

Mestrado Integrado em Medicina

Hidratação artificial em fim de vida em Cuidados Paliativos: revisão bibliográfica

Catarina Falcão Alves

M

2019



Mestrado Integrado em Medicina

Hidratação artificial em fim de vida em Cuidados Paliativos: revisão bibliográfica

Autor:

Catarina Falcão Alves

Estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Correio eletrónico: catarinafalcaoalves95@gmail.com

Orientador:

Dr.^a Maria da Conceição Fernandes Pires

Colaborador Externo do Centro Hospitalar São João

Assistente Hospitalar Graduado em Medicina Interna

Competência em Cuidados Paliativos pela Ordem dos Médicos

Coorientador:

Professor Doutor Artur Manuel Perez Neves Águas

Professor Catedrático do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Junho de 2019

Hidratação artificial em fim de vida em Cuidados Paliativos: revisão bibliográfica

Junho de 2019

Assinatura do Estudante:

Catarina Falcão Alves

Assinatura do Orientador:

Mané Gesteira de Sá

Assinatura do Coorientador:

Artur Aguiar

Dedicatória

Aos meus pais, que sempre me apoiaram incondicionalmente em todas as etapas da minha vida e me permitiram atingir todos os objetivos com que sonhei. Obrigada por todo o carinho, amor e compreensão demonstrados ao longo deste percurso. Tudo o que hoje sou devo a vocês.

À minha irmã Sara, que me ensinou o verdadeiro significado de companheirismo. Obrigada por todas as palavras motivadoras que me deram força para continuar.

Ao Alex, que esteve ao meu lado incondicionalmente todos os dias deste percurso. Obrigada por acreditares sempre em mim e seres um apoio fundamental.

Aos meus amigos, sem os quais hoje não me imagino sem. Obrigada pela entreatajuda constante e pela felicidade que todos os dias trazem à minha vida.

Por último, à Dr.^a Sara Almeida, que me ajudou a aprender a acreditar em mim e a atingir o meu potencial máximo.

Agradecimentos

À minha orientadora, Dr.^a Maria da Conceição Fernandes Pires, pelo enorme conhecimento e valores transmitidos, extremamente importantes no ramo dos Cuidados Paliativos, e por todo o apoio e dedicação incessantes, indispensáveis à realização desta dissertação.

Ao meu coorientador, Professor Doutor Artur Manuel Perez Neves Águas, pelo amplo contributo à formação de todos os estudantes de Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e pelo imenso carinho e respeito que demonstra enquanto Professor.

Resumo

Introdução. Na fase terminal de uma doença incurável, muitos doentes apresentam diminuição da ingestão oral por deglutição ineficaz. A incapacidade de consumir sólidos e líquidos por via oral é motivo de *distress* nos doentes e familiares/cuidadores.

Nesta fase, há decisões desafiadoras, como começar ou não hidratação artificial.

Efetivamente, a hidratação medicamente assistida deve ser considerada uma intervenção médica, sendo o seu uso um tópico complexo, emotivo e, por vezes, controverso. As decisões referentes ao seu início são, muitas vezes, baseadas em evidência anedótica e frequentemente influenciadas pelas atitudes dos envolvidos na tomada de decisão.

Objetivo. Com a presente revisão bibliográfica pretendemos identificar a utilização de hidratação artificial nas últimas semanas de vida em Cuidados Paliativos, avaliando o impacto no controlo de sintomas, conforto, qualidade de vida e sobrevida. Serão, ainda, objeto de avaliação possíveis fatores influenciadores e perceções e preferências de doentes e familiares/cuidadores.

Metodologia. Foram revistas publicações originais indexadas nas bases de dados PubMed, Clinical Key, The Cochrane Library, Google Scholar e Uptodate no período entre janeiro 2011 e dezembro 2018. Foram utilizadas palavras-chave e termos livres.

Resultados. Há grande variabilidade nas práticas de prescrição; num estudo realizado na Austrália e Nova Zelândia 77% dos clínicos prescreveu hidratação artificial a 0 a 10% dos seus doentes, enquanto 60% dos clínicos da Latin American Association of Palliative Care (ALCP) prescreveram a 40 a 100% dos seus doentes. Estas práticas são influenciadas pelas perceções individuais relativas à eficácia da hidratação artificial e pelas preferências dos doentes e cuidadores, influenciadas por fatores culturais, emocionais, espirituais/religiosos. De facto, a hidratação artificial foi considerada como necessidade básica pela maioria dos doentes e cuidadores/familiares.

Ainda, a maioria dos estudos que avaliaram o impacto da hidratação no controlo de sintomas, conforto e qualidade de vida não demonstrou benefício na intervenção; os resultados relativos à sobrevida são discordantes.

Conclusão. O uso de hidratação artificial em doentes em fim de vida é ainda objeto de discussão, com questões éticas, potenciais benefícios e consequências, no centro do debate. A melhor prática permanece indefinida pela falta de evidência científica rigorosa e, em consequência, existe grande variação na gestão da hidratação em doentes em fim de vida. É necessária a consolidação da evidência empírica baseada em estudos com poder estatístico para melhorar os cuidados dos doentes nas últimas semanas de vida.

Palavras-chave (MeSH do *Index Medicus*): *Palliative Care, Terminal Care*

Abstract

Context. The great majority of patients in the terminal phase of an incurable illness experience reduced oral intake due to impaired swallowing. Patients and family caregivers often experience high levels of emotional distress due to the patient's inability to take food and fluids.

Challenging decisions in end of life care include whether to initiate or not artificial hydration.

Medically assisted hydration should be considered a medical procedure and its use is a complex, emotive and controversial issue. Decisions regarding whether to initiate artificial hydration are based often on anecdotal rather than scientific evidence, frequently influenced by the attitudes of those involved in decision making.

Aims. We intend to identify the prescribing patterns and possible influencing factors of artificial hydration in the last weeks of life in Palliative Care, evaluating the effect on symptoms' control, comfort, quality of life and survival and the patient's and family caregivers' perceptions and preferences.

Methods. We systematically searched papers in PubMed, Clinical Key, The Cochrane Library, Google Scholar and Uptodate between January 2011 and December 2018.

Results. There is great variability in prescribing patterns; in one study in Australia and New Zealand 77% of clinicians used artificial hydration in 0-10% of patients, while 60% of clinicians' members of Latin American Association of Palliative Care (ALCP) used it in 40-100% of their patients. These prescribing patterns are influenced by individual perceptions regarding the efficacy and by patients' and family caregivers' preferences, based on cultural, emotional and spiritual/religious beliefs. Indeed, artificial hydration was considered basic care by the majority of patients and family caregivers.

In addition, studies didn't evidence symptoms' control, comfort and quality of life improvement by the intervention. Results regarding overall survival were inconclusive.

Conclusion. The use of artificial hydration in end of life care is still controversial, with ethical dilemmas, potentials benefits and effects being source of debate. The best practice remains undefined due to lack of evidence based guidelines. There is great asymmetry in the management of artificial hydration in patients at the end of life. Well-designed controlled studies are needed to define orientations and improve end of life care.

Keywords (MeSH of Index Medicus): Palliative Care, Terminal Care

Lista de abreviaturas

AVD's – Atividades de vida diária

CP – Cuidados Paliativos

ECOG PS - Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status

EUA – Estados Unidos da América

FP – Fluidos parentéricos

HA – Hidratação artificial

HP – Hidratação parentérica

IC – Intervalo de confiança

IV – Intravenosa

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – *Odds ratio*

PPS – Palliative Performance Scale

QdV – Qualidade de vida

RCT – Ensaio clínico randomizado controlado

SC – Subcutânea

Índice

1. Introdução.....	1
1.1. Definição de Cuidados Paliativos e evolução.....	1
1.2. Cuidados em fim de vida	2
1.3. Desidratação e uso de hidratação artificial em fim de vida.....	4
2. Objetivos.....	7
3. Metodologia	8
4. Resultados.....	10
4.1. Práticas de prescrição de hidratação artificial	11
4.1.1. Fatores influenciadores da decisão	12
4.2. Impacto do uso de hidratação artificial nas últimas semanas de vida em Cuidados Paliativos.....	13
4.2.1. Controlo de sintomas.....	13
4.2.2. Conforto.....	15
4.2.3. Qualidade de vida.....	15
4.2.4. Sobrevida	16
4.3. Perceções e preferências dos doentes e familiares e/ou cuidadores.....	16
5. Discussão	18
6. Conclusões.....	21
Bibliografia.....	22
Anexos	25

Lista de tabelas

Tabela I – Critérios para necessidade de avaliação por Cuidados Paliativos no momento da admissão (adaptada da referência bibliográfica 3: Meier DE, McCormick E. Benefits, services and models of subspecialty palliative care. *UpToDate*. 2018:1-45.).

Tabela II – Práticas de prescrição de hidratação artificial no fim de vida e possíveis fatores influenciadores da decisão.

Tabela III – Impacto do uso de hidratação artificial nas últimas semanas de vida em Cuidados Paliativos.

Tabela IV – Percepções e preferências dos doentes e familiares e/ou cuidadores relativas à hidratação artificial em fim de vida.

Lista de figuras

Figura 1 – Esquema do processo de pesquisa e seleção das publicações originais.

1. Introdução

1.1. Definição de Cuidados Paliativos e evolução

Os Cuidados Paliativos (CP) foram definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002 como “cuidados que visam melhorar a qualidade de vida, dos doentes e famílias, que enfrentam doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento, através da deteção precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicossociais e espirituais. Proporcionam alívio da dor e de outros sintomas angustiantes; afirmam a vida e consideram a morte um processo natural, não a pretendendo acelerar ou adiar. Integram os aspetos psicossociais e espirituais do cuidado ao doente; oferecem um sistema de suporte para ajudar os doentes a viver o mais ativamente possível até à morte e a família a lidar com a doença e com o luto; utilizam uma abordagem de equipa para satisfazer as necessidades dos doentes e suas famílias, incluindo aconselhamento durante o processo de luto, se indicado; melhoram a qualidade de vida e podem influenciar positivamente o curso da doença. São aplicáveis precocemente no processo da doença, juntamente com outras terapias que se destinam a prolongar a vida, como quimioterapia ou radioterapia, e incluem todas as investigações necessárias para uma melhor compreensão e gestão de complicações clínicas angustiantes”.¹ Esta definição minuciosa denota os objetivos dos CP: minimizar o sofrimento e preservar ao máximo a qualidade de vida e a dignidade do doente até ao fim de vida.²

Para atingir os seus objetivos, os princípios básicos dos CP incluem a gestão dos sintomas; o estabelecimento e implementação de planos de cuidados concordantes com os valores e preferências dos doentes; uma comunicação coerente e contínua com o doente e todos aqueles envolvidos no seu cuidado; apoio psicossocial, espiritual e prático para os doentes e seus familiares cuidadores; e coordenação entre os vários locais de cuidados.³

O conceito de CP evoluiu muito nos últimos anos, estando cada vez mais distante do conceito tradicional de cuidados em fim de vida.⁴ Tradicionalmente, os CP eram vistos como cuidados fornecidos a doentes oncológicos que não estavam a receber tratamento ativo e que estavam em fase ativa de morte. Atualmente reconhece-se que os princípios dos CP são igualmente aplicáveis na fase precoce de qualquer doença grave, mesmo que potencialmente curável, e que estes cuidados podem e devem ser fornecidos em simultâneo ao tratamento ativo da doença.³ De acordo com a OMS, “esta mudança no pensamento emergiu da compreensão que os problemas no fim de vida têm origem num momento anterior da trajetória da doença”.⁵

