Med Paliat. 2023;30(2):87-94

Medicina Paliativa

www.medicinapaliativa.es

ORIGINAL

FORMACIÓN

# Uso de opioides en pacientes con enfermedad crónica avanzada en situación de últimos días**

**Silvia Arias Sevilla*[1], Montserrat Barcons Marqués[2], Mónica Gonzalo Arroyo[3], María Teresa Anaya de la Rosa[4] y Ana de Santiago Ruiz[5]**

*[1]Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Paseo Imperial. Madrid, España. [2]Servicio de Geriatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid, España. [3]Unidad de Hospital a Domicilio. Departamento Marina Baixa de La Vila Joiosa. Alicante, España. [4]Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Toledo. España. [5]Hospital Centro de Cuidados Laguna. Madrid, España.*

Recibido el 7 de noviembre de 2022
Aceptado el 10 de abril de 2023

**PALABRAS CLAVE**
Analgésico, opioide, enfermedad crónica, situación de últimos días, cuidados paliativos.

**Resumen**

*Objetivo:* Conocer el uso de opioides en el paciente con enfermedad crónica avanzada en los últimos días de vida.

*Métodos:* Estudio retrospectivo, multicéntrico, descriptivo y analítico. Se recogieron datos de los servicios de Geriatría del Hospital Universitario La Paz, Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Toledo, Unidad de Hospital a Domicilio del Hospital Marina Baixa de la Vila Joiosa y del Hospital Centro de Cuidados Laguna. Se incluyeron en el estudio los pacientes ingresados con enfermedad avanzada no oncológica fallecidos entre el 1 de marzo de 2019 y el 29 de febrero de 2020. Se estudiaron distintas variables: edad, sexo, enfermedad principal, motivo de ingreso, valoración por cuidados paliativos, uso previo de opioides, uso de opioides en situación de últimos días, opioide, dosis, vías de administración e indicación.

*Resultados:* En el estudio se incluyeron 261 pacientes, 143 (55 %) mujeres y 118 (45 %) hombres, con una edad media de 84 años. La enfermedad principal más frecuente fue la demencia, seguido de insuficiencia cardiaca y patología respiratoria. El motivo de ingreso más frecuente fue deterioro debido a la enfermedad de base seguido de infección respiratoria y sepsis. En la situación de últimos días, la mayoría de los pacientes tenían pauta de opioide basal (94 % morfina) y de rescate (98 % morfina). La vía de administración más utilizada fue la subcutánea (98 %) y la

**El trabajo ha sido presentado como Trabajo Fin de Máster del Máster de Cuidados Paliativos de la Universidad Autónoma de Madrid.

*Autor para correspondencia:
Silvia Arias Sevilla
Centro de Salud Paseo Imperial, C/ de Toledo, n.o 180, 28005 Madrid, España
Correo electrónico: s.ariassevilla@gmail.com

http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2023.1384/2022

e-ISSN: 2340-3292/© 2023 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

indicación más frecuente fue la disnea (42 %). La mediana de dosis equivalente de morfina oral diaria por enfermedad principal y por motivo de ingreso fue de 30 mg/día.

*Conclusiones:* El uso de opioides en las enfermedades crónicas avanzadas en situación de últimos días está ampliamente extendido. La morfina es el opioide más usado, independientemente de la enfermedad. La vía de administración más utilizada es la subcutánea. No encontramos diferencias entre pacientes con diferentes patologías.

## Use of opioids in patients with advanced chronic disease in the last days of life

**KEYWORDS**
Analgesics, opioid, chronic disease, terminal care, palliative care.

**Abstract**

*Objective:* To determine the use of opioids in patients with advanced chronic disease in the last days of life.

*Methods:* A retrospective, multicenter, descriptive, analytical study. Data were collected from the Geriatrics Department of Hospital La Paz, Internal Medicine Department of Complejo Hospitalario de Toledo, Hospital at Home Unit of Hospital Marina Baixa in0 La Vila Joiosa, and Hospital Centro de Cuidados Laguna. The study included patients with advanced non-oncological disease who died between 1 March 2019 and 29 February 2020. Different variables were studied: age, sex, main disease, reason for admission, palliative care assessment, previous opioid use, opioid use in last days, opioid, dose, routes of administration, and indication.

*Results:* The study included 261 patients, 143 (55 %) women and 118 (45 %) men, with a mean age of 84 years. The most frequent main disease was dementia, followed by heart failure and respiratory pathology. The most frequent reason for admission was deterioration due to the underlying disease followed by respiratory infection and sepsis. In the last-day situation, most patients had a baseline (94 % morphine) and rescue (98 % morphine) opioid regimen. The most common route of administration was subcutaneous (98 %) and the most common indication was dyspnea (42 %). The median daily oral morphine equivalent dose per main disease and reason for admission was 30 mg/day.

*Conclusions:* The use of opioids in advanced chronic illness in the last days situation is widespread. Morphine is the most commonly used opioid regardless of disease. The most used route of administration is subcutaneous. We found no differences between patients with different pathologies.

