Rev Clin Esp. 2024;224(Supl 1):S909

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

1205 - USO DE OPIOIDES EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Marina Daza Sánchez[1], *David García Calle*[1], *Ana Belén Cuello Castaño*[1], *Julia Sánchez Arribas*[1], *Esther Montero Hernández*[2], *Carmen de Juan Álvarez*[3], *Beatriz Calvo Porqueras*[4], *Susana Olivera González*[5], *Peter Schneider* [6], *Juan Francisco Benítez Macias*[7], *José Ángel García García*[8], *Inmaculada Páez Rubio*[9], *Ana María Pérez Méndez*[10] *y Javier Abellán Martínez*[11]

[1]*Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.* [2]*Hospital Universitario Puerta del Hierro, Majadahonda, España.* [3]*Hospital Severo Ochoa, Leganés, España.* [4]*Hospital de Valdepeñas, Valdepeñas, España.* [5]*Hospital de Denia, Denia, España.* [6]*Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia, España.* [7]*Hospital San Carlos, San Fernando, España.* [8]*Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España.* [9]*Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.* [10]*Hospital Universitario Ntra. Sra. Candelaria-Hospital de Ofra, Santa Cruz de Tenerife, España.* [11]*Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, España.*

Resumen

Objetivos: El tratamiento con morfina de forma rutinaria en pacientes con insuficiencia cardíaca no está recomendado en las Guías de Práctica Clínica. Sin embargo, los opioides (tanto morfina como otros) son fármacos de uso habitual para control de síntomas en pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios. Los objetivos de este estudio son: 1. Valorar la prevalencia del uso de mórficos en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca. 2. Definir las características de los pacientes en los que se utilizan estos fármacos. 3. Valorar la relación de la utilización de estos fármacos con la mortalidad.

Métodos: Análisis retrospectivo que incluyó pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca aguda en 74 hospitales españoles. Se dividieron en dos grupos en función de si habían recibido tratamiento con mórficos durante el ingreso o no. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, datos clínicos, hallazgos en ECG y ecocardiografía, tratamiento, complicaciones y mortalidad a los 6 meses. Se realizó un análisis univariante y multivariante con regresión de Cox para evaluar factores relacionados con la mortalidad a los 30 días. Finalmente se representó la mortalidad a los 30 días mediante una curva de supervivencia. Los análisis se realizaron con el programa SPSS vs. 26.0.

Resultados: Se incluyeron un total de 1887 pacientes de los cuales 489 (25,9%) fueron tratados con mórficos durante el ingreso por insuficiencia cardíaca. En la tabla 1 están detalladas las características de ambos grupos en función del tratamiento con mórficos. A destacar, se utilizaron más en pacientes con comorbilidades, con IC y fracción de eyección del ventrículo izquierdo deprimida (< 40%), con más complicaciones durante el ingreso y que precisaron de otros fármacos, tanto para insuficiencia cardíaca como para control de síntomas. En el análisis multivariante (tabla 2) los factores relacionados de forma independiente con la mortalidad en 30 días fueron la edad, la presión arterial sistólica < 120 mmHg, la inmovilización de los pacientes, la presencia de úlceras por presión y la utilización de mórficos. Por otra parte, en la curva de supervivencia (fig.) se evidencia