Os CP podem ser fornecidos por subespecialistas na área que trabalham em conjunto com os clínicos primários do doente, enfermeiros e outros profissionais, sendo denominados por “CP especializados”. CP básicos devem ser fornecidos por clínicos que não são subespecialistas em CP (por exemplo, internistas, médicos de medicina geral e familiar, cardiologistas, oncologistas) e que cuidam de pacientes gravemente doentes com frequência, na sua prática clínica.³

Todos os clínicos que cuidam de pacientes gravemente doentes devem estar capacitados para realizar ações paliativas,³ compreender os princípios dos CP, receber formação básica em competências paliativas e ser encorajados a utilizar estas capacidades para providenciar um controlo da doença e palição de sintomas de alta qualidade. Devem também saber quando e como referenciar a CP especializados, sempre que as necessidades do doente ou família não são adequadamente satisfeitas nos cuidados primários.⁶ A referenciação deve ser baseada em necessidades identificadas e não no diagnóstico ou prognóstico do doente.⁷ Por exemplo, os subespecialistas podem ser consultados quando os sintomas são complexos, refratários ou difíceis para a equipa primária controlar, os doentes ou família experienciam um *distress* emocional significativo ou quando existe desacordo ou conflito sobre os objetivos de cuidados.⁶ Um consenso de 2011 propôs critérios para identificar doentes com necessidade de uma avaliação por CP em ambiente hospitalar (tabela I).³ Os serviços de CP podem ser fornecidos em ambiente hospitalar ou de ambulatório, em lares ou no domicílio.³

1.2. Cuidados em fim de vida

Os doentes nos últimos dias de vida podem apresentar sofrimento físico de difícil alívio, assim como *distress* emocional, espiritual e social significativos. Reconhecer a fase terminal de uma doença é essencial para implementar um plano de cuidados adequado, privilegiando cuidados de conforto.⁸ Habitualmente considera-se como fase terminal de uma doença os últimos 12 meses de vida.⁹ No entanto, o início desta fase nem sempre é facilmente identificável, particularmente nas doenças crónicas que cursam com agudizações.⁸ O reconhecimento tardio resulta num controlo sintomático inadequado e em cuidados psicossociais e espirituais subótimos para os doentes e respetivas famílias.^{10,11} A continuação de cuidados médicos padrão pode exacerbar a condição geral dos doentes, associando-se a maior sofrimento.⁸

Para auxiliar na identificação da fase final de vida foram desenvolvidas algumas ferramentas, entre as quais a “*Gold Standards Framework*” cujo uso é advogado no Reino Unido.⁹ Baseia-se em 3 passos sequenciais:

1. “Pergunta surpresa”: questionar-se “se ficaria surpreendido se o doente em causa falecesse nos próximos meses, semanas ou dias”. A resposta deve ser intuitiva incorporando o juízo clínico, o conhecimento do doente e a sua situação sócio-familiar.
2. Presença de indicadores gerais de declínio: diminuição da capacidade funcional e dependência na maior parte das AVD’s (PPS<50%); comorbilidades major determinantes de morbilidade e mortalidade; doença avançada, instável, com sintomas complexos e/ou deterioração progressiva; diminuição da resposta aos tratamentos convencionais; repetidos internamentos não programados; ausência de tratamento específico para a doença; perda ponderal progressiva (>10%) nos últimos 6 meses; eventos “sentinela” (ex.: quedas repetidas, processo de luto).
3. Presença de indicadores específicos para cada situação.

Embora não seja preciso, este indicador pode ser útil para alertar para a possibilidade de proximidade do fim, permitindo a avaliação das necessidades e dando espaço para a discussão de objetivos e vontades, com planeamento de cuidados adaptados às preferências do doente.⁹

Na fase avançada da doença os cuidados centram-se no controlo criterioso da dor e de outros sintomas, concomitante à abordagem de outras formas de *distress* como o espiritual, psicossocial e existencial. Para responder às necessidades do doente é necessária uma comunicação eficaz e terapêutica, de forma compassiva, que permita a expressão de emoções e a verbalização de medos, esperanças e vontades.¹²⁻¹⁴ Os doentes e família beneficiam frequentemente de um suporte multidisciplinar durante este período stressante. Pode ser útil atualizar, recontactar ou providenciar de novo prestadores de cuidados pastorais, assistência social, psicologia e de saúde mental.¹⁵ Considerando a preferência do doente/família, deve ser definido o local de cuidados e, se adequado, estabelecidas possíveis Diretivas antecipadas.⁸

Os cuidados em fim de vida apresentam desafios únicos para os clínicos⁸ e, mais do que cuidados no processo de morte, são cuidados que ajudam o doente a viver tão bem quanto possível até à morte. Segundo o *Institute of Medicine*, uma boa morte é “livre de *distress* e sofrimento evitáveis para o doente, familiares e cuidadores; em geral concordante com os desejos do doente e família, e compatível com os padrões clínicos, culturais e éticos”.¹⁶ Com o tempo, o doente e/ou família podem, em conjunto com a equipa médica, decidir que determinadas intervenções acarretam mais sofrimento do que benefício e, conseqüentemente, descontinua-las nas últimas horas ou dias de vida.¹⁷⁻²² Dar resposta às necessidades de conforto físico, psicológico, social e espiritual melhora a qualidade de vida dos doentes e tem um impacto positivo no processo de luto dos familiares.⁸

1.3. Desidratação e uso de hidratação artificial em fim de vida

Na fase terminal de uma doença avançada a maioria dos doentes apresenta uma diminuição da ingestão oral, devido a uma deglutição ineficaz. Esta ineficácia pode resultar de uma fraqueza generalizada profunda (caso em que é simultânea ao declínio fisiológico nos últimos dias), função neurológica diminuída, sedação medicamentosa potencialmente reversível ou distúrbios metabólicos.⁸

A incapacidade de consumir sólidos e líquidos por via oral é motivo de altos níveis de *distress* emocional nos familiares e cuidadores do doente. Os clínicos devem antecipar e abordar diretamente esta preocupação, educando a família relativamente ao processo natural de morte. A provisão de informação de forma culturalmente sensível reduz o sofrimento associado a este tema e potenciais conflitos.⁸

Além da ingestão oral diminuída, o processo de morte caracteriza-se por défice progressivo de fluidos e acumulação progressiva de fármacos e seus metabolitos, que podem causar novos sintomas ou exacerbar sintomas já existentes (por exemplo, fadiga, tonturas, mioclonias, sedação e alucinações), que por sua vez resulta num maior declínio na capacidade individual de obter e/ou ingerir líquidos. Durante este processo, os doentes podem ter uma consciência diminuída, o que pode diminuir a sua perceção de sede e fome à medida que progridem naturalmente para coma e morte.¹⁵

Deste modo, o défice de fluidos em doentes terminais é frequentemente de etiologia multifatorial. No entanto, independentemente da causa, o resultado final é a depleção da água corporal total, originando desidratação, e a diminuição da função renal.¹⁵ Apesar de os clínicos associarem comumente vários sinais e sintomas com desidratação (por exemplo, hipernatrémia, sede, anorexia, náuseas e vômitos, fadiga e irritabilidade), estes podem não ser altamente específicos nos doentes terminais.²³⁻²⁸ Estudos de sede em doentes a morrer concluíram que existe pouca relação entre a hidratação artificial (HA) e a sede.^{26,27} Neste contexto, a maioria dos profissionais de CP promove a realização de cuidados da boca, incluindo golos de água, quando desejados, em vez de HA.⁴⁴ Isto permite que a família sinta que está a fazer algo pelo doente e que está envolvida no seu cuidado.²⁹

Na fase terminal de doença há decisões de tratamento desafiadoras, como começar ou não HA. A hidratação medicamente assistida deve ser considerada intervenção médica e não prestação mínima de conforto. Promover uma discussão atempada com o doente e família relativa aos objetivos de cuidados e opções de tratamento no fim de vida, incluindo os benefícios e a sobrecarga expectáveis da HA baseados na melhor evidência disponível, é eticamente apropriado, respeita a autonomia do doente e família e facilita uma tomada de decisão informada.¹⁵

Doentes e famílias variam na quantidade de orientação que desejam receber e na extensão de responsabilidade que desejam assumir na tomada de decisões de tratamento. Assim, os clínicos devem estar preparados para se envolverem numa tomada de decisão partilhada e adaptada às preferências dos doentes e famílias.¹⁵

Mundialmente, há divergências culturais na tomada de decisões no fim de vida que influenciam a escolha sobre o uso de HA em doentes terminais.³⁰ Algumas famílias podem interpretar a hidratação como fonte de suporte e sinal de respeito e cuidado em vez de intervenção médica, mesmo quando fornecida por meio artificial. Os clínicos devem reconhecer que, para estas famílias, a decisão de continuar hidratação pode não ser vista apenas como uma decisão médica. Neste sentido, a administração de HA tem sido também usada para prevenir ou reverter sintomas causadores de *distress* (como dificuldade em deglutir) em doentes no final de vida. No entanto, as decisões relacionadas com a HA devem ser abordadas separadamente das decisões relacionadas com o controlo de sintomas.¹⁵

A HA envolve a administração de água ou soluções eletrolíticas por qualquer via além da oral. Existem várias vias não orais para a sua administração, que diferem na sua disponibilidade no local de cuidados e aceitação pelo doente e família – vias parentéricas: intravenosa (IV), subcutânea (hipodermoclise), dérmica (dermoclise); e pelo tubo digestivo: entérica e retal (proctoclise).^{31,32} Em geral, deve ser escolhida a via de administração menos invasiva,⁸ sendo a via subcutânea preferida para a maioria dos doentes, uma vez que é segura, amplamente utilizável e bem tolerada.³³

O uso de HA pode depender do local onde o doente está a viver as suas últimas semanas de vida - hospital de cuidados agudos, *hospice* ou ambiente domiciliar.¹⁵ De facto, as posições e práticas relativas ao uso de HA podem variar entre os clínicos que trabalham em hospitais e em *hospices*, e também entre subespecialistas em CP.³⁴

Nos doentes que não realizam hidratação no fim de vida os sinais e sintomas progressivos de desidratação podem ser perturbadores tanto para o próprio, sua família e cuidadores. Em resposta, os clínicos podem ser solicitados a iniciar fluidos num esforço para reidratar o doente com esperança de proporcionar alívio sintomático se não prolongar a vida.¹⁵

A hipótese de que a desidratação pode contribuir para o sofrimento e acelerar a morte no fim de vida tem sido objeto de discussão, com argumentos a favor e contra a administração parentérica de fluidos.⁸ Argumentos a favor do uso de HA incluem a provisão de uma necessidade básica humana e de conforto, prevenção de complicações associadas a outras terapêuticas, alívio da sede e outros sintomas, e criação de um relacionamento com familiares cuidadores, que muitas vezes desejam continuar a procurar formas de melhorar o conforto e qualidade de vida do doente. Argumentos

contra o seu uso incluem o facto de interferir com a aceitação de uma condição terminal, poder prolongar o sofrimento e o processo de morte, poder causar incómodo com a necessidade de urinar e complicações (como edema, ascite, derrame pleural), não melhorar a qualidade de vida, e o facto de os corpos cetónicos e outros produtos do metabolismo associados à desidratação poderem reduzir o sofrimento ao atuar como anestésicos naturais.^{35,36}

O uso de HA em CP é um tópico complexo, emotivo e, por vezes, controverso.³⁷ Que fazer perante um doente em fim de vida que perde a capacidade de ingerir água por via oral? Numa sociedade, e conseqüente medicina, moderna vocacionada para a tecnologia, a resposta imediata seria avançar para técnicas de HA. No entanto, a melhor prática permanece indefinida pela falta de evidência científica rigorosa³⁸⁻⁴⁰ e, em consequência, existe grande variação na gestão de HA em doentes em fim de vida.³⁶ Assim, as decisões referentes ao início de HA são, muitas vezes, baseadas em evidência anedótica, frequentemente influenciada pelas atitudes daqueles envolvidos na tomada de decisão.⁴¹⁻⁴² O envolvimento dos doentes nesta tomada de decisão varia, e pouco se sabe sobre o seu entendimento dos benefícios e danos da HA.³⁷

2. Objetivos

O objetivo desta revisão bibliográfica é identificar a utilização de HA nas últimas semanas de vida em CP, avaliando o impacto no controlo de sintomas, conforto, qualidade de vida e sobrevida, baseado em artigos publicados entre janeiro 2011 e dezembro 2018. Serão ainda objeto de avaliação os possíveis fatores influenciadores e as perceções e preferências de doentes e famílias e/ou cuidadores, com objetivo de determinar a melhor prática desta intervenção.