*Arias Sevilla S, Barcons Marqués M, Gonzalo Arroyo M, Anaya de la Rosa MT, de Santiago Ruiz A. Uso de opioides en pacientes con enfermedad crónica avanzada en situación de últimos días. Med Paliat. 2023;30:87-94.*

## INTRODUCCIÓN

La prevalencia de las enfermedades crónicas avanzadas es cada día mayor, entre otros motivos, por el aumento en la expectativa de vida. Los datos del Instituto Nacional de Estadística de 2020[1], aun con el incremento de la mortalidad por la pandemia de coronavirus, mostraban que constituyen agrupadas la causa más frecuente de fallecimiento. Ante esta realidad, los profesionales sanitarios y las instituciones integran y muestran la necesidad de identificación precoz y atención a esta población[2].

Los estudios sobre el control de síntomas en los pacientes con enfermedad avanzada no tumoral al final de la vida no son tan numerosos como para el paciente oncológico. A pesar de ello, los que existen muestran que el acceso y tratamiento por equipos específicos de paliativos son considerablemente menores evidenciando, como consecuencia, un menoscabo de la atención[3,4].

Hay pocos estudios sobre cómo tratamos los síntomas en los pacientes con enfermedades avanzadas no oncológicas en los últimos días de vida y los que hay no son referidos a nuestro entorno y cultura.

Uno de los aspectos para tener en cuenta al valorar la calidad de los cuidados paliativos que dispensamos es el acceso y el consumo de opioides. El informe reciente de la Organización Mundial de la Salud[5], cuya redacción ha sido coordinada por el Observatorio Global de Cuidados Paliativos Atlantes, mantiene como indicador para el seguimiento del desarrollo de los cuidados paliativos la disponibilidad general de morfina para el control de síntomas en todos los niveles de atención.

Los síntomas que aparecen en estos pacientes al final de la vida son equiparables a los del paciente oncológico: astenia, ansiedad, dolor, disnea. Sin embargo, hay diferencias en el uso de opioides dependiendo de si el paciente está dentro de una unidad o programa de paliativos o no, especialmente en la utilización para el control del dolor[6] y no tanto para la disnea. La causa limitante en la prescripción podría ser que la gran mayoría de estos pacientes son ancianos. Hay investigaciones que demuestran que el control de síntomas en el paciente geriátrico al final de su vida es menor que en pacientes más jóvenes[7].

Para poder analizar las causas, es necesario conocer cómo utilizamos los opioides en los pacientes con enfermedades avanzadas no oncológicas, ancianos o jóvenes, en diferentes ámbitos de atención de nuestro entorno y si el uso difiere según sean atendidos por equipos específicos de paliativos o no. La situación de últimos días (SUD) es un buen momento para evaluarlo, ya que es cuando habitualmente la sintomatología es más profusa e intensa. Se consideró como SUD los 3-5 días previos al fallecimiento con evidentes síntomas del proceso de morir como disnea de reposo, delirium, oligoanuria, estertores *pre mortem* y disminución del nivel de conciencia.

El objetivo principal del estudio era conocer el uso de opioides en los últimos días de vida en pacientes con enfermedad avanzada no oncológica. Como objetivos específicos quisimos evaluar qué opioides se usan, con qué frecuencia se prescriben, vías de administración utilizadas y cuáles son los síntomas para los que se indican, si existen diferencias entre pacientes ingresados en diferentes ámbitos o con distintas patologías avanzadas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, multicéntrico y analítico de pacientes con enfermedad avanzada no oncológica fallecidos en 4 servicios distintos de diferentes hospitales: Medicina Interna (MI) del Complejo Hospitalario de Toledo que atiende a pacientes agudos, la Unidad de Hospital a Domicilio (UHD) del Hospital Marina Baixa de La Vila Joiosa en Alicante, Hospital Centro de Cuidados Laguna (HCC) de pacientes agudos y de media estancia, y Unidad de agudos de Geriatría (GRT) del Hospital Universitario La Paz, estos 2 últimos localizados en Madrid. El HCC atiende de forma exclusiva a pacientes paliativos y la UHD es el recurso de atención a paliativos en domicilio en su área de influencia.

Se incluyeron dentro del estudio los pacientes mayores de edad y con enfermedad avanzada no oncológica. Para clasificar a los pacientes como afectos de enfermedad avanzada no oncológica, se utilizaron los criterios generales y al menos uno de los criterios de enfermedad específica de la *National Hospice Organización* (enfermedad pulmonar, insuficiencia cardiaca, cirrosis hepática, enfermedad renal crónica, demencia, enfermedad cerebrovascular crónica, esclerosis lateral amiotrófica)[8,9]. Los datos correspondían a los fallecidos en dichas unidades entre el 1 de marzo de 2019 y el 29 de febrero de 2020 ambos incluidos. No se tuvo en cuenta para el estudio el tiempo desde el ingreso hasta el fallecimiento.

Se excluyeron los pacientes pediátricos, los pacientes oncológicos y los no oncológicos que no cumplían los criterios de terminalidad.

Los datos se recogieron de manera anónima, asignando a cada paciente un número y usando una tabla Excel para la recogida de datos y su posterior análisis.