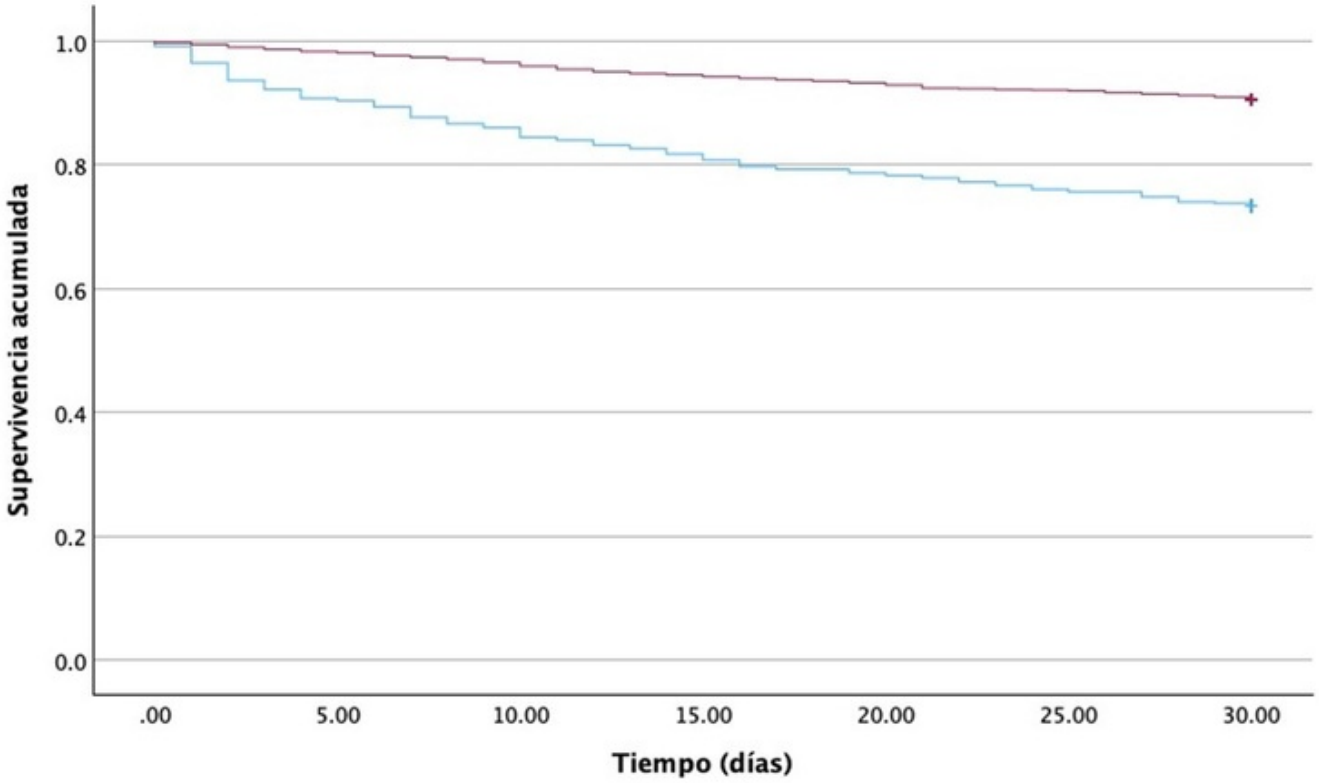
que la mortalidad a los 30 días aumenta significativamente en los pacientes tratados con mórficos durante el ingreso (línea azul, *log rank* < 0,001).