3. Metodologia

Foi realizada a revisão das publicações originais indexadas nas bases de dados PubMed, Clinical Key, The Cochrane Library, Google Scholar e Uptodate no período entre 1 de janeiro de 2011 e dezembro de 2018. Os termos de pesquisa incluem termos registados no *MeSH do Index Medicus* e termos livres; foram usados os seguintes termos de pesquisa: *(Palliative Care OR Terminal Care OR End-of-life Care) AND (Artificial Hydration OR Parenteral Hydration)*. Com base na leitura do título e do *abstract* procedeu-se à seleção das publicações elegíveis para inclusão.

As publicações foram incluídas se fornecessem dados sobre o uso de HA em humanos com idade superior a 18 anos com doença avançada e/ou terminal sob cuidados paliativos, cuidados de fim de vida ou *hospice care*; englobando publicações referentes unicamente às perceções e preferências dos doentes e familiares/cuidadores sobre esta prática.

Publicações referentes a cuidados paliativos pediátricos e publicações que não diferenciaram o uso de nutrição e hidratação artificiais não foram incluídas; publicações escritas numa língua que não o inglês ou português, não foram também incluídas.

As seguintes informações foram retiradas das publicações que satisfizeram os critérios de inclusão e avaliavam as práticas de prescrição: autor(es); ano de publicação; tipo de estudo; local do estudo e associação; tamanho da amostra e características da população de clínicos (distribuição de géneros, idade, experiência e prática habitual em CP, local principal de trabalho, país e região de trabalho, religião); características da prescrição (prevalência, volume administrado, via de administração, existência de *guideline*) e fatores influenciadores (incluindo motivos e opiniões).

As seguintes informações foram retiradas das publicações que satisfizeram os critérios de inclusão e avaliavam o impacto no controlo de sintomas, conforto, qualidade de vida e sobrevida: autor(es); ano de publicação; tipo de estudo; local do estudo; tamanho da amostra; características da população de doentes (média de idades, distribuição de géneros, raça, condição crónica, motivo para baixa ingestão oral, *ECOG PS*, média de sobrevida); influência da HA no controlo de sintomas, conforto, qualidade de vida, score de desidratação e sobrevida global.

As seguintes informações foram retiradas das publicações que satisfizeram os critérios de inclusão e avaliavam as perceções e preferências de doentes e familiares e/ou cuidadores: autor(es); ano de publicação; tipo de estudo; local do estudo; tamanho

da amostra; características da população de doentes e cuidadores (média de idades, distribuição de géneros, raça, condição crónica, experiência prévia com HA, média de sobrevivência, média de Karnofsky Performance Scale, tipo de relação doente-cuidador); perceções e preferências dos doentes e familiares/cuidadores.

4. Resultados

Foram identificados um total de 3756 artigos nas bases de dados referidas que preencheram os critérios de pesquisa. Após a leitura do título e *abstract*, foram identificados 57 potenciais artigos. Depois da revisão rigorosa dos objetivos, métodos e resultados de todas as publicações potencialmente elegíveis para inclusão, foram selecionadas 11 publicações originais que satisfizeram todos os critérios desta revisão sistemática e que foram, portanto, elegíveis para inclusão (processo completo representado na figura 1).

Discriminando, foram selecionadas 2 publicações referentes às práticas de prescrição e possíveis fatores influenciadores,^{34,43} 6 ao impacto no controlo de sintomas, conforto, qualidade de vida e sobrevida,⁴⁴⁻⁴⁹ e 3 às perceções e preferências dos doentes e familiares e/ou cuidadores.^{37,50,51} As características dos estudos selecionados estão descritas nas tabelas II, III e IV, respetivamente.

A análise dos artigos referentes às práticas de prescrição e possíveis fatores influenciadores incluiu um total de 374 clínicos. Ambas as publicações correspondiam a inquéritos transversais *online* realizados a clínicos membros de associações/sociedades de CP. Um foi realizado em 18 países da América Latina e o outro na Austrália e Nova Zelândia. A maioria da prática habitual dos clínicos envolvidos correspondia a serviços de CP.

A análise dos artigos referentes ao impacto da HA no controlo de sintomas, conforto, qualidade de vida e sobrevida permitiu um total de 860 doentes. Duas das 6 publicações correspondiam a estudos prospetivos observacionais;^{44,46} 1 a ensaio clínico randomizado, duplamente-cego, controlado com placebo (*RCT*)⁴⁵; 1 a estudo “antes e depois”⁴⁷; 1 de *coorte* histórico⁴⁸ e 1 a ensaio clínico randomizado de viabilidade.⁴⁹ Geograficamente, 3 foram realizados no Japão, 2 na Europa e 1 nos Estados Unidos da América (EUA). O local onde cada estudo ocorreu foi distinto: 3 foram realizados em hospitais, 1 em vários *hospices* e 2 englobaram diferentes locais (incluindo unidades hospitalares de oncologia e CP, centros oncológicos, *hospices* e serviços paliativos domiciliários). Relativamente às características dos doentes, todos envolveram exclusivamente doentes oncológicos em estágio avançado, exceto um⁴⁸ que também incluiu doentes com patologias crónicas não oncológicas (doença cardíaca, pulmonar e outras).

A análise dos artigos referentes às percepções e preferências dos doentes e familiares e/ou cuidadores permitiu um total de 156 doentes e 152 cuidadores. Todas as publicações envolveram entrevistas pessoais aos participantes, 2 das quais com metodologias específicas (1 utilizou a metodologia Q e 1 realizou uma entrevista fenomenológica). Todas as publicações envolveram unicamente doentes de *hospices*, internos ou domiciliares. Um dos estudos foi realizado no Reino Unido e os outros dois nos EUA. Relativamente às características dos doentes, 2 envolveram exclusivamente doentes oncológicos em estágio avançado, e o outro³⁷ incluiu também pacientes com doença respiratória terminal. O principal cuidador em todos os estudos era o esposo(a).

4.1. Práticas de prescrição de hidratação artificial

Apenas 2 publicações analisaram as práticas de prescrição de HA em doentes terminais.

O estudo transversal de Torres-Vigil *et al*, conduzido em 2010, que envolveu 238 clínicos membros da Latin American Association of Palliative Care (ALCP), mostrou que a maioria (92%) dos clínicos reportou ter prescrito ou administrado no último ano HP aos seus doentes nas últimas semanas de vida e que 60% reportaram ter prescrito HP a 40-100% dos seus doentes.³⁴ É também importante ressaltar que, em média, os clínicos prescreveram HP a 57% dos doentes hospitalizados e a 45% dos doentes que passaram as suas últimas semanas de vida em casa e que apenas 3 clínicos reportaram prescrever HP a 100% dos seus doentes e 3 a 0% dos seus doentes.³⁴ Contrastando, Oehme e Sheehan, numa publicação recente,⁴³ que envolveu 136 clínicos membros da Australian and New Zealand Society of Palliative Medicine (ANZSPM), mostraram que o uso de HA em doentes na sua última semana de vida prevista foi baixo: 77% dos clínicos prescreveram HA a 0-10% dos seus doentes e 3% prescreveram a mais de 20%.

Os estudos avaliaram também o volume e a via de hidratação utilizados e a existência de uma *guideline* institucional referente à hidratação em fim de vida. Em ambos, a maioria dos clínicos (63%³⁴ e 66,4%⁴³) reportou prescrever entre 500-1000 mL/dia aos seus doentes. No entanto, é importante salientar que no estudo de Torres-Vigil *et al*, 27% dos clínicos reportaram prescrever níveis >1000mL/dia, enquanto no estudo de Oehme e Sheehan, apenas 0,8% o reportaram.

Relativamente à via de administração, as vias SC e IV foram as mais utilizadas em ambos os estudos (97%³⁴ e 100%⁴³), sendo que a sua preferência dependeu do local de cuidados do doente. O estudo de Torres-Vigil *et al* demonstrou que, em ambiente hospitalar, 59% dos clínicos escolheram a via IV, enquanto 68% escolheram a via SC quando as últimas semanas de vida do doente foram passadas em casa.³⁴ É relevante

destacar que, no estudo de Oehme e Sheehan, que não diferenciou a via utilizada de acordo com o local de cuidados, 97,6% dos clínicos escolheram a via SC.⁴³

Em relação à existência de uma *guideline* institucional referente à hidratação em fim de vida, os valores reportados foram baixos em ambos os estudos (23%³⁴ e 14%⁴³).

4.1.1. Fatores influenciadores da decisão

No estudo de Torres-Vigil *et al* foram identificados vários preditores de níveis moderados/altos de prescrição: concordar que a HP é eficaz clínica e psicologicamente (odds ratio [OR] 3,5, intervalo de confiança [IC] de 95% 1,5-8,3), discordar que a sua privação alivia sintomas (OR 3,3, IC de 95% 1,3-8,1), concordar que é essencial para atingir os padrões mínimos de cuidados (OR 3,2, IC de 95% 1,4-7,5), preferir a via SC para conforto do doente e uso em casa (OR 2,9, IC de 95% 1,3-6,5) e idade <45 anos (OR 2,6, IC de 95% 1,3-5,2). Apesar de não ser estatisticamente significativo no modelo final, os clínicos que trabalhavam em serviços de CP (isto é, *hospices* ou unidades hospitalares) tinham uma probabilidade 1,8 vezes superior de serem moderados/altos prescritores de HP comparados com os que não trabalhavam com uma equipa de CP (isto é, cuidados de saúde em casa ou hospital sem equipa de CP) (IC de 95% 0,95-3,55).³⁴

Por outro lado, o estudo de Oehme e Sheehan mostrou uma grande concordância entre as opiniões relativas ao uso de HA em cuidados de fim de vida.⁴³ Como exemplo, 90,0% dos clínicos discordaram ou discordaram fortemente que a HA é um padrão mínimo de cuidado no fim de vida, 66,6% que a HA é eficaz para a palição de sintomas durante os cuidados de fim de vida e 53,4% dos clínicos discordaram, discordaram fortemente ou demonstraram uma posição neutra relativamente à afirmação que a HA pode melhorar a qualidade de vida não-física (psicossocial/emocional) do doente/família no fim de vida. Além disto, a maioria dos clínicos discordaram ou discordaram fortemente que a privação de HA encurta a sobrevida e eram da opinião que a sua realização geralmente não prolonga a sobrevida. É ainda importante destacar que 82,9% dos clínicos indicaram que provavelmente ou mais provavelmente recusariam HA nos seus próprios cuidados de fim de vida (últimas 1-2 semanas).