Se recogieron los datos de edad, sexo, unidad de ingreso, enfermedad principal, estadio, motivo de ingreso, si se trataba de una agudización o no de su enfermedad de base. También se analizó el uso de opioides previo al ingreso y qué opioide era, y la utilización de estos cuando el paciente se encontraba en SUD. Se contabilizaron los días desde el inicio de la administración de opioides en esta circunstancia, el opioide basal que se prescribió (entendiendo como opioide basal aquel que se usa con pauta fija), dosis de este, el opioide de rescate (aquel que se usa si el paciente necesita una dosis extra para el control de síntomas) y la indicación (disnea, dolor o ambos). También se recogió información sobre si el paciente fue atendido por una unidad específica de cuidados paliativos durante el ingreso. Así entendemos como derivación a unidad de cuidados paliativos hospitalarios para los pacientes de MI, GRT y en el caso de UHD y HCC ya hemos indicado que son recursos específicos de paliativos.

Para el estudio estadístico se usó SPSS versión 27. Las variables cualitativas se describen como recuento y porcentaje. Las variables cuantitativas se describen en función de su distribución. En el caso de distribución normal, se emplea media y desviación estándar, en el resto de los casos mediana y rango intercuartílico. Para la comparación de las variables cuantitativas de distribución no normal, se utilizó la prueba de Kruskal Wallis.

El estudio fue aceptado por los comités de ética de la investigación, código HULP: PI-4878.

## RESULTADOS

En los 4 hospitales referidos y en el periodo descrito, 261 de los fallecidos cumplían criterios de pacientes con patología crónica avanzada (Tabla I y Figura 1). El lugar de procedencia de los pacientes se distribuía de esta forma: el 21,5 % (56) del HCC, el 28,7 % (75) de la Unidad de Agudos de Geriatría del Hospital La Paz (GRT), el 26,4 % (69) de la UHD del Hospital Marina Baixa y el 23,4 % (61) procedían del servicio de MI del Complejo Hospitalario de Toledo. En domicilio fallecieron 69 pacientes y en hospital 192.

La edad media fue de 84 ± 11 años. El 54,8 % (143) eran mujeres y el 45,2 % (118) eran hombres.

La mediana de días en SUD hasta el fallecimiento fue de 2 (1,4) días.

De los 261 pacientes el 51,3 % (134) sí tuvieron valoración o seguimiento por dicha unidad.

En cuanto al tratamiento previo con opioides, solo el 24,1 % (63) lo llevaban prescrito antes del ingreso.

En cuanto a las enfermedades crónicas de los pacientes. De los 261 pacientes incluidos, el 39,8 % estaban diagnosticados de demencia severa; el 18,4 % de insuficiencia cardiaca; el 17,2 % de patología respiratoria; el 5,7 % de enfermedad neurológica degenerativa; el 5,7 % de insuficiencia renal crónica; el 4,2 % de patología cerebrovascular; el 2,7 % de insuficiencia hepática y el 6,1 % de otras patologías *(*isquemia arterial, anemia, enfermedad de Steinert, parálisis cerebral infantil, sida, tetraplejía traumática…).

En los pacientes con comorbilidades en las que 2 o más de estas cumplían criterios de enfermedad avanzada, se clasi-

**Tabla I. Variables.**

| | HCC | GRT | UHD | MI | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| N.º pacientes | 56 (21,5 %) | 75 (28,7 %) | 69 (26,4 %) | 61 (23,4 %) | 261 |
| Sexo | | | | | |
| Hombre | 24 | 27 | 37 | 30 | 118 |
| Mujer | 32 | 48 | 32 | 31 | 143 |
| Valoración previa por paliativos | | | | | |
| Sí | 56 | 6 | 69 | 4 | 134 |
| No | 0 | 69 | 0 | 57 | 127 |
| Uso previo de opioide | | | | | |
| Sí | 30 | 4 | 21 | 8 | 63 |
| No | 26 | 71 | 48 | 53 | 198 |
| Mediana días SUD | 2 | 2 | 2 | 1 | |
| Enfermedad principal | | | | | |
| Demencia | 11 (10,6 %) | 50 (48,1 %) | 25 (24 %) | 18 (17,3 %) | 104 (100 %) |
| Enfermedad neurológica degenerativa | 3 (20 %) | 4 (26,7 %) | 3 (20 %) | 5 (33,3 %) | 15 (100 %) |
| Insuficiencia renal crónica | 5 (33,3 %) | 2 (13,3 %) | 3 (20 %) | 5 (33,3 %) | 15 (100 %) |
| Patología cerebrovascular | 4 (36,4 %) | 0 (0 %) | 7 (63,3 %) | 0 (0 %) | 11 (100 %) |
| Patología respiratoria | 10 (22,2 %) | 6 (13,3 %) | 11 (24,4 %) | 18 (40,0 %) | 45 (100 %) |
| Insuficiencia hepática | 4 (57,1 %) | 1 (14,3 %) | 1 (14,3 %) | 1 (14,3 %) | 7 (100 %) |
| Insuficiencia cardiaca | 15 (31,3 %) | 12 (25 %) | 12 (25 %) | 9 (18,8 %) | 48 (100 %) |
| Otros | 4 (25 %) | 0 (0 %) | 7 (43,8 %) | 5 (31,3 %) | 16 (100 %) |