Tabla 1				
	Cohorte del estudio			
	Todos los pacientes (n = 1.887, 100%)	**Tratamiento con mórficos (n = 489, 25,9%)**	**Sin tratamiento con mórficos (n = 1.398, 74,1%)**	**p**
Características demográficas y exploración				
Edad, años	82 [73-87]	82 [74-87]	81 [73-87]	0,057
Mujeres	903 (47,9)	227 (46,4)	676 (48,4)	0,461
TAS, mmHg	123 [110-140]	120 [106-139]	125 [110-140]	0,063
Comorbilidades cardíacas				
IAM previo	630 (33,9)	190 (39,1)	440 (32,0)	0,005
IC previa	1.392 (74,7)	392 (81,0)	1.000 (72,5)	< 0,001
Valvulopatía	828 (46,0)	210 (44,7)	618 (46,4)	0,513
Otras comorbilidades				
Diabetes	852 (45,9)	215 (44,5)	637 (45,9)	0,537
Hipertensión arterial	1621 (86,3)	417 (85,5)	1204 (86,6)	0,541
EPOC	493 (26,7)	135 (28,3)	358 (26,7)	0,347
Enf. cerebrovascular	417 (22,5)	130 (26,9)	287 (20,9)	0,007
Arteriopatía periférica	316 (17,5)	105 (22,5)	211 (15,7)	< 0,001
Anemia	942 (50,5)	263 (54,1)	679 (492)	0,061
Enf. renal crónica	926 (49,4)	276 (56,8)	650 (46,9)	< 0,001
Cáncer	298 (16,0)	98 (20,1)	200 (14,5)	0,004
Deterioro cognitivo	447 (24,5)	151 (31,6)	296 (22,0)	< 0,001
Ecocardiografía				
FEVI < 40%	422 (23,4)	135 (29,0)	287 (21,5)	< 0,001
Síntomas				
Disnea	1.029 (78,9)	446 (91,8)	1.029 (74,3)	< 0,001
Ansiedad	615 (32,9)	271 (55,8)	344 (24,9)	< 0,001
Insomnio	674 (36,1)	265 (54,4)	409 (29,6)	< 0,001
Dolor torácico	367 (19,7)	129 (26,5)	238 (17,2)	< 0,001
Náuseas	220 (11,8)	97 (20,0)	123 (8,9)	< 0,001
Algias	527 (28,2)	217 (44,7)	310 (22,4)	< 0,001
Confusión	290 (25,5)	144 (29,6)	146 (10,5)	< 0,001
Valoración funcional				
NYHA III-IV basal	592 (32,1)	226 (47,6)	366 (26,7)	< 0,001
> 3 visitas a Urgencias	486 (35,2)	165 (52,4)	321 (30,2)	< 0,001
Laboratorio				
Hemoglobina, mg/dL	11,3 [10,0-12,8]	11,1 [9,9-12,5]	11,4 [10,1-13,0]	0,025
Creatinina, mg/dL	1,3 [0,9-1,8]	1,4 [1,0-2,0]	1,2 [0,9-1,7]	0,001
Sodio, mEq/L	139 [135-142]	138 [134-141]	139 [136-142]	0,355
Tratamiento de la IC durante el ingreso				
Furosemida en perfusión	477 (25,3)	218 (44,6)	259 (18,5)	< 0,001
Aminas	151 (8,0)	86 (17,6)	65 (4,6)	< 0,001
Vasodilatadores	324 (17,3)	142 (29,3)	18,2 (13,1)	< 0,001
Ultrafiltración	20 (1,1)	9 (1,8)	11 (0,8)	0,051
VMNI	166 (8,8)	84 (17,2)	82 (5,9)	< 0,001

Otros tratamientos para controlar síntomas				
Benzodiazepinas	648 (34,3)	266 (54,4)	382 (27,3)	< 0,001
Fenotiazinas	214 (11,3)	110 (22,5)	104 (7,4)	< 0,001
Anticolinérgicos	58 (3,1)	48 (9,8)	10 (0,7)	< 0,001
Complicaciones				
Úlceras por presión	261 (14,0)	127 (26,1)	134 (9,7)	< 0,001
Inmovilización	395 (21,1)	179 (36,8)	216 (15,6)	< 0,001
Pronóstico				
Mortalidad por cualquier causa a los 6 meses	573 (30,9)	218 (45,5)	355 (25,8)	< 0,001
Los datos cualitativos se presentan como números y porcentajes, n (%). Los datos cuantitativos se presentan como mediana (primer cuartil-tercer cuartil). EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IAM: infarto agudo de miocardio; IC: insuficiencia cardíaca; NYHA: New York Heart Association; TAS: Tensión arterial sistólica. *Más de 3 visitas a Urgencias en los 6 meses anteriores al ingreso.				

