
- + Evaluación de los egresos.
- + Examen físico.
- + Presencia de síntomas.
- + Hallazgos de laboratorio.

Se deberán buscar sistemáticamente mucosas secas, pérdida de turgor y elasticidad de la piel, hipotensión postural, taquicardia, oliguria, sed, fallo cognitivo, mioclonus, fiebre, constipación, aumento del hematocrito y/o proteínas plasmáticas, urea, creatinina, sodio, etc.

Aunque muchos prefieren la hidratación intravenosa, pensamos que no es la vía más adecuada por los cuidados que requiere, por la mayor posibilidad de infecciones en pacientes inmunodeprimidos, por la ocurrencia de trombosis cuando los catéteres permanecen durante largos períodos, y sobre todo, por la dificultad para la administración y manejo domiciliarios y el alto costo.

Una vez tomada la decisión de hidratar, las vías de administración de fluidos más utilizadas en cuidados paliativos son la subcutánea o hipodermocclisis y la proctocclisis o hidratación por vía rectal.

#### ● **HIPODERMOCLISIS**

Es, quizá, la vía de administración más utilizada en cuidados paliativos, no solo para la reposición de líquidos, sino también para la inyección de medicamentos destinados al control de síntomas: opioides, metoclopramida, hioscina, haloperidol, midazolam, etc. Utilizada ampliamente entre los años 1940 y 1950, antes de la introducción de las canalizaciones venosas, todavía no es muy conocida a nivel de muchos profesionales de salud.

La aguja tipo mariposa #21 ó #23 es ideal aunque hay autores que emplean cánulas de teflón (3). La aguja se coloca habitualmente en la zona subclavicular o abdominal, pero también se puede utilizar la zona del deltoides. Siempre se respetan las preferencias del paciente. De rutina se colocan dos agujas, dejando una como alternativa para la administración de medicación o para el reemplazo, ante la posibilidad de remoción accidental de una de ellas. Las agujas pueden quedar colocadas varios días (hasta 15 días), siempre que sean cuidadas correctamente. En este sentido, es importantísima la educación familiar cuando se va a utilizar la técnica en domicilio. Una vez lograda, los familiares o amigos se involucran en la atención sin importar su nivel de escolaridad. La educación debe incluir el registro diario en un cuaderno de los ingresos y egresos de líquidos.

En cuanto al volumen de infusión, se establecerá de acuerdo a las necesidades del enfermo. Puede ser hecha en bolos de 500 cc o, si es necesario, en infusión continua, hasta 2000 cc día. Sin embargo, es preferible que el paciente y la familia tengan horarios de descanso y que ellos elijan la aplicación diurna o nocturna.

La infusión es de solución fisiológica o dextrosa al 5%, alternadamente. No se utiliza hialuronidasa por costosa y porque no es imprescindible excepto en una minoría

de pacientes con poca tolerancia a la distensión por los fluidos. Si se decide el agregado de este agente a las soluciones, son suficientes 150 unidades por litro. Salvo sangrado o inflamación, no hemos tenido complicaciones graves con esta técnica. Fainsinger y Cols relatan como causa de discontinuación de hipodermocclisis, el edema pulmonar, edema generalizado y reacciones alérgicas a hialuronidasa.

### ● PROCTOCLISIS

Es la administración de fluidos por vía rectal. Ha sido utilizada hasta 1930 y progresivamente abandonada luego del desarrollo de sistemas para administración endovenosa. Se indica en los casos en que no se deben utilizar agujas, tales como en inmunodeprimidos, en aquellos con trastornos de coagulación, edema, o en los que sufren reacciones locales debidas a irritación por drogas o por hipodermocclisis. Pero la causa más importante en nuestra realidad latinoamericana son los costos, el no necesitar de asepsia y la posibilidad de administración domiciliaria entrenando a la familia. Por otro lado, se puede emplear una solución fisiológica preparada en el domicilio, hirviendo un litro de agua con 9 gramos de sal de mesa (aproximadamente dos cucharadas soperas), situación que reduce significativamente los costos.

La proctocclisis puede ser instalada luego de una exhaustiva limpieza intestinal, colocando simplemente una sonda nasogástrica #22 por el recto, e introduciéndola entre 20 y 40cm. El recto tolera entre 150 y 400 cc/hora de infusión. El total de líquido por día puede ser un litro y repetirse a través del tiempo tantos días como sea necesario. En nuestro servicio, se mantuvo de manera comfortable, con proctocclisis, a una paciente con cáncer de amígdala en afagia, durante tres meses.