Em relação aos motivos de prescrição, o mais comum foi a palição da preocupação de um familiar ou do doente em vez do alívio de um sintoma físico. Apenas 4,2% dos clínicos referiram a desidratação como motivo de prescrição.⁴³ Estes resultados são concordantes com os efeitos percebidos da HA na última semana de vida, uma vez que na opinião da maioria dos clínicos apenas 3 dos sintomas expostos são melhorados pelo uso de HA: preocupação do doente ou família com a falta de ingestão oral (78%),

sintomas de hipercalcemia (71,6%) e sintomas de desidratação (60,2%). Ainda, na opinião da maioria dos clínicos a HA agravava ou marcadamente agravava os sinais e sintomas de sobrecarga de volume no doente e a preocupação da família devida aos mesmos (edema subcutâneo, secreções do trato respiratório superior, ascite e dispneia), o desconforto físico secundário à via de administração e os sintomas urinários como incontinência ou necessidade de um cateter. Relativamente aos sintomas de fadiga, nível reduzido de consciência, agitação, vômitos, mioclonia, sede, delírio, tosse e de obstrução intestinal, a maioria dos clínicos considerava que a HA tinha um efeito nulo.⁴³

4.2. Impacto do uso de hidratação artificial nas últimas semanas de vida em Cuidados Paliativos

Foram selecionadas 6 publicações que avaliaram o impacto do uso de HA nas últimas semanas de vida em CP, através de diferentes tipos de estudo. O estudo de Bruera *et al*⁴⁵ foi o único *RCT*, duplamente cego e controlado com placebo, tendo sido realizado em 5 *hospices* de Houston, EUA, entre fevereiro 2007 e abril 2011.

4.2.1. Controlo de sintomas

Todas as publicações avaliaram o impacto do uso de HA no controlo de sintomas em fim de vida.

O estudo de Bruera *et al*⁴⁵ comparou os resultados obtidos entre um grupo de doentes submetido a HP (1L/dia) e um grupo que recebeu placebo (100mL/dia), ambos diariamente durante 4 horas. De 129 doentes recrutados, 96 completaram o estudo contabilizando (9 faleceram antes do 4º dia do estudo e 11 interromperam o estudo). Ao 4º e 7º dias de estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os 2 grupos na melhoria de 4 sintomas de desidratação (fadiga, mioclonias, sede e alucinações), ou em qualquer sintoma individualmente. Em ambos os grupos a maioria dos doentes reportou melhoria sintomática global.

Relativamente aos *endpoints* secundários, delírio, qualidade de vida e sobrevivência, os resultados foram semelhantes. Em ambos os grupos houve agravamento progressivo nos *scores* de delírio, com tendência para menor deterioração no grupo de HP, embora sem significado estatístico ($P=0,085$).

O estudo de Fritzon *et al*,⁴⁸ de *coorte* histórico, foi realizado num hospital Sueco e é o único que envolveu doentes não oncológicos. Avaliou os registos clínicos de 251 doentes que faleceram no período de janeiro 2011 a junho 2012. Comparou o grupo de doentes que recebeu fluidos parentéricos (FP) nas últimas 24 horas ou na última semana de vida com o grupo de doentes que não recebeu volume. Os FP incluíam soluções de

hidratação, soluções de nutrição, infusões de fármacos e produtos sanguíneos, mas os mais comumente administrados foram soluções de hidratação. A prevalência de dispneia foi significativamente superior no grupo que recebeu FP, nas últimas 24 horas e na última semana de vida ($P<0,0001$ e $P<0,001$, respetivamente), sendo que a proporção de doentes com dispneia aumentava com o aumento do volume administrado ($P<0,001$). Foi encontrada tendência, embora não estatisticamente significativa, de maior prevalência de secreções respiratórias no grupo que recebeu FP ($P=0,072$). Além disto, o grupo que recebeu FP nas últimas 24 horas de vida apresentou níveis de confusão significativamente superiores ao grupo que não recebeu FP ($P=0,002$); na última semana de vida essa diferença não foi significativa. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na ansiedade e náuseas.

Três publicações realizadas no Japão avaliaram especificamente a influência do volume de hidratação no controlo de sinais e sintomas.

Os estudos de Yamaguchi *et al*⁴⁴ e de Nakajima *et al*⁴⁷ pretenderam avaliar o efeito da HA baseada numa *guideline* Japonesa, que recomenda que o volume administrado seja $<1\text{L}/\text{dia}$ nos doentes oncológicos em estágio terminal que apresentam sinais de sobrecarga de fluidos.⁵² Destes, o estudo prospetivo observacional de Yamaguchi *et al*⁴⁴ demonstrou que, após 1 semana, a intensidade da secura da boca diminuiu significativamente no grupo que recebeu um alto volume de HA ($\geq 1\text{L}/\text{dia}$) comparativamente ao grupo que recebeu um baixo volume ($<1\text{L}/\text{dia}$). Relativamente a outros sintomas (dor, dispneia, náuseas, vômitos, sonolência, fadiga, inchaço) e sinais de sobrecarga de fluidos não houve diferenças significativas entre os 2 grupos. Foi também constatado que nas últimas 48 horas de vida a prevalência de secreções brônquicas tendeu a ser superior no grupo de alto volume de HA e que o *score* de agitação e a prevalência de delírio hiperativo foram significativamente maiores no grupo de baixo volume.

O estudo de “antes e depois” de Nakajima *et al*,⁴⁷ que envolveu apenas doentes oncológicos que apresentavam sintomas relacionados com hidratação (náuseas, dor/distensão abdominal, edema periférico e dispneia), demonstrou que o seguimento desta *guideline* e consequente redução do volume médio administrado de $1525\text{mL}/\text{dia}$ (pré-intervenção) para $753\text{mL}/\text{dia}$ (pós-intervenção) resultou em melhoria significativa de todos os sintomas (náuseas $P=0,024$; dor abdominal/distensão $P=0,003$; edema periférico $P<0,0001$; dispneia $P=0,046$).

Foi ainda avaliada a influência do volume de hidratação numa terceira publicação, não relacionada com a *guideline* Japonesa. Nakajima *et al*, num estudo prospetivo observacional,⁴⁶ dividiu os doentes (75 doentes) com cancro de origem abdominal em 2 grupos: grupo de HA (recebeu $\geq 1\text{L}/\text{dia}$ 1 e 3 semanas antes da morte) (32 doentes) e

grupo não hidratação (não recebeu $\geq 1\text{L}/\text{dia}$ 1 e 3 semanas antes da morte) (43 doentes). A percentagem de doentes com aumento nos *scores* de edema, ascite e secreções brônquicas nas últimas 3 semanas de vida foi significativamente superior no grupo de HA ($P=0,040$, $P=0,037$ e $P=0,036$, respetivamente). Não houve diferenças significativas no grau de derrame pleural, prevalência de delírio hiperativo e nos *scores* de comunicação e agitação entre os 2 grupos.

Davies *et al*, numa publicação recente,⁴⁹ pretendeu, através de um ensaio clínico randomizado de viabilidade, responder à questão “se um estudo definitivo (com poder estatístico) pode ser feito” relativo ao uso rotineiro de HP no fim de vida. O estudo foi realizado no Reino Unido em áreas com equipas de CP. De um total de 199 doentes, 126 foram alocados ao grupo A (recebiam cuidados da boca regulares e outros cuidados usuais) e 73 ao grupo B (recebiam HP, cuidados da boca e outros cuidados usuais), sendo o volume de HP administrado dependente do peso do doente, variando entre 1-2L/dia. 38,5% dos doentes descontinuaram a HP, referindo como razão primária: edema localizado (n=13), secreções respiratórias (n=6), edema generalizado (n=5), problemas relacionados com o local de administração (n=2), náuseas e vômitos (n=1) e outro motivo não reportado (n=1). Foram ainda reportados outros efeitos adversos relacionados com a hidratação no grupo B, que não foram, no entanto, razão primária de descontinuação da HP. No grupo A não houve eventos adversos significativos para o estudo. Tal como em estudos anteriormente referidos, a frequência de delírio hiperativo e a incidência de estertor foram semelhantes nos 2 grupos, no entanto a necessidade de medicação para o estertor foi significativamente mais tardia no grupo B ($P<0,001$).

4.2.2. Conforto

O estudo de Yamaguchi *et al*⁴⁴, o único que avaliou o impacto do uso de HA em fim de vida no conforto do doente, não demonstrou uma diferença significativa entre o grupo de alto ($\geq 1\text{L}/\text{dia}$) e baixo ($< 1\text{L}/\text{dia}$) volume de hidratação após 1 semana.

4.2.3. Qualidade de vida

Três publicações avaliaram o impacto na qualidade de vida (Qdv). Bruera *et al*⁴⁵ demonstrou que apesar de haver uma tendência para melhoria, não se verificou alteração significativa na QdV entre o grupo que recebeu HP (1L/dia) e o grupo placebo (100mL/dia), após 1 semana.

Yamaguchi *et al*⁴⁴ demonstrou que não houve diferenças significativas na QdV entre o grupo de alto ($\geq 1\text{L}/\text{dia}$) e baixo ($< 1\text{L}/\text{dia}$) volume de HA, também após 1 semana.

No entanto, o estudo de Nakajima *et al*⁴⁷ demonstrou que, nos doentes que apresentavam sintomas relacionados com hidratação e que passaram a receber volumes

diários <1L/dia, houve uma melhoria significativa nos scores de QdV após 1 semana ($P<0,0001$).

4.2.4. Sobrevida

A sobrevida foi avaliada em 2 publicações, sendo os resultados obtidos discordantes. Bruera *et al*⁴⁵ demonstrou que a sobrevida global não diferiu significativamente entre o grupo que recebeu HP (1L/dia) e o grupo placebo (100mL/dia), tendo sido 21 dias em média no grupo de HP e 15 dias no grupo placebo ($P= 0,83$).

No entanto, Davies *et al*⁴⁹ demonstrou que a diferença na sobrevida média entre o grupo que recebeu HP e o que não recebeu foi estatisticamente significativa (4,3 dias no grupo de HP; 2,9 dias no grupo não-HP; $P=0,0387$).

4.3. Percepções e preferências dos doentes e familiares e/ou cuidadores

Apenas 3 publicações analisaram as percepções e preferências dos doentes e familiares e/ou cuidadores, todas através de entrevistas pessoais, utilizando diferentes métodos.