*GRT: Unidad de agudos de Geriatría del Hospital La Paz, Madrid. HCC: Hospital Centro de Cuidados Laguna, Madrid. MI: Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Toledo. SUD: situación de últimos días. UHD: Unidad de Hospital a Domicilio del Hospital Marina Baixa de La Vila Joiosa en Alicante.*

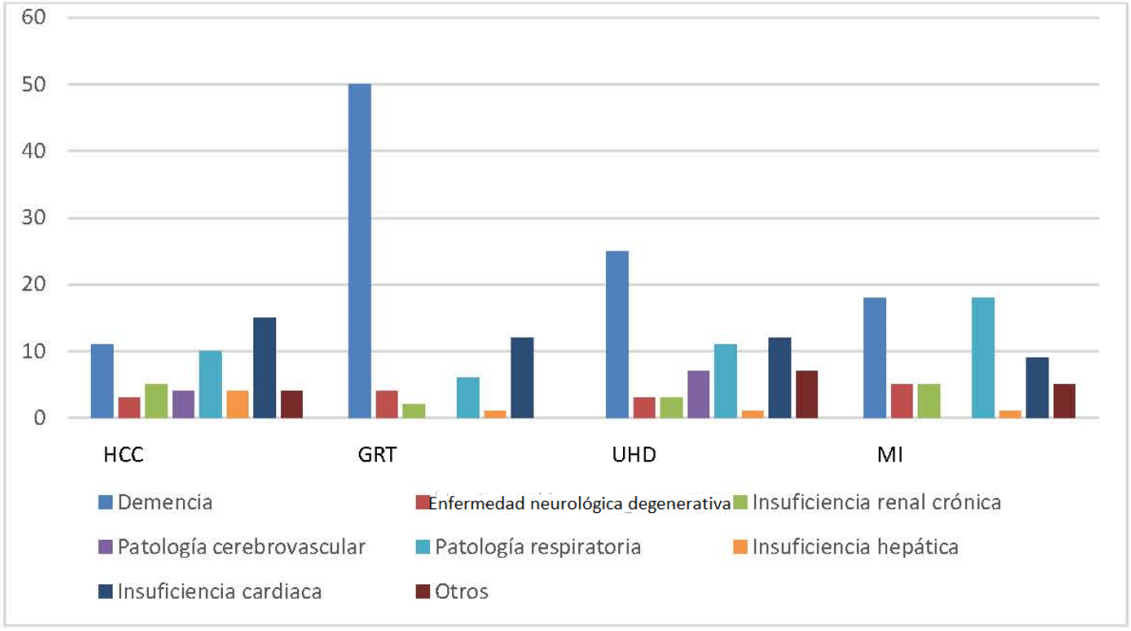


**Figura 1. Distribución de enfermedad principal según la unidad de ingreso.**
**GRT: Unidad de agudos de Geriatría del Hospital La Paz, Madrid. HCC: Hospital Centro de Cuidados Laguna, Madrid. MI: Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Toledo. UHD: Unidad de Hospital a Domicilio del Hospital Marina Baixa de La Vila Joiosa en Alicante.**

ficó aquella que había motivado el ingreso en las unidades que hemos estudiado.

## *Uso de opioides*

Para poder analizar el uso de opioides en SUD, se registraron datos de aquellos pacientes que tenían pautado opioide basal y de los que tenían pauta de opioide de rescate (Figura 2). De los 261 pacientes incluidos, el 75,5 % (197 pacientes) tenían una pauta de opioide basal y el 85,1 % (222 pacientes) tenían opioide de rescate.

Opioides usados como opioide basal: de los 197 pacientes que tenían pauta de opioide basal, el 94,4 % tenían pautada morfina, el 3 % metadona, el 2 % fentanilo y el 0,5 % buprenorfina.

Sobre los opioides prescritos de rescate, de los 222 pacientes que tuvieron pauta de opioide de rescate el 98,2 % tenían prescrito morfina, el 1,4 % fentanilo y el 0,5 % metadona.

La vía de administración fue subcutánea en el 98,2 % de los pacientes, oral en el 0,9 % e intranasal en el 0,9 %.

La indicación para el uso de opioides fue disnea en el 42 %, dolor en el 8 % y dolor o disnea en el 39 %. Había un 11 % que no tenía prescritos opioides.

Al estudiar la dosis equivalente de morfina oral diaria (DEMOD) por patología (Tabla II) la mediana global que se obtuvo es de 30 mg/día, siendo la insuficiencia hepática (44 mg/día) y la patología cerebrovascular (33 mg/día) las patologías que requirieron las dosis más altas. Por otro lado, la insuficiencia renal crónica (27 mg/día) y el epígrafe "otros" (24 mg/día) fueron los que necesitan dosis más bajas de opioide.

