

avances en terapia de estimulación pueden suponer una alternativa terapéutica que en un futuro permita rescatar pacientes con el fin de prolongar el beneficio obtenido con estos sistemas.

Se ha demostrado que la correcta selección de pacientes junto con su preparación y el manejo de creencias y expectativas puede mejorar los resultados y la adhesión al tratamiento. En nuestra unidad desde la incorporación de un sistema de selección y preparación de pacientes a través de un psicólogo junto con el adecuado conocimiento de la técnica y de sus indicaciones se ha reducido la tasa de periodos de prueba negativos a un 3,6 %.

Respecto a las variables estudiadas, sexo, diabetes HTA y presencia de ansiedad-depresión no se ha podido establecer una relación clara entre estos y el riesgo de explante.

Tampoco existe una clara relación que permita relacionar un síndrome doloroso con una mayor tasa de explantes.

Conclusiones: La terapia con estimulación medular pese a haber demostrado ser efectiva para determinados síndromes dolorosos es una terapia que implica invasividad en el paciente además de tener un alto coste económico. Se debe tratar de minimizar el riesgo de explante por las consecuencias negativas que este conlleva.

El análisis de datos realizado nos puede permitir desarrollar nuevas estrategias de prevención o mejorar la ya existentes.

Bibliografía recomendada:

1. Bendel MA, O'Bries T, Hoelzer TR, et al. Spinal cord stimulator related infections: Findings from a multicenter retrospective analysis of 2737 implants. *Neuromodulation*. 2017;20(6):553-7.
2. Simopoulos T, Aner M, Sharma S, et al. Explantation of percutaneous spinal cord stimulator devices: A retrospective descriptive analysis of a single-center 15-year experience. *Pain Med*. 2019. doi: 10.1093/pm/pny245.

P-173 ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DEL USO CLÍNICO DE FENTANILO INTRATECAL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

B. M. Marqués López, I. Peña Vergara, L. Ángel Redondo, G. Casado Pérez, J. L. López Romero
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Palabras clave: dolor crónico, intratecal, fentanilo.

Introducción: La vía intratecal surgió como alternativa terapéutica en pacientes con dolor crónico severo refractario. Constituye una opción segura y eficaz para la administración de múltiples fármacos en el tratamiento del dolor agudo y crónico. El depósito del fármaco próximo a sus

receptores espinales permite modular la información nociceptiva a este nivel y proporcionar analgesia más selectiva con dosis menores y menor incidencia de efectos adversos.

Fentanilo intratecal fue recomendado por la Polyanalgesic Consensus Conference (PACC) de 2016 en situación de fracaso de terapia intratecal de primera línea con fármacos aprobados por la FDA (morfina) (1).

Objetivos: Analizar los datos de los pacientes en tratamiento con fentanilo intratecal en nuestra Unidad para establecer una pauta segura y eficaz de dosificación.

Material y método: Se revisaron las historias de los 25 pacientes en tratamiento con fentanilo intratecal en nuestra Unidad. Se recogieron los siguientes datos: diagnóstico, fecha de inicio del tratamiento, modelo de sistema de infusión, administración simultánea de otros fármacos intratecales, duración y dosis inicial y final de la fase de prueba, dosis a los 3-6 y 12 meses, dosis máxima del histórico y registro de incidencias.

El diagnóstico más prevalente fue el síndrome de cirugía fallida de espalda (17 pacientes). Otros diagnósticos fueron: dolor neuropático en lesionado medular (1 caso), dolor neuropático tras cirugía de prótesis total de cadera (1 caso), dorsalgia posfractura/aplastamiento vertebral (1 caso), síndrome de dolor regional complejo (2 casos), síndrome sacroilíaco (1 caso) y estenosis de canal (1 caso).

Veintiún pacientes recibían monoterapia con fentanilo. Los cuatro restantes recibían un segundo fármaco intratecal: clonidina (2 casos), ziconotide (1 caso) y baclofeno (1 caso).

La experiencia más prolongada se correspondió con un paciente en el que se inició la terapia en 2004. En el resto de los pacientes la experiencia fue de 8 años o menos.

Resultados: El sistema de infusión empleado fue Medtronic SynchroMed II, con buen funcionamiento en todos los casos.

En un paciente la fase de prueba se inició con un bolo (100 mcg) + infusión continua (100 mcg/día). En el resto, el modo de administración tanto en fase de prueba como en la terapia definitiva fue infusión continua. La fase de prueba tuvo una duración media de 16 días, con dosis de inicio entre 20-175 mcg/día y dosis final entre 25-350 mcg/día. En todos los casos la fase de prueba fue positiva.

Las dosis registradas a los 3, 6 y 12 meses oscilaron entre 26-700 mcg/día, 26-850 mcg/día y 50-950 mcg/día. La dosis máxima del histórico fue 1.100 mcg/día, con valores > 1.000 mcg/día en cuatro pacientes, sin efectos adversos destacables asociados.

Discusión: Los opioides intratecales actúan sobre receptores mu del asta dorsal espinal. No obstante, debido a su difusión rostral a través del LCR y a su redistribución sanguínea, pueden alcanzar los centros superiores cerebrales, con los secundarismos que de ello se derivan.