O estudo de Malia e Bennet, realizado num *hospice* no Reino Unido, publicado em 2011, que envolveu 17 pacientes com doenças avançadas, maioritariamente cancro, mostrou que todos os doentes concordaram que a provisão de fluidos é uma necessidade básica e que todos discordaram que a HA reduz a qualidade de vida e os separa dos amigos e familiares.³⁷ Identicamente, o estudo de Cohen *et al*,⁵⁰ demonstrou que a HA representa esperança e conforto para os doentes e também para os familiares cuidadores. Neste estudo, realizado nos EUA e que envolveu 85 doentes com cancro avançado (com ingestão oral diminuída e evidência ligeira-moderada de desidratação) e 84 cuidadores, a HA era vista como um possível meio de prolongar uma vida de dignidade, sendo essencial para a sobrevivência, e como tendo uma qualidade curativa. Os cuidadores foram menos explícitos do que os doentes em atribuir aos fluidos uma qualidade curativa, mas viam a HA como uma ajuda para os doentes se sentirem melhor. Doentes e cuidadores também descreveram a hidratação como um meio de melhorar a qualidade de vida do doente, ao reduzir sintomas como a fadiga e aumentando o estado de alerta; de melhorar o conforto, ao reduzir a dor e aumentar a eficácia da medicação analgésica; e de nutrir o corpo, mente e espírito (aumentava a energia e aparência e melhorava a força e humor).⁵⁰

Por outro lado, o estudo de Torres-Vigil *et al*,⁵¹ que envolveu 122 participantes (54 doentes oncológicos e 68 cuidadores), procurou analisar as respostas à seguinte questão: “São estes fluidos mais como comida ou mais como medicação?”. Nos

resultados, obteve-se que a percentagem de participantes que interpretavam os fluidos mais como comida era superior à dos que interpretavam mais como medicação (38% e 34%, respetivamente), embora 14% interpretassem como ambos. Foi também demonstrado que os participantes de minorias étnicas (Afro-Americanos, Latinos e Américo-Asiáticos) eram mais prováveis do que Europeus-Americanos não-Hispânicos de interpretar a HA como comida ou tanto como comida e medicação ($P=0,034$). No entanto, não houve diferenças significativas nas respostas entre os doentes e cuidadores ou entre o género, idade, relação do cuidador com o doente, severidade da doença ou tipo de cancro.

Apesar de nenhum doente ter concordado que a HA lhe causaria problemas, todos concordaram que desejariam recebê-la se não conseguissem ingerir líquidos, mas apenas se melhorasse a sua qualidade de vida.³⁷ Concordaram ainda que a decisão relativa à HA é importante e deve ser abordada com a equipa médica juntamente com outras decisões importantes (como ressuscitação), enquanto a sua capacidade está preservada para discutir os seus desejos. Todos os doentes queriam ser guiados pela opinião médica, embora para alguns (4 doentes) isso não significava que a equipa médica devesse tomar a decisão.³⁷ Salienta-se também que 6 dos doentes concordaram fortemente que a provisão de HA provavelmente prolongaria a vida e que estavam dispostos a experimentar qualquer medida que a estendesse. Este grupo de doentes incluía todos os 3 doentes não-oncológicos e todos tinham vivido com a sua doença durante vários anos.³⁷

5. Discussão

Foi realizada a revisão sistemática da literatura disponível publicada entre 2011 e 2018 com o objetivo de sumarizar o conhecimento relativo à HA nas últimas semanas de vida em CP, nomeadamente a 1) práticas de prescrição e possíveis fatores influenciadores da decisão, 2) impacto do seu uso no controlo de sintomas, conforto, qualidade de vida e sobrevida e 3) perceções e preferências de doentes e famílias e/ou cuidadores.

A expectativa para este estudo era que a prescrição de HA nas últimas semanas de vida em CP fosse uma prática baseada em evidência científica. Da análise dos dois artigos encontrados, ressalta que existe uma grande variabilidade de práticas de prescrição de HA, tendo-se verificado uma alta taxa de prescrição nos países da América Latina e baixa na Austrália e Nova Zelândia.^{34,43} Esta diferença pode ser explicada pela divergência de opiniões dos clínicos e ambiente cultural que os rodeia. De facto, 90% dos clínicos da Austrália e Nova Zelândia discordaram que a HA é um padrão mínimo de cuidados,⁴³ enquanto 48% dos moderados-altos prescritores da América Latina tinham como opinião que a HA é essencial para atingir os padrões mínimos de cuidados.³⁴

Foi ainda evidente que as opiniões relativas ao impacto da HA no fim de vida eram discordantes entre estes 2 grupos de clínicos. A maioria dos clínicos da América Latina concordava com a eficácia clínica e psicológica da HA, enquanto a maioria dos clínicos da Austrália e Nova Zelândia discordava que esta intervenção seja eficaz na palição de sintomas.^{34,43} Deste modo, os padrões de prescrição de HA no fim de vida aparentam ser largamente influenciados pelas perceções individuais relativas à eficácia da hidratação.

É importante salientar, no entanto, que, de um total de 238 clínicos, apenas 3 prescreveram a 100% dos seus doentes e 3 a 0% dos seus doentes, o que sugere que os clínicos da América Latina tendem a tomar decisões de tratamento individualizadas.³⁴

Outro fator determinante na prática de prescrição de HA pode estar relacionado com as preferências dos doentes e famílias/cuidadores, influenciadas por fatores culturais, emocionais e espirituais/religiosos, como demonstram os estudos que avaliam a perceção dos doentes e famílias/cuidadores. Dos estudos avaliados, a maioria dos doentes e cuidadores/familiares considerava a HA como uma necessidade básica e não como uma intervenção médica; de facto Torres-Vigil et al⁵¹ mostrou que a HA é mais entendida como “comida” (38%) e menos como “medicação” (34%). Foi ainda possível verificar que a maioria dos doentes e familiares/cuidadores acredita que a HA está associada a benefícios no controlo sintomático e na qualidade de vida, e que não se associa a sobrecarga. É necessário salientar que os participantes de minorias étnicas

(Afro-Americanos, Latinos e Américo-asiáticos) tinham maior probabilidade que os Europeus-Americanos não Hispânicos de interpretar HA como comida ou tanto como comida e medicação.⁵¹ Ainda, apesar de menos de metade dos clínicos da Austrália e Nova Zelândia concordar que a HA possa melhorar a qualidade de vida emocional/psicossocial do doente e família, o principal motivo de prescrição de HA foi a palição da preocupação de um familiar ou do doente.⁴³

Os CP são cuidados centrados no doente e respeitam a sua vontade, desejos e preferências, tendo o médico o dever de informar acerca dos possíveis benefícios e sobrecarga associados à HA. A maioria dos estudos que avaliaram o impacto do uso desta terapêutica em fim de vida não demonstrou benefício global desta intervenção no controlo de sintomas, conforto e qualidade de vida, sendo que o estudo *RCT* de Bruera *et al*⁴⁵ é o que possui maior poder estatístico. Este demonstrou que o uso de HA não reduz o risco ou o agravamento de fadiga, sedação, mioclonias ou alucinações. Alguns estudos demonstraram ainda que altos volumes de HA (>1L/dia) estão associados a maior sobrecarga no doente, aumentando de forma estatisticamente significativa a prevalência de sintomas causadores de *distress* físico e emocional para o doente e familiares/cuidadores (secreções brônquicas, edema, ascite, dispneia e confusão).^{44,46,48} O estudo que avaliou especificamente a influência do volume de hidratação em doentes com sintomas possivelmente associados a sobrecarga de volume demonstrou que a redução do volume médio diário para níveis <1L está associada a melhoria significativa desses sintomas (náuseas, dor/distensão abdominal, edema periférico, dispneia) e da qualidade de vida dos doentes.⁴⁷

Em relação ao impacto da HA na sobrevida, a evidência é discordante. Ambos os estudos que avaliaram a sobrevida global demonstraram que os doentes submetidos a HP viveram, em média, um maior número de dias, em comparação com doentes que não receberam ou receberam apenas 100mL/dia de HP (efeito placebo). É importante ressaltar que um ganho na sobrevida de 1,4 dias em doentes oncológicos com prognóstico ≤ 1 semana⁴⁹ ou de 6 dias⁴⁵ em doentes oncológicos em estágio avançado, independentemente de ser estatisticamente significativo ou não, pode ser emocionalmente relevante para alguns doentes e/ou familiares.¹⁵ Contudo, o aumento da sobrevida pode representar unicamente maior sobrecarga para o doente e familiares/cuidadores, o que vai contra os objetivos dos CP de minimizar o sofrimento e preservar ao máximo a qualidade de vida e a dignidade do doente até ao fim de vida.²

Existem algumas limitações nos estudos avaliados. Não é claro se os resultados obtidos podem ser extrapolados para populações de doentes não-oncológicos ou de doentes com desidratação severa, uma vez que apenas 1 dos estudos referentes ao

impacto da HA envolveu doentes não oncológicos e nenhum incluiu doentes com desidratação severa.¹⁵

Atendendo à falta de evidência científica de benefício global do uso de HA em fim de vida, a realização desta intervenção pode ser considerada futilidade terapêutica. De acordo com a Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, cabem no conceito de futilidade terapêutica “todas as prescrições do quotidiano que são feitas sem fundamento, inseridas por vezes em protocolos aplicados sem adaptação ao caso concreto.”⁵³ No entanto, se o doente, após a discussão com o clínico, desejar receber HA deixamos de estar perante este conceito.

6. Conclusões

O uso de HA em doentes em fim de vida é ainda objeto de discussão, com questões éticas, potenciais benefícios e consequências, no centro do debate. A melhor prática permanece indefinida pela falta de evidência científica rigorosa e, em consequência, existe grande variação na gestão da HA em doentes em fim de vida.

A maioria dos estudos que avaliaram o impacto do uso desta terapêutica em fim de vida no controlo de sintomas, conforto e qualidade de vida demonstrou a falta de benefício global desta intervenção.

No entanto, é necessária a consolidação da evidência empírica baseada em estudos com poder estatístico com medidas de *outcomes* curtas e apropriadas aos benefícios e sobrecarga da HA para melhorar os cuidados dos doentes nas últimas semanas de vida. Devem também continuar a ser realizados em paralelo estudos que avaliem as atitudes perante a HA, e particularmente as atitudes dos doentes nos diferentes contextos culturais, através de questionários validados. Ainda, deve ser colocado ênfase em formas proativas de educar os doentes e famílias e até mesmo os clínicos acerca dos benefícios, sobrecarga e possivelmente concepções erradas relativas a HA e posterior avaliação destas estratégias nas perceções da qualidade de cuidados.⁵⁴

Apesar da falta de benefício comprovado, os doentes ou as suas famílias podem requerer um *trial* de hidratação. Uma vez que quantidades pequenas de fluidoterapia são improváveis de causar sobrecarga ao doente e que dados qualitativos sugerem que estão associadas a benefício psicossocial para as famílias, muitos clínicos concordarão a realização de um *trial*.¹⁵

Como conclusão, as decisões relacionadas com o uso de HA devem ter em consideração os valores e preferências do doente e familiares/cuidadores. No entanto, antes de iniciar o *trial*, deve ficar claro que os sintomas podem não responder à fluidoterapia e que a hidratação pode estar associada a riscos. Deste modo, a HA deve ser descontinuada se não existir nenhuma melhoria perceptível.¹⁵