Al comparar la DEMOD entre distintas patologías no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto al motivo de ingreso (Tabla III), se observó que las patologías que requerían más DEMOD era la patología cardiaca aguda (40 mg/día), la patología digestiva aguda (40 mg/día), la broncoaspiración (40 mg/día) y la insuficiencia respirato-

**Tabla II. DEMOD y enfermedad principal.**

| Enfermedad principal | DEMOD (mg/día) |
|---|---|
| Demencia | 30 (20,40) |
| Enfermedad neurológica degenerativa | 30 (25,45) |
| Insuficiencia renal crónica | 27 (18,65) |
| Patología cerebrovascular | 33 (20,50) |
| Patología respiratoria | 30 (20,60) |
| Insuficiencia hepática | 44 (22,85) |
| Insuficiencia cardiaca | 30 (16,44) |
| Otros | 24 (20,80) |
| Total | 30 (20,48) |

*DEMOD: dosis equivalente de morfina oral diaria.*

**Tabla III. DEMOD en motivo de ingreso.**

| Motivo de ingreso | DEMOD (mg/día) |
|---|---|
| Deterioro | 20 (16,40) |
| Patología cerebrovascular aguda | 30 (20,65) |
| Infección respiratoria | 20 (20,50) |
| Sepsis | 30 (20,40) |
| Patología cardiaca aguda | 40 (20,40) |
| Patología digestiva aguda | 40 (20,60) |
| Insuficiencia respiratoria | 40 (27,60) |
| Insuficiencia renal | 25 (20,25) |
| Otros | 24 (20,60) |
| Broncoaspiración | 40 (22,46) |
| Total | 30 (20,48) |

*DEMOD: dosis equivalente de morfina oral diaria.*

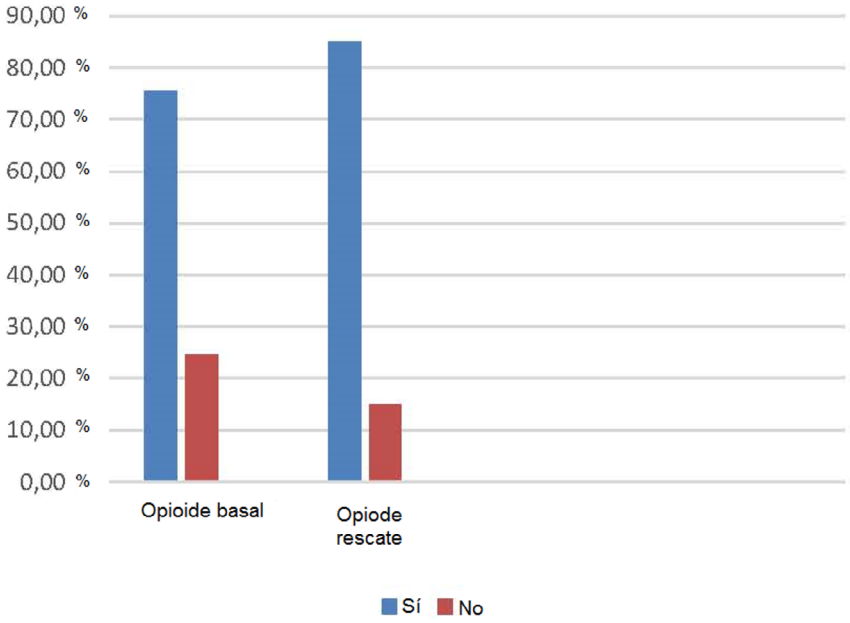


**Figura 2. Uso de opioide basal y/o de opioide de rescate.**

ria (40 mg/día). En cambio, las patologías que requirieron dosis menores fueron el deterioro (20 mg/día), la infección respiratoria (20 mg/día) y la insuficiencia renal (25 mg/día).

Al hacer un estudio comparativo entre la DEMOD y el motivo de ingreso, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas patologías.

Cuando estudiamos la DEMOD que se utiliza en cada centro (Tabla IV), vimos que HCC (18 mg/día) y MI (20 mg/día) eran los lugares de atención donde se utilizaban dosis más bajas. GRT (40 mg/día) y UHD (40 mg/día) son los servicios donde se usaban dosis más elevadas, con diferencias estadísticamente significativas (Figura 3).

Al analizar los datos correspondientes al motivo de ingreso (Figura 4) pudimos ver que en HCC el motivo más frecuente de ingreso fue el deterioro (64 %). En GRT la mayoría de los pacientes ingresaron por sepsis (26,7 %). En UHD la causa más frecuente fue el deterioro (23 %) y en MI la infección respiratoria (34 %).

## DISCUSIÓN

El objetivo de nuestro estudio fue conocer el uso de opioides en el paciente con enfermedad crónica avanzada no oncológica en los últimos días de vida. Estos pacientes están adquiriendo cada vez mayor entidad como enfermos con necesidades paliativas, tanto en unidades de agudos como domiciliarias[8].