Tabla 2				
	Análisis univariante		**Análisis multivariante**	
	HR (IC95%)	**p**	**HR (IC95%)**	**p**
Edad > 80 años	1,76 (1,36-2,28)	< 0,001	1,68 (1,02-2,36)	0,002
Sexo femenino	0,94 (0,73-1,20)	0,612		
PAS < 120 mmHg	1,73 (1,36-2,21)	< 0,001	1,69 (1,23-2,33)	0,001
IAM previo	1,08 (0,84-1,39)	0,550		
IC previa	1,60 (1,16-2,20)	0,004	1,22 (0,80-1,88)	0,357
Valvulopatía	1,05 (0,81-1,35)	0,698		
Hipertensión arterial	0,95 (0,67-1,34)	0,760		
Diabetes mellitus	0,96 (0,75-1,22)	0,724		
Enf. cerebrovascular	1,57 (1,20-2,04)	< 0,001	1,27 (0,88-1,81)	0,205
EPOC	1,21 (0,93-1,58)	0,165		
Arteriopatía periférica	1,16 (0,85-1,58)	0,359		
Enf. renal crónica	1,38 (1,08-1,77)	0,010	1,09 (0,79-1,52)	0,597
Cáncer	1,34 (0,99-1,82)	0,060		
Deterioro cognitivo	1,61 (1,24-2,09)	< 0,001	1,08 (0,75-1,55)	0,676
Anemia	1,09 (0,85-1,39)	0,492		
Fibrilación auricular	0,90 (0,71-1,15)	0,415		
FEVI < 40%	0,89 (0,66-1,19)	0,433		
NYHA III-IV basal	1,83 (1,43-2,34)	< 0,001	1,20 (0,85-1,70)	0,306
> 3 visitas Urgencias	1,62 (1,20-2,19)	0,002	0,98 (0,68-1,40)	0,916
Sodio < 135 mEq/L	1,30 (0,98-1,72)	0,071		

Mórficos	3,18 (2,49-4,05)	< 0,001	2,35 (1,64-3,36)	< 0,001
Benzodiazepinas	1,61 (1,26-2,06)	< 0,001	0,93 (0,66-1,31)	0,670
Furosemida en pc	1,57 (1,21-2,03)	< 0,001	1,23 (0,86-1,75)	0,256
Aminas	2,08 (1,47-2,93)	< 0,001	1,35 (0,85-2,14)	0,202
Vasodilatadores	0,99 (0,72-1,36)	0,950		
Ultrafiltración	1,95 (0,81-4,73)	0,138		
Úlceras por presión	1,60 (1,18-2,17)	0,003	1,66 (1,06-2,62)	0,028
Inmovilización	2,62 (2,04-3,37)	< 0,001	2,19 (1,50-3,18)	< 0,001
EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IAM: infarto agudo de miocardio; IC: insuficiencia cardíaca; NYHA: New York Heart Association; PAS: presión arterial sistólica.				



Discusión: El uso de opiáceos en la insuficiencia cardíaca se encuentra muy extendido para el alivio sintomático de la disnea, agitación o dolor. Algunos estudios arrojan un mayor incremento de mortalidad, mayor necesidad de ventilación mecánica invasiva y aumento de la estancia hospitalaria, sin existir una evidencia clara de los beneficios de estos fármacos. Por otro lado, disponemos de muy pocas herramientas que nos ayuden a controlar síntomas en IC avanzada, por lo que se necesitan más estudios que valoren los beneficios y perjuicios de los fármacos utilizados en esta situación, muy frecuente en práctica clínica habitual.

Conclusiones: Uno de cada cuatro pacientes ingresados por IC reciben tratamiento con opioides. Los pacientes tratados son de edad avanzada, comórbidos, con IC avanzada y muy sintomáticos. El uso de mórficos se relacionó con la mortalidad por cualquier causa a los 30 días.

0014-2565 / © 2024, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.