Bibliografia

1. WHO. World Health Organization definition of Palliative Care 2002, disponível online em <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (consultado pela última vez em 18/04/19).
2. Costa MI. Antibiotics in end-of-life care: a systematic review. 2018. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina - Universidade do Porto.
3. Meier DE, McCormick E. Benefits, services and models of subspecialty palliative care. *UpToDate*. 2018:1-45.
4. Saunders C. The evolution of palliative care. *J R Soc Med*. 2001; 94:430–2.
5. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24:91.
6. Schenker Y, Quill TE. Primary palliative care. *UpToDate*. 2018:1-10.
7. Higginson IJ, Addington-Hall JM. Palliative care needs to be provided on basis of need rather than diagnosis. *BMJ* 1999; 318: 123.
8. Bailey FA, Harman SM. Palliative care: The last hours and days of life. *UpToDate*. 2018:1-30.
9. The gold standard framework. The National GSF Centre's guidance for clinicians to support earlier identification of patients nearing the end of life leading to improved proactive person-centred care. Prognostic Indicators Guidance. 2016.
10. Al-Qurainy R, Collis E, Feuer D. Dying in an acute hospital setting: the challenges and solutions. *Int J Clin Pract* 2009; 63:508.
11. Van der Heide A, Veerbeek L, Swart S, et al. End-of-life decision making for cancer patients in different clinical settings and the impact of the LCP. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39:33.
12. Steinhäuser KE, Clipp EC, McNeilly M, et al. In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Ann Intern Med* 2000; 132:825.
13. Miller SC, Kinzbrunner B, Pettit P, Williams JR. How does the timing of hospice referral influence hospice care in the last days of life? *J Am Geriatr Soc* 2003; 51:798.
14. Hallenbeck J. Palliative care in the final days of life: "they were expecting it at any time". *JAMA* 2005; 293:2265.
15. Danis M. Stopping nutrition and hydration at the end of life. *UpToDate*. 2018:1-16.
16. Summary. In: *Approaching Death: Improving care at the end of life*, Field MJ, Cassel CK (Eds), Institute of Medicine National Academy Press, Washington DC 1997. p.4.
17. Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ* 2003; 326:30.
18. Adam J. ABC of palliative care. The last 48 hours. *BMJ* 1997; 315:1600.
19. Ferris FD, von Gunten CF, Emanuel LL. Competency in end-of-life care: last hours of life. *J Palliat Med* 2003; 6:605.
20. Bailey FA, Burgio KL, Woodby LL, et al. Improving processes of hospital care during the last hours of life. *Arch Intern Med* 2005; 165:1722.
21. Plonk WM Jr, Arnold RM. Terminal care: the last weeks of life. *J Palliat Med* 2005; 8:1042.
22. Pantilat SZ. End-of-life care for the hospitalized patient. *Med Clin North Am* 2002; 86:749.
23. Ellershaw JE, Sutcliffe JM, Saunders CM. Dehydration and the dying patient. *J Pain Symptom Manage* 1995; 10:192.
24. McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA* 1994; 272:1263.
25. Burge FI. Dehydration and provision of fluids in palliative care. What is the evidence? *Can Fam Physician* 1996; 42:2383.

26. Burge FI. Dehydration symptoms of palliative care cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1993; 8:454.
27. Morita T, Tei Y, Tsunoda J, et al. Determinants of the sensation of thirst in terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 2001; 9:177.
28. Waller A, Hershkowitz M, Adunsky A. The effect of intravenous fluid infusion on blood and urine parameters of hydration and on state of consciousness in terminal cancer patients. *Am J Hosp Palliat Care* 1994; 11:22.
29. Viola RA, Wells GA, Peterson J. The effects of fluid status and fluid therapy on the dying: a systematic review. *J Palliat Care* 1997; 13:41.
30. Blank RH. End-of-life decision making across cultures. *J Law Med Ethics* 2011; 39:201.
31. Casarett D, Kapo J, Caplan A. Appropriate use of artificial nutrition and hydration—fundamental principles and recommendations. *N Engl J Med*. 2005; 353(24):2607-2612.
32. Vidal M, Hui D, Williams J, Bruera E. A prospective study of hypodermoclysis performed by caregivers in the home setting. *J Pain Symptom Manage*. 2016; 52(4):470.
33. Bartz L, Klein C, Seifert A, et al. Subcutaneous administration of drugs in palliative care: results of a systematic observational study. *J Pain Symptom Manage* 2014; 48:540.
34. Torres-Vigil I, R MT, Alberto A-B, et al. Practice Patterns and Perceptions About Parenteral Hydration in the Last Weeks of Life: A Survey of Palliative Care Physicians in Latin America. *J Pain Symptom Manage*.
35. Bear AJ, Bukowy EA, Patel JJ. Artificial Hydration at the End of Life. *Nutrition Clinical Practice*. 2017;32(5):628-632.
36. Hui D, Dev R, Bruera E. The last days of life: symptom burden and impact on nutrition and hydration in cancer patients. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2015;9(4):346-354.
37. Malia C, Bennett MI. What influences patients' decisions on artificial hydration at the end of life? A Q-methodology study. *J Pain Symptom Manage* 2011;42(2):192-201.
38. Good P, Cavenagh J, Mather M, et al.: Medically assisted hydration for adult palliative care patients. The Cochrane Collaboration. 2014.
39. Dalal S, Del Fabbro E, Bruera E: Is there a role for hydration at the end of life? *Curr Opin Support Palliat Care* 2009;3:72–78.
40. Gent MJ, Fradsham S, Whyte GM, et al.: What influences attitudes towards clinically assisted hydration in the care of dying patients? A review of the literature. *BMJ Support Palliat Care* 2015;5:223–231.
41. Mercandante S, Ferrera P, Girelli D, Casuccio A. Patients' and relatives' perceptions about intravenous and subcutaneous hydration. *J Pain Symptom Manage* 2005;30:354e358.
42. Musgrave CF, Bartal N, Opstad J. Intravenous hydration for terminal patients: what are the attitudes of Israeli terminal patients, their families, and their health professionals? *J Pain Symptom Manage* 1996;12:47e51.
43. Oehme J, Sheehan C. Use of Artificial Hydration at the End of Life: A Survey of Australian and New Zealand Palliative Medicine Doctors. *J Palliat Med*. 2018;21(8):1145-1151.
44. Yamaguchi T, Morita T, Shinjo T, et al. Effect of parenteral hydration therapy based on the Japanese national clinical guideline on quality of life, discomfort, and symptom intensity in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2012;43(6):1001-1012.
45. Bruera E, Hui D, Dalal S, et al. Parenteral hydration in patients with advanced cancer: A multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial. *J Clin Oncol*. 2013;31(1):111-118.

46. Nakajima N, Hata Y, Kusumoto K. A Clinical Study on the Influence of Hydration Volume on the Signs of Terminally Ill Cancer Patients with Abdominal Malignancies. *J Palliat Med.* 2013;16(2):185-189.
47. Nakajima N, Takahashi Y, Ishitani K. The Volume of Hydration in Terminally Ill Cancer Patients with Hydration-Related Symptoms: A Prospective Study. *J Palliat Med.* 2014;17(9):1037-1041.
48. Fritzson A, Tavelin B, Axelsson B. Association between parenteral fluids and symptoms in hospital end-of-life care: An observational study of 280 patients. *BMJ Support Palliat Care.* 2015;5(2):160-168.
49. Davies AN, Waghorn M, Webber K, Johnsen S, Mendis J, Boyle J. A cluster randomised feasibility trial of clinically assisted hydration in cancer patients in the last days of life. *Palliat Med.* 2018;32(4):733-743.
50. Cohen MZ, Torres-Vigil I, Burbach BE, De La Rosa A, Bruera E. The meaning of parenteral hydration to family caregivers and patients with advanced cancer receiving hospice care. *J Pain Symptom Manage.* 2012;43(5):855-865.
51. Torres-Vigil I, Cohen MZ, De La Rosa A, et al. Food or Medicine: Ethnic Variations in Perceptions of Advanced Cancer Patients and their Caregivers Regarding Artificial Hydration During the Last Weeks of Life. *BMJ Support Palliat Care.* 2012;2(3):276-279.
52. Morita T, Bito S, Koyama H, Uchitomi Y, Adachi I. Development of a National Clinical Guideline for Artificial Hydration Therapy for Terminally Ill Patients with Cancer. *J Palliat Med.* 2007;10(3):770-780.
53. ARS Norte. Debatido no Seminário sobre a futilidade terapêutica e o papel das comissões de ética para a saúde em 21/09/2011.
54. Gent MJ, Fradsham S, Whyte GM, Mayland CR. What influences attitudes towards clinically assisted hydration in the care of dying patients? A review of the literature. *BMJ Support Palliat Care.* 2015;5(3):223-231.

Anexos

Tabela I – Critérios para a necessidade de avaliação por Cuidados Paliativos no momento da admissão (adaptada da referência bibliográfica 3: Meier DE, McCormick E. Benefits, services and models of subspecialty palliative care. *UpToDate*. 2018:1-45.).

Condição potencialmente limitadora ou ameaçadora de vida e:
Critérios primários
“Pergunta surpresa”: não ficaria surpreendido se o doente em causa falecesse nos próximos 12 meses
Admissões hospitalares frequentes (por exemplo, mais do que uma admissão pela mesma condição em vários meses)
Admissão motivada pelo difícil controlo de sintomas físicos ou psicológicos
Necessidade de cuidados complexos (por exemplo, dependência funcional, suporte domiciliar complexo para ventilador, antibióticos, alimentação)
Declínio na função, intolerância na alimentação ou perda ponderal não intencionada
Critérios secundários
Admissão de uma unidade de cuidados de longa duração ou de uma estrutura residencial para idosos (ERPI)
Paciente idoso, cognitivamente debilitado, com fratura aguda da anca
Cancro localmente avançado ou metastático incurável
Uso crónico de oxigenoterapia domiciliar
Paragem cardíaca fora do ambiente hospitalar
Envolvimento atual ou passado num programa de um <i>hospice</i>
Suporte social limitado
Ausência de discussão prévia relativa a Diretivas antecipadas ou de finalização de documento relativo às mesmas

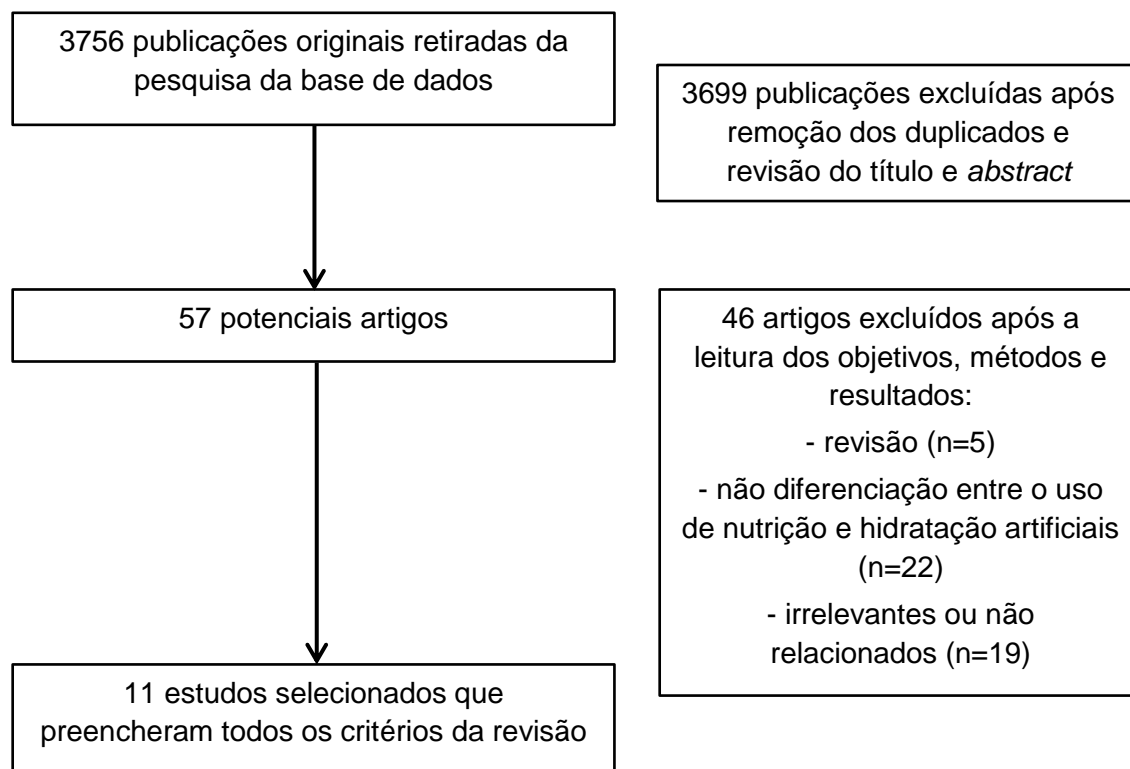


Figura 1 – Esquema do processo de pesquisa e seleção das publicações originais.