Las enfermedades crónicas avanzadas más prevalentes fueron la demencia, la insuficiencia cardiaca y las patologías respiratorias, lo que muestra datos similares a otras publicaciones[6,10-15]. Así se observa, por ejemplo, en el estudio de Aira Ferrer y cols., estudio descriptivo retrospectivo de pacientes no oncológicos en situación de enfermedad crónica avanzada terminal incluidos en un programa de cuidados

**Tabla IV. DEMOD según unidad de ingreso.**

| Motivo de ingreso | DEMOD (mg/día) |
|---|---|
| Hospital Centro de Cuidados | 18 (13,36) |
| Geriatría | 40 (27,60) |
| Hospital a Domicilio | 40 (30,80) |
| Medicina Interna | 20 (20,30) |
| Total | 30 (20,48) |

*DEMOD: dosis equivalente de morfina oral diaria.*

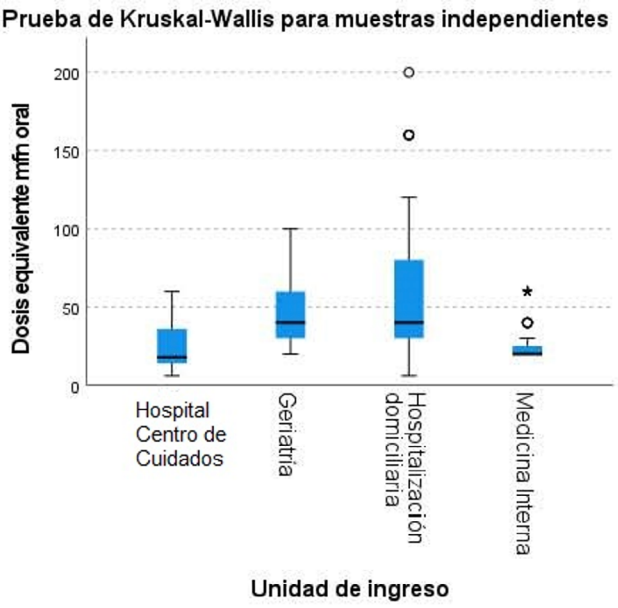


**Figura 3. Dosis equivalente de morfina oral diaria y unidad de ingreso.**

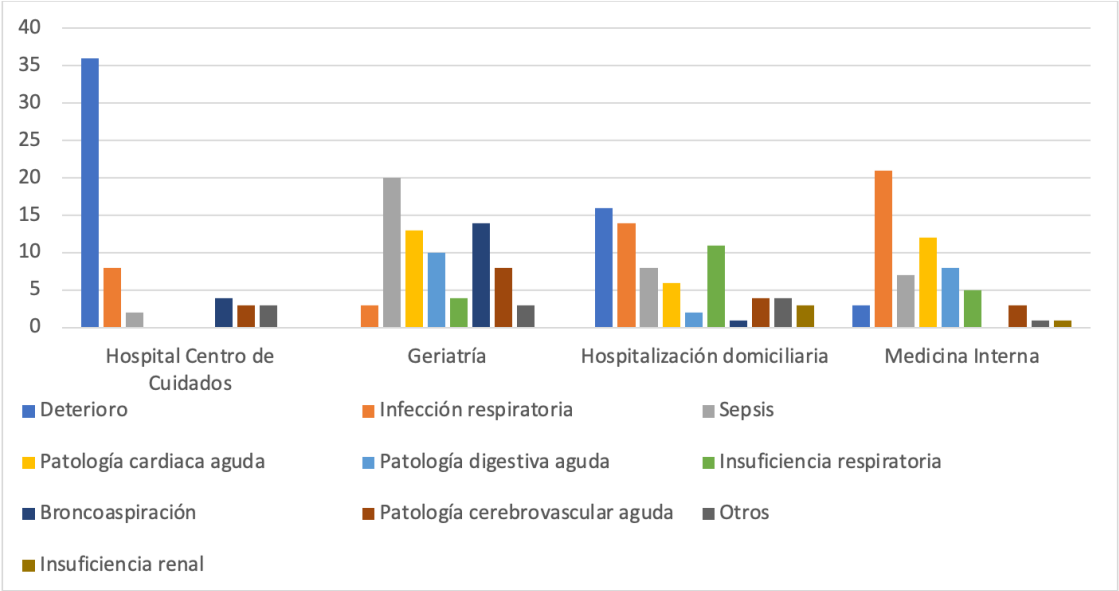


**Figura 4. Motivo de ingreso en cada unidad.**

paliativos domiciliarios. En él, las patologías más frecuentes fueron las enfermedades neurológicas, especialmente las demencias, las patologías respiratorias y la insuficiencia cardiaca[10]. En el estudio de Bailey y cols.[6] cuyo objetivo fue evaluar los efectos de una intervención de cuidados paliativos sobre el uso de opioides en el control sintomático de los pacientes que mueren en un entorno de hospitalización de agudos, los diagnósticos principales no tumorales fueron la patología cardiaca, la enfermedad neurológica degenerativa, la enfermedad pulmonar y la enfermedad hepática. En nuestro estudio, las unidades con mayor prevalencia de demencia fueron las unidades de agudos de GRT y MI, probablemente por el perfil de pacientes que ingresan en ellas. El número de pacientes con insuficiencia cardiaca fue similar en todos los servicios. Las patologías respiratorias fueron más frecuentes en las unidades de MI, UHD y HCC.

Los motivos de ingreso más frecuentes fueron el empeoramiento de la enfermedad principal, los procesos infecciosos (infección respiratoria, sepsis y broncoaspiración) y la patología cardiaca aguda. Hay que destacar que la unidad con mayor prevalencia de deterioro de la enfermedad principal fue la HCC, mientras que las causas infecciosas fueron más frecuentes en las unidades de GRT, MI y UHD, probablemente porque los pacientes que ingresan en las unidades de agudos en el ámbito hospitalario lo hacen por procesos agudos intercurrentes.