Una vez infundido el líquido necesario, se retira la sonda, se la higieniza con agua y jabón, y se la seca para la próxima infusión. Se debe controlar pérdida de líquido por el recto, dolor abdominal o tenesmo, lo que hará disminuir la infusión al volumen tolerado. No debe efectuarse este abordaje en casos de incontinencia, patología orificial o tumores de colon.

Un estudio multicéntrico que comprendió 78 casos, en los que la duración de la proctocclisis fue de 15+8 días, mostró que las razones de suspensión fueron: muerte (n=60), rechazo a continuar por dolor abdominal (n=4), retorno a hidratación oral (n=6), y decisión de suspender la hidratación (n=8). Los principales efectos colaterales fueron detectados con volúmenes de infusión altos: efecto enema (n=9), pérdida de

**Lecturas recomendadas**

- 1\_Bruera E, Pruvost M, Scoeller T, Montejo G, Watanabe S. (1998) *Proctoclysis for hydration in terminally ill patients*. J Pain Symp Manag, 15(4), 216-219.
- 2\_Bruera E, Schoeller T, Pruvost M. (1994) *Proctoclysis for hydration of terminal cancer patients*. Lancet, 344: 1699.
- 3\_Fainsinger RL, MacEachern T, Miller MJ, Bruera E, Spachinsky K, Kuehn N, Hanson J. (1994) *The use of hypodermoclysis for rehydration in terminally ill cancer patients*. J Pain Symp Manag, 9(5): 298-302.
- 4\_Leguizamón M, Pruvost M, Palacios L, Palacios E, Foglia M, Verna N, Voluntariado de la Sección Dolor y Cuidados Paliativos. *Visitas domiciliarias. Boletín de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos. En prensa*
- Macmillan K, Buera E, Kuehn N, Selmser P, Macmillan A. (1994) *A prospective comparison study between a butterfly needle and a Teflon cannula for subcutaneous narcotic administration*. J Pain Symp Manag, 9 (2): 82-84.
- 5\_Steiner N, Bruera E. (1994) *Methods of Hydration in Palliative Care Patients*. J Palliative Care, 14(2): 6-13.

líquido (n=4), dolor durante la infusión (n=6) y dolor durante la inserción del catéter (n=5). El nivel medio de molestias, con una escala visual análoga de 0 a 100, fue 19+14. Sin embargo, cuando existe opción por otra vía, los pacientes no eligen proctoclysis, sobre todo los de sexo masculino. Esta técnica es muy sencilla: no necesita elementos estériles y puede ser aplicada por la familia, por lo que resulta extremadamente económica e indicada para nuestros países latinoamericanos.

### CONCLUSIÓN

Si bien existen otras posibilidades de reposición de líquidos como, por ejemplo, la utilización de una sonda nasogástrica, puede ser discutible en el ámbito de los cuidados paliativos.

La gastrostomía o la yeyunostomía, se emplean para hidratar, alimentar y para administrar medicamentos o, eventualmente, como descarga, en pacientes con obstrucción intestinal para evitar la sonda nasogástrica. Lamentablemente, numerosos enfermos son sometidos todavía a estos procedimientos sin una adecuada explicación, y sin evaluar el contexto socioeconómico, lo que desencadena grandes angustias personales y familiares por la imposibilidad de acceder a fórmulas especiales, comercializadas, para alimentación.

Otro factor a considerar es que habitualmente hay rotación de la vía de administración de líquidos, acorde a la evolución. En un control de visitas domiciliarias, realizadas entre julio y diciembre de 2001 por nuestro servicio, se efectuaron 109 visitas a 34 pacientes. El número de visitas varió entre 1 y 6 (media =2). La hidratación se efectuó por vía oral en 27 (81%), subcutánea en 13 (39%), intravenosa en 5 (15%). Es de hacer notar que en 11 casos, se rotaron las vías, por lo que los porcentajes suman más de 100. Los cuidadores principales se distribuyeron así: El cónyuge en 11 (32,35%), hijos en 21 (61,76%) y otros en 8 (23,52%). Este último grupo fue constituido por varios cuidadores en algunos casos.

Resumiendo, la hidratación contribuye al confort de los pacientes y al efectivo control de síntomas. La posibilidad de empleo de las vías comentadas, nos permite una gran flexibilidad en el abordaje de este tipo de enfermos a bajo costo y en un entorno familiar.