Tabela II - Práticas de prescrição de hidratação artificial no fim de vida e possíveis fatores influenciadores da decisão.

Título	Autores	Ano de publicação	Tipo de estudo	Local/ Associação	População		Conclusões
					Tamanho da amostra	Características	
<i>Practice Patterns and Perceptions About Parenteral Hydration in the Last Weeks of Life: A survey of Palliative Care Physicians in Latin America</i>	Torres-Vigil I, Mendoza TR, Alonso-Babarro A, De Lima L, Cárdenas-Turanzas M, Hernandez M, De la Rosa A, Bruera E	2012	Inquérito Transversal (online, anônimo, de 02/2010 a 04/2010)	18 países da América Latina/ Membros da <i>American Association of Palliative Care (ALCP)</i>	238	<p>Sexo feminino: 60%</p> <p>Idade <45 anos: 58%</p> <p>Anos de experiência em CP: 23% entre 1-4 e 16% com ≥15</p> <p>≥80% de prática habitual em CP: 52%</p> <p>Hospício e Unidade de CP: 57%</p> <p>Argentina, Brasil e México: 53%</p> <p>Região Metropolitana: 84%</p> <p>Religião Católica: 72% (66% com alta importância da religião na sua vida)</p>	<p>Prevalência: 60% prescreveram a 40-100% dos seus doentes</p> <p>Volume administrado: 63% prescreveram 500-1000 mL/dia</p> <p>Via de administração: 59% escolheram a IV no hospital e 68% a SC em casa</p> <p>Existência de guideline relativa a HA em fim de vida: 23%</p> <p>Motivos: NM</p> <p>Opiniões: dos clínicos que prescreveram a 40-100% dos seus doentes: alivia o delírio (71%) e sensação de sede (63%); melhora a forma como o doente se sente (71%); é psicologicamente útil para os doentes (64%); no geral é benéfica para os doentes (79%); é essencial para atingir os padrões mínimos de cuidados (48%). Dos clínicos que prescreveram a 0-30% dos seus doentes: a sua privação alivia a tosse/expetoração/dispneia (51%).</p> <p>Preditores de moderada/alta prescrição: concordar que é eficaz clínica e psicologicamente (OR 3,5), discordar que a sua privação alivia sintomas (OR 3,3), concordar que é essencial para atingir os padrões mínimos de cuidados (OR 3,2), preferir a via SC para conforto do doente e uso em casa (OR 2,9) e idade <45 anos (OR 2,6).</p>

<p><i>Use of Artificial Hydration at the End of Life: A Survey of Australian and New Zealand Palliative Medicine Doctors</i></p>	<p>Oehme J and Sheehan C</p>	<p>2018</p>	<p>Inquérito Transversal (online, anônimo, de 09/2015 a 11/2015)</p>	<p>Austrália e Nova Zelândia/ Membros da Australian and New Zealand Society of Palliative Medicine (ANZSPM)</p>	<p>136</p>	<p>Sexo feminino: 62,5% Idade: NM ≥10 anos de experiência em CP: 54,4% 76-100% de prática habitual em CP: 79,4% Unidade e consulta de CP : 75% Austrália: 75,7% Região Metropolitana: 72,8% Religião: NM</p>	<p>Prevalência: 76,5% prescreveram a 0-10% dos seus doentes Volume administrado: 66,4% prescreveram 501-1000 mL/dia Via de administração: 97,6% escolheram a SC Existência de guideline relativa a HA em fim de vida: 14% (16% não tinham a certeza) Motivos: preocupação de um familiar (45,1%), preocupação do doente (15,6%), possível alívio de sintoma físico (11,7%), hipercalemia (10,4%), sensação de sede (9,8%), toxicidade opióide (5,9%), delírio (5,2%) e desidratação (4,2%). Opiniões: discordaram ou discordaram fortemente que: é um padrão mínimo de cuidados (90,0%); a sua privação frequentemente encurta a sobrevida do doente (85,2%); é eficaz para a palição de sintomas (66,6%). Apenas 46,7% concordaram ou concordaram fortemente que a HA pode melhorar a qualidade de vida não-física do doente/família. A maioria era da opinião que: não prolonga a vida; <u>melhora</u> a preocupação do doente ou família (relacionada com a baixa ingestão oral) e sintomas de hipercalemia e desidratação; tem <u>efeito nulo</u> na fadiga, nível reduzido de consciência, agitação, vômitos, mioclônus, sede, delírio, tosse e sintomas de obstrução intestinal; <u>agrava ou agrava marcadamente</u> o edema subcutâneo, secreções do trato respiratório superior, preocupação da família devido a sinais de sobrecarga de volume, ascite, desconforto físico secundário à via de administração, dispneia e sintomas urinários. Fatores influenciadores: percepção da falta de benefício e possibilidade de dano.</p>
--	------------------------------	-------------	--	---	------------	---	---

CP – Cuidados Paliativos; IV – intravenosa; SC – subcutânea; HA – hidratação artificial; NM - não mencionado; OR – odds ratio.

Tabela IIIII – Impacto do uso de hidratação artificial nas últimas semanas de vida em Cuidados Paliativos.

Título	Autores	Ano de publicação	Tipo de estudo	Local	População		Conclusões
					Tamanho da amostra	Características	
<i>Effect of Parenteral Hydration Therapy Based on the Japanese National Clinical Guideline on Quality of Life, Discomfort, and Symptom Intensity in Patients With Advanced Cancer</i>	Yamaguchi T <i>et al</i>	2012 (10/2006 a 10/2008, e observados até 06/2009)	Prospetivo observacional multicêntrico	Japão (30 unidades de oncologia, 22 de CP e 2 serviços paliativos domiciliares)	161	Doentes com ≥ 20 anos com cancro abdominal avançado e redução severa da ingestão oral que receberam HA baseada numa guideline Japonesa ¹ – foram divididos num grupo de alto volume de HA ($\geq 1\text{L}/\text{dia}$) e baixo volume ($< 1\text{L}/\text{dia}$). Idade (média): 71,4 Sexo masculino: 55,9% Cancro 1º gastrointestinal (incluindo reto): 58,3% Motivo para baixa ingestão oral: 47,7% por obstrução intestinal; 45,3% por progressão da doença ECOG PS ≥ 3: 85,7% Sobrevida (média): 20 dias; 12 doentes sobreviveram até ao fim do estudo	Controlo de sintomas: a intensidade da secura da boca diminuiu significativamente mais no grupo de alto volume de HA após 1 semana. Nos outros sintomas (dor, dispneia, náuseas, vômitos, sonolência, fadiga, inchaço) e sinais de retenção de líquidos não houve diferenças significativas entre os 2 grupos. Nas últimas 48h de vida: a prevalência de secreções brônquicas tendeu a ser superior no grupo de alto volume de HA; o <i>score</i> de agitação e a prevalência de delírio hiperativo foram significativamente maiores no grupo de baixo volume. Conforto e Qualidade de vida: não houve diferenças significativas entre os 2 grupos após 1 semana. Sobrevida: NA.
<i>Parenteral Hydration in Patients With Advanced Cancer: A Multicenter, Double-Blind, Placebo-Controlled Randomized Trial</i>	Bruera E, Hui D, Dalal S, Torres-Vigil I, Trumble J, Roosth J, Krauter S, Strickland C, Unger K, Palmer JL, Allo J, Frisbee-Hume S, Tarleton K	2013 (recrutados entre 02/2007 e 04/2011)	Ensaio clínico randomizado controlado com placebo, duplamente-cego, multicêntrico	5 hospices em Houston nos EUA	96 (49 no grupo de HA e 53 no grupo placebo)	Doentes com ≥ 18 anos com cancro avançado (com ingestão oral de líquidos diminuída e evidência de desidratação ligeira-moderada) aleatoriamente distribuídos para receber HP (1L/dia) ou placebo (100mL/dia) diariamente durante 4h. As características de base eram semelhantes entre os grupos. Idade (média): 67 Sexo masculino: 53% Raça branca: 60% Cancro 1º gastrointestinal (incluindo reto): 36% Motivo para baixa ingestão oral: NM ECOG PS ≥ 3: 89% Sobrevida (média): 17 dias	Controlo de sintomas: Ao 4º e 7º dia de estudo não foram encontradas diferenças significativas entre os 2 grupos na melhoria dos 4 sintomas de desidratação – fadiga, mioclonia, sedação e alucinações ($P=0,77$) – ou em qualquer sintoma individualmente. Em ambos os grupos a maioria dos doentes reportou melhoria sintomática global. Verificou-se a tendência, embora não estatisticamente significativa, de menor deterioração nos scores de delírio no grupo de HP ($P=0,085$). Conforto: NA. Qualidade de vida: não diferiu significativamente entre os 2 grupos ($P>0,05$).

							<p>Score de desidratação: não houve diferenças significativas entre os 2 grupos na mudança do score do dia inicial ao dia 4 ou ao dia 7 do estudo.</p> <p>Sobrevida global: não diferiu significativamente entre os 2 grupos (média 21 dias para o grupo de HP e 15 dias para o grupo placebo, $P=0,83$).</p>
<p><i>A Clinical Study on the Influence of Hydration Volume on the Signs of Terminally Ill Cancer Patients with Abdominal Malignancies</i></p>	<p>Nakajima N, Hata Y, Kusumoto K</p>	<p>2013 (04/2004 a 03/2008)</p>	<p>Prospetivo observacional</p>	<p>Japão (departamento de Cirurgia de 2 hospitais)</p>	<p>75 (32 no grupo de HA e 43 no grupo não-hidratação).</p>	<p>Doentes com ≥ 20 anos com cancro de origem abdominal em estágio terminal (com < 3 meses de EMV) divididos em 2 grupos: grupo de HA (recebeu $\geq 1L/dia$ 1 e 3 semanas antes da morte) e grupo não hidratação (não recebeu $\geq 1L/dia$ 1 e 3 semanas antes da morte). As características de base eram semelhantes entre os grupos.</p> <p>Idade (média): 65</p> <p>Sexo masculino: 57,3%</p> <p>Raça: NM</p> <p>Cancro 1º gastrointestinal (incluindo reto): 85,3%</p> <p>ECOG PS ≥ 3: 72%</p> <p>Sobrevida (média): NM, mas pelo menos ≥ 3 semanas</p>	<p>Controlo de sintomas: a percentagem de doentes com aumento nos scores de edema, ascite e secreções brônquicas nas últimas 3 semanas de vida foi significativamente superior no grupo de HA ($P=0,040$, $P=0,037$ e $P=0,036$, respetivamente). Não houve diferenças significativas no grau de derrame pleural, prevalência de delírio hiperativo e nos scores de comunicação e agitação entre os 2 grupos.</p> <p>Conforto: NA</p> <p>Qualidade de vida: NA</p> <p>Score de desidratação: o agravamento do score foi significativamente superior no grupo de não-hidratação ($P=0,027$), nas últimas 3 semanas de vida.</p> <p>Sobrevida: NA</p>