Fentanilo fue sintetizado inicialmente por Paul Janssen en 1959. A diferencia de la morfina, es altamente lipófilo.

lico. Esto implica mayor tasa de aclaramiento intratecal plasmática y hacia la grasa epidural, por lo que se produce rápida disminución de concentración en la punta del catéter. Este hecho, sumado a la menor capacidad de degranulación mastocitaria por parte de fentanilo, deriva en menor riesgo de formación de granuloma respecto a la morfina. Además, la probabilidad de difusión rostral hacia centros superiores será menor que con opioides hidrofílicos, por lo que la aparición de secundarismos motivados por esta vía será menor.

Las recomendaciones de PACC 2016 con respecto a dosificación consisten en administrar dosis iniciales de 25-75 mcg/día, con escalada lentamente progresiva. La dosis máxima 1.000 mcg/día es señalada como un hito de reevaluación puesto que la correlacionan con una situación de falta de eficacia clínica.

La precisión en la dosificación intratecal es crucial para la seguridad del paciente. El sistema Medtronic Synchro-med II ha presentado problemas de precisión con fármacos no aprobados y con terapias combinadas. Sin embargo, en nuestro caso no se ha producido ningún incidente con su uso.

Conclusiones: Fentanilo ha demostrado buen perfil de seguridad empleado a nivel intratecal. Como ventaja frente a morfina presenta una titulación más fácil por la mayor rapidez de inicio de acción y un menor riesgo de formación de granulomas, desarrollo de tolerancia y aparición de efectos adversos supraespinales.

En nuestro caso, el empleo de infusión continua desde la fase de prueba, con una estrategia de dosificación conservadora basada en dosis de inicio bajas con aumentos continuos y progresivos, nos ha reportado resultados satisfactorios.

Agradecimientos: No existen conflictos de intereses.

Bibliografía recomendada:

1. Pope JE, Deer TR, Amirdelfan K, McRoberts WP, Azeem N. The pharmacology of spinal opioids and ziconotide for the treatment of non-cancer pain. *Curr Neuropharmacol.* 2017;15:206-16.

P-176 ANALGESIA INTRATECAL EN EL DOLOR ONCOLÓGICO: DOLOR INCOERCIBLE

Y. Durán Luis, P. Oliver Forniés, C. Aragón Benedí, B. Moreno Gómez, J. Martínez Andreu, J. A. Girón Mombiola

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Palabras clave: dolor oncológico, bomba intratecal.

Introducción: La administración continua de analgesia vía intratecal ofrece la posibilidad de reducir dosis de

analgésicos al actuar directamente a nivel subaracnoideo, obteniendo óptimos resultados con esa dosis sin necesitar dosis mayores, y por tanto con menor tasa de efectos adversos como ocurre con su administración sistémica (1).

Caso clínico: Paciente de 69 años con diagnóstico de sarcoma de Edwing de alto grado en músculo psoas. En tratamiento quimioterápico hasta su desestimación por parte de oncología. En tratamiento con fentanilo en diferentes presentaciones (Pecfent 400 mcg, Durogesic 175 mcg/h, Abstral 200 mcg) y dolor incoercible tanto en reposo como en movimiento. En uno de sus ingresos se colocó perfusión continua a 7 ml/h de analgesia epidural con levobupivacaína 1,25 mg/ml + 1 mg de cloruro mórfico, mostrando reducción del dolor. Tras su retirada dolor intenso, Escala Visual Analógica (EVA) de 10, planteamos entonces, la administración de analgesia intratecal mediante bomba subcutánea.

Previamente, se colocó un catéter intradural haciendo dosis test con 0,05 mg de morfina durante dos días consecutivos para observar tolerancia, efectos adversos y valorar el dolor mediante EVA. Tras la efectividad del tratamiento se procedió a la colocación de la bomba intratecal, en quirófano en condiciones asépticas. Iniciamos la administración de morfina a 1,5 mg/24 h con bupivacaína 0,75 % en un volumen total de 20 ml; la caquexia de nuestro paciente fue un impedimento para implantar un dispositivo de mayor capacidad. Dada la tolerancia y el incremento paulatino de las necesidades analgésicas, el relleno de la bomba se realizaba cada 15 días, incrementando la dosis de morfina hasta 5 mg de cloruro mórfico y 6 mg de bupivacaína al día, dosis con la cual mostraba una EVA 3, y le aportaba una calidad de vida aceptable sin complicaciones, hasta su fallecimiento.

Discusión: Los sistemas de administración intratecal de fármacos tienen un papel bien establecido en el tratamiento del dolor crónico y la espasticidad. Los fármacos se administran a través de una pequeña bomba programable que funciona con una batería que se implanta bajo el tejido subcutáneo del abdomen y se conecta a un catéter tunelizado cuya punta está a nivel intradural. El dispositivo se debe rellenar periódicamente.

La ventaja es que la morfina (único opioide aprobado por la FDA para este uso) es entregada directamente en los receptores opioides pre- y postsinápticos en el asta dorsal de la médula espinal; el resultado es una mayor tasa de eficacia, con dosis más pequeñas y menos efectos adversos que el suministro sistémico. Debido a la naturaleza invasiva y al alto costo de la implantación, las bombas de infusión intratecal subcutáneas suelen reservarse para pacientes con una esperanza de vida de más de 6 meses, pero puede considerarse para aquellos con una esperanza de vida más corta si tienen dolor intenso o no pueden tolerar los efectos adversos de la analgesia sistémica (1,2).