

alteraciones psiquiátricas y elevación de la creatinquinasa musculoesquelética. En la mayoría de los casos son secundarismos leves, resueltos mediante tratamiento sintomático y descenso de la dosis de infusión. No obstante, en caso de efectos graves es necesario suspender la infusión.

Conclusiones: Ziconotide constituye una alternativa segura y eficaz para el tratamiento del dolor crónico en pacientes que precisan la vía intratecal. No obstante, es necesario conocimiento adecuado del fármaco y seguimiento estrecho del paciente para advertir posibles efectos secundarios derivados de su