<p><i>The Volume of Hydration in Terminally Ill Cancer Patients with Hydration-Related Symptoms: A Prospective Study</i></p>	<p>Nakajima N, Takahashi Y, Ishitani K</p>	<p>2014 (04/2011 a 03/2013)</p>	<p>De "antes e depois"</p>	<p>Hospital Geral no Japão</p>	<p>78</p>	<p>Doentes oncológicos com >20 anos (e EMV <2 meses) em estágio terminal com sintomas relacionados com hidratação (náuseas, dor abdominal/distensão, edema periférico ou dispneia) que foram transferidos para CP. Foi realizada HA de acordo com a guideline Japonesa¹ em conjunto com terapêutica farmacológica e avaliados os resultados 1 semana após. Idade (média): 65 Sexo masculino: 55,1% Raça: NM Cancro 1º gastrointestinal (incluindo reto): 48,7% ECOG PS: NM Sobrevida (média): não se aplica Prevalência de sintomas: edema periférico (41,0%), dor abdominal/distensão (28,2%), náuseas (20,5%), dispneia (19,2%)</p>	<p>Controlo de sintomas: todos os sintomas relacionados com a hidratação melhoraram significativamente (náuseas $P=0,024$; dor abdominal/distensão $P=0,003$; edema periférico $P<0,0001$; dispneia $P=0,046$).</p> <p>Conforto: NA</p> <p>Qualidade de vida: os scores gerais de qualidade de vida melhoraram significativamente ($P<0,0001$). A satisfação global e sensação de benefício também melhoraram significativamente ($P=0,0001$ e $P=0,001$, respetivamente).</p> <p>Sobrevida: NA</p>
<p><i>Association between parenteral fluids and symptoms in hospital end-of-life care: an observational study of 280 patients</i></p>	<p>Fritzon A, Tavelin B, Axelsson B</p>	<p>2015 (01/2011 a 06/2012)</p>	<p>De coorte histórico (avaliação de registos clínicos)</p>	<p>Hospital na Suécia</p>	<p>251</p>	<p>Pacientes em estágio terminal (com doença cardíaca, pulmonar, cancro ou outras) que faleceram no hospital. Após a consulta dos registos médicos foram formados 2 grupos: grupo que recebeu fluidos parentéricos² (FP) 24h ou última semana de vida e grupo que não recebeu volume. As características de base eram semelhantes entre os grupos de FP e não-FP. Idade (média): 80 Sexo masculino: 50% Raça: NM Cancro: NM ECOG PS: NM Sobrevida (média): não se aplica</p>	<p>Controlo de sintomas: a prevalência de dispneia documentada foi superior nos grupos que receberam FP, tanto nas últimas 24h de vida como na última semana de vida ($P<0,0001$ e $P<0,001$, respetivamente); a proporção de doentes com dispneia aumentava com maiores volumes administrados ($P<0,001$). Foi encontrada tendência, embora não estatisticamente significativa, para maior prevalência de secreções respiratórias no grupo de FP ($P=0,072$).</p> <p>O grupo que recebeu FP nas últimas 24h de vida apresentou níveis de confusão significativamente superiores ao grupo que não recebeu FP ($P=0,002$); na última semana de vida não se verificaram diferenças significativas.</p>

							<p>Não foram encontradas diferenças clinicamente significativas na ansiedade e náuseas.</p> <p>Conforto: NA</p> <p>Qualidade de vida: NA</p> <p>Sobrevida: NA</p>
<p><i>A cluster randomized feasibility trial of clinically assisted hydration in cancer patients in the last days of life</i></p>	<p>Davies AN, Waghorn M, Webber K, Johnsen S, Mendis J, Boyle J</p>	<p>2018 (02/2015 a 02/2016)</p>	<p>Ensaio clínico randomizado de viabilidade (<i>cluster</i>)</p>	<p>Locais com equipas de CP especializadas no Reino Unido (4 centros oncológicos e 6 <i>hospices</i>)</p>	<p>199 (73 no grupo de B e 126 no grupo A)</p>	<p>Doentes oncológicos com ≥ 18 anos com prognóstico ≤ 1 semana, sem capacidade para manter uma ingestão de líquidos suficiente (1L/dia) e sem sinais de desidratação. Foram alocados ao grupo A (cuidados da boca regulares e outros cuidados usuais) ou ao grupo B (HP, cuidados da boca e outros cuidados usuais). O volume de HP administrado era dependente do peso do doente (<45Kg – 1L/dia; 45-60Kg – 1,5L/dia e >60Kg – 2L/dia).</p> <p>Idade (média): 74</p> <p>Sexo feminino: 58%</p> <p>Raça branca: 92,5%</p> <p>Cancro 1º gastrointestinal (incluindo reto): 33,5%</p> <p>ECOG PS: NM (mas 75,5% tinham comorbilidades significativas)</p>	<p>Controlo de sintomas: Foram reportados efeitos adversos no <u>grupo B</u>, sendo que nenhum foi classificado como severo. 38,5% dos doentes descontinuaram a HP e referiram como razão primária: edema localizado (n=13), secreções respiratórias (n=6), edema generalizado (n=5), problemas relacionados com o local de administração (n=2), náuseas e vómitos (n=1) e outro motivo não reportado (n=1). Outros efeitos adversos foram reportados por doentes, mas sem serem o motivo primário de descontinuação: edema localizado (n=4), náuseas (n=1), secreções respiratórias (n=1), dispneia (n=1), reação no local de administração (n=1), entre outros. Não foram reportados eventos adversos significativos para o estudo no <u>grupo A</u>. A frequência de delírio hiperativo e a incidência de estertor foram semelhantes nos 2 grupos, mas a necessidade de medicação para o estertor foi significativamente mais tardia no grupo B ($P < 0,001$).</p> <p>Conforto: NA</p> <p>Qualidade de vida: NA</p> <p>Sobrevida média: no grupo B foi 4,3 dias; no grupo A foi 2,9 dias; a diferença entre os 2 grupos foi estatisticamente significativa ($P = 0,0387$).</p>

HA – hidratação artificial; HP – hidratação parentérica; FP¹ – fluidos parentéricos; NM – não mencionado; NA – não avaliado; *ECOG PS - Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status*; *EMV – Esperança média de vida*.

- 1- recomenda que o volume administrado seja <1000mL/dia nos doentes oncológicos em estágio terminal que apresentam sinais de sobrecarga de fluidos.
- 2- inclui soluções de hidratação, soluções de nutrição, infusões de fármacos e produtos sanguíneos. Dos doentes que receberam FP nas últimas 24 horas e na última semana de vida, 91% e 96%, respetivamente, receberam soluções de hidratação, tendo sido estes os fluidos mais comumente administrados em ambos os momentos. A percentagem de doentes que recebeu os outros tipos de fluidos foi bastante inferior (apenas 20% e 24% receberam nutrição parentérica nas últimas 24 horas e na última semana de vida, respetivamente; 22% e 29% receberam infusões de fármacos nas últimas 24 horas e na última semana de vida, respetivamente; 14% e 25% receberam produtos sanguíneos nas últimas 24 horas e na última semana de vida, respetivamente).

Tabela IVV – Percepções e preferências dos doentes e familiares e/ou cuidadores relativas à hidratação artificial em fim de vida.

Título	Autores	Ano de publicação	Tipo de estudo	Local	População		Conclusões
					Tamanho da amostra	Características	
<i>What Influences Patients' Decisions on Artificial Hydration at the End of Life? A Q-Methodology Study</i>	Malia C and Bennett MI	2011	Entrevista usando a metodologia Q	Hospice do Reino Unido	17 doentes	Pacientes com doenças avançadas (maioria com cancro avançado e 3 com doença respiratória terminal) Idade (média): 66,1 Sexo: NM Etnia Britânica de raça branca: 76,5% Experiência prévia com HA: 100% Sobrevida (média): NM Karnofsky PS (média): 45,5	<p>Percepções dos doentes: 100% concordaram que a provisão de fluidos é uma necessidade básica, a decisão relativa à HA é importante e que não são influenciados por informação da <i>internet</i> ou televisão. 100% discordaram que a HA reduz a QdV. Nenhum concordou que a HA causaria problemas.</p> <p>Preferências dos doentes: 100% concordaram que desejariam receber HA se não conseguissem ingerir líquidos, mas só se melhorasse a sua QdV; a decisão deve ser discutida com a equipa médica enquanto eles têm capacidade; e que seriam guiados pelas sugestões da equipa médica (o que não significa que a equipa médica deva realizar a decisão).</p> <p>Percepções e preferências dos familiares/cuidadores: NA</p>

<i>The Meaning of Parenteral Hydration to Family Caregivers and Patients With Advanced Cancer Receiving Hospice Care</i>	Cohen MZ, Torres-Vigil I, Burbach BE, De la Rosa A, Bruera E	2012	Entrevista fenomenológica	Hospice no Sul dos EUA	85 doentes e 84 cuidadores	Doentes com cancro avançado ¹ (com ingestão oral diminuída e evidência ligeira-moderada de desidratação) e cuidadores	Perceções dos doentes e cuidadores: a HA representa esperança e conforto – vista como um meio de: prolongar uma vida de dignidade, sendo essencial para a sobrevivência; melhorar a QdV, ao reduzir sintomas como fadiga e aumentando o estado de alerta; melhorar o conforto do doente ao reduzir a dor; aumentar a eficácia dos analgésicos e de nutrir o corpo, mente e espírito. Era também vista como tendo uma qualidade curativa (menos explícito para os cuidadores). Preferências dos doentes e familiares/ cuidadores: NA
						Doentes Idade (média): 67 Sexo feminino: 54% Raça branca: 61% Cancro Gastrointestinal: 44% Sobrevivência (média): NM Karnofsky PS: NM	
<i>Food or Medicine: Ethnic Variations in Perceptions of Advanced Cancer Patients and their Caregivers Regarding Artificial Hydration During the Last Weeks of Life</i>	Torres-Vigil I, Cohen MZ, De la Rosa A, Cárdenas-Turanzas ML, Burbach BE, Tarleton KW, Shen WM, Bruera E	2012	Entrevista	Hospice nos EUA	54 doentes e 68 cuidadores	Doentes com ≥18 anos e cancro avançado ¹ e cuidadores primários Idade 18-60 anos: 55%; Sexo feminino: 66% Etnia Europeia-Americana não-hispânica: 58%	Perceções dos doentes e cuidadores: 38% dos participantes interpretavam os fluidos mais como comida, 34% mais como medicação e 14% como ambos. Não houve diferenças significativas nas respostas entre os doentes e cuidadores ou entre o género, idade, relação do cuidador com o doente, severidade da doença ou tipo de cancro. Os participantes de minorias étnicas (Afro-Americanos, Latinos e Américo-Asiáticos) eram mais prováveis do que Europeus-Americanos não-Hispânicos de interpretar a HA como comida ou tanto como comida e medicação (OR 2,7). Preferências dos doentes e familiares/ cuidadores: NA
						Doentes Cancro Gastrointestinal: 44% Sobrevivência (média): 39 dias Karnofsky PS: NM	

NM – não mencionado; NA – não avaliado; HA – Hidratação artificial; PS – Performance Scale; QdV – qualidade de vida; OR – *odds ratio*; EUA – Estados Unidos da América.

1 – envolvidos num estudo randomizado controlado com placebo, duplamente-cego, cujo objetivo era avaliar a eficácia da HA subcutânea em doentes oncológicos em *hospices*. A avaliação das suas perceções foi um componente adicional e opcional do estudo maior.