Hay enfermedades crónicas avanzadas, como la insuficiencia cardiaca y las patologías respiratorias, que durante su evolución precisan de opioide para el control de síntomas, habitualmente la disnea. Una cuarta parte de los pacientes incluidos en el estudio recibían tratamiento con algún opioide previo al ingreso. La gran mayoría de ellos eran pacientes procedentes de la UHD y la HCC, explicable porque las unidades con más prevalencia de pacientes con insuficiencia cardiaca y patología respiratoria como enfermedad principal fueron estas 2 unidades.

Para poder conocer el uso de opioides en SUD, se registró el uso de opioide basal y opioide de rescate. Más del 75 % de los pacientes recibieron opioide basal. En el estudio de Oviedo Briones y cols., en el que se analiza el control de síntomas en pacientes hospitalizados con demencia avanzada[16], el 87 % tenían prescrito opioides. En el estudio de Bailey y cols.[11] sobre el uso de opioides en los últimos días de vida, el 70 % recibieron opioides en los últimos 7 días de vida.

El opioide basal usado en casi todos los pacientes fue la morfina, y en mucha menor proporción la metadona, el fentanilo y la buprenorfina. En los diferentes estudios encontrados, el opioide más usado también fue la morfina. En el estudio de Bailey y cols.[11] sobre la administración de opioides en los últimos días de vida, de los pacientes a los que les administraban opioides, el 85,1 % de ellos recibieron morfina en las últimas 24 h de vida. En el estudio de Ensor y Middlemiss[17] en el que se describe el uso de opioides en las últimas 24 h de vida en 14 *hospice* de Nueva Zelanda, en el 71 % de los pacientes se administró morfina, en el 17 % fentanilo y en el 10 % metadona.

Las indicaciones para el uso de opioides se registraron en 3 categorías, en función de si se indicaban por disnea, dolor o disnea/dolor. La indicación más frecuente fue la disnea y la menos frecuente el dolor, pudiéndose justificar por los motivos de ingreso, ya que son patologías que suelen cursar con disnea, y el dolor es un síntoma menos frecuente en este tipo de pacientes. En el estudio de Hanson y cols.[14] en el que se describen los síntomas al final de la vida en pacientes que fallecen en unidades de larga estancia, en el último mes de vida, el 48 % de los pacientes presentaba disnea y el 47 % dolor. Puede que nuestro estudio difiera del de Hanson y cols. porque nuestros pacientes provenían de unidades de agudos y/o media estancia.

En la práctica totalidad de los pacientes la vía de administración fue subcutánea.

En nuestro estudio, para poder valorar y comparar la dosis de opioides, se realizó una conversión de las dosis de los diferentes opioides utilizados a DEMOD. La media de DEMOD en nuestro estudio fue de 38,8 mg ± DE 29,6 mg. En el estudio de Bailey y cols.[6] donde se evalúa el impacto de una intervención de cuidados paliativos sobre el uso de opioides al final de la vida, la media de DEMOD fue de 31,9 mg (DE ± 37,7 mg) en el grupo previo a la intervención de cuidados paliativos, datos similares a los de nuestro estudio. En el estudio de Ensor y Middlemiss[17], los pacientes que fallecieron por enfermedad no oncológica (14 % de la muestra) recibieron una dosis media equivalente de morfina parenteral diaria de 26 mg (95 % intervalo de confianza [19,1-35,3 mg]), dosis superior a la encontrada en nuestro estudio.

La mediana de DEMOD según la enfermedad crónica avanzada varió entre 24 y 44 mg/día, siendo en la mayoría de ellas de 30 mg/día. Nos encontramos la dosis más elevada en el caso de insuficiencia hepática con 44 mg/día, y en el otro extremo, la insuficiencia renal crónica con 27 mg/día. La mediana de DEMOD según el motivo de ingreso osciló entre 20 y 40 mg/día. Los motivos de ingreso que se asocian con dosis más elevadas de dosis equivalente de morfina fueron la patología cardiaca aguda, la insuficiencia respiratoria, la sepsis y la broncoaspiración. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la DEMOD utilizada y las distintas enfermedades crónicas avanzadas, ni tampoco entre la morfina empleada y los diferentes motivos de ingreso. Esto se puede deber a que lo que determina la dosis de opioide es la carga sintomática de la patología aguda que origina la SUD.

Un hallazgo que destacar en nuestro estudio es el haber encontrado diferencias estadísticamente significativas en las DEMOD utilizadas en las distintas unidades de ingreso, siendo relevante las utilizadas en UHD y GRT con respecto a las empleadas en la unidad de agudos de MI y HCC. Estos resultados se podrían explicar porque, como ya hemos referido anteriormente, las unidades de Geriatría y UHD reciben más pacientes con patología aguda con sintomatología respiratoria, por lo que el uso de opioides para el control de la disnea puede justificar esta diferencia. La mediana de DEMOD según la unidad de ingreso varió entre 18 y 40 mg/día.

Los pacientes de UHD fallecieron en domicilio y el resto en el hospital.

## *Limitaciones*

Entre las limitaciones del estudio, parece que el motivo de ingreso puede influir y ser un factor de confusión al relacionar el uso de opioides con la enfermedad principal.

La unidad de ingreso puede ser un factor de confusión ya que hay unidades en las que los pacientes ingresan con situaciones más agudas. Esto puede suponer un sesgo puesto

que se valoran pacientes ingresados en unidades de agudos hospitalarias.

No se ha estudiado el tiempo de ingreso total en cada uno de los servicios, lo que podría haber explicado los resultados que son estadísticamente significativos (diferencia en la DEMOD).

Se ha registrado la valoración previa por unidades de cuidados paliativos y se muestran las diferencias de los resultados aunque no se han evaluado de forma aislada.

### *Fortalezas*

El tamaño de la muestra alcanzado es una de las fortalezas del estudio, así como el ser un estudio multicéntrico, lo que nos permite conocer y comparar el uso de opioides en diferentes unidades. Otra fortaleza del estudio es que permite comparar el uso de opioides entre diferentes enfermedades crónicas avanzadas y las patologías agudas que originan la SUD.

## CONCLUSIONES

El uso de opioides en las enfermedades crónicas avanzadas en SUD está ampliamente extendido en las unidades estudiadas. Las enfermedades crónicas que tuvieron dosis más altas de morfina fueron la insuficiencia hepática, la patología cerebrovascular, la insuficiencia cardiaca y la patología respiratoria. Los motivos de ingreso que tuvieron dosis más elevadas de morfina fueron la patología cardiaca aguda, la patología digestiva aguda, la broncoaspiración y la insuficiencia respiratoria. La morfina es el opioide más usado independientemente de la enfermedad crónica avanzada. La vía de administración más utilizada en SUD es la subcutánea.

## REFERENCIAS


1. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de defunciones según la causa de muerte año 2020. Nota de prensa. 10 de noviembre de 2021. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2020.pdf
2. Limón Ramírez E, Meléndez Gracia A (coords.). Monografías SECPAL. Cronicidad avanzada. Madrid: Inspira Network. 2018.
3. Alonso Babarro A, Gisbert Aguilar A, Rexach Cano L. Cuidados paliativos en enfermedades no oncológicas. Med Paliat. 2010;17:156-60.
4. Campello Vicente C, Chocarro González L. Necesidades de cuidados paliativos en enfermos no oncológicos con enfermedad crónica avanzada: una revisión sistemática. Med Paliat. 2018;25:66-82.
5. Organización Mundial de la Salud. Evaluación del desarrollo de los cuidados paliativos en el mundo: conjunto de indicadores factibles. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.
6. Bailey FA, Ferguson L, Williams BR, Woodby LL, Redden DT, Durham RM, et al. Palliative care intervention for choice and use of opioids in the last hours of life. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2008;63A:974-8.
7. Mohamad Rashidi N, Zordan RD, Flynn E. The care of the very old in the last three days of life. J Palliat Med. 2011;14:1339-44.
8. Medical guidelines for determining prognosis in selected noncancer diseases. The National Hospice Organization Hosp J. 1996;11:47-59.
9. Grbich C, Maddocks I, Parker D, Brown M, Willis E, Piller N, et al. Identification of patients with noncancer diseases for palliative care services. Palliat Support Care. 2005;3:5-14.
10. Aira Ferrer P, Domínguez Lorenzo C, Cano González JM, García Verde I, Molina Baltanás E, Vicente Aedo M, et al. Características de los pacientes con enfermedad crónica avanzada incluidos en un programa de cuidados paliativos domiciliario. Med Paliat. 2017;24:179-87.
11. Bailey FA, Williams BR, Goode PS, Woodby LL, Redden DT, Johnson TM, et al. Opioid pain medication orders and administration in the last days of life. J Pain Symptom Manage. 2012;44:681-91.
12. Amado-Tineo J, Vásquez-Alva R, Huari-Pastrana R, Villavicencio-Chávez C, Rimache-Inca L, Lizonde-Alejandro R, et al. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con enfermedad crónica en fase terminal admitidos a un departamento de emergencia general. An. Fac. Med. 2020;81:21-5.
13. De la Rica Escuín ML. Necesidad de atención paliativa a residentes institucionalizados con enfermedades crónicas evolutivas con pronóstico de vida limitado. Med Paliat. 2016;23:183-91.
14. Hanson LC, Eckert JK, Dobbs D, Williams CS, Caprio AJ, Sloane PD, et al. Symptom experience of dying long-term care residents. J Am Geriatr Soc. 2008;56:91-8.
15. Formiga F, Vivanco V, Cuapio Y, Porta J, Gómez-Batiste X, Pujol R. Morir en el hospital por enfermedad terminal no oncológica: análisis de la toma de decisiones. Med Clin (Barc). 2003;121:95-7.
16. Oviedo Briones M, Perdomo Ramírez B, Marttini Abarca J, Díez-Porres L. Manejo y control de síntomas en pacientes hospitalizados con demencia avanzada. Med Paliat. 2020;27:106-13.
17. Ensor BR, Middlemiss TP. Benchmarking opioids in the last 24 hours of life. Intern Med J. 2011;41:179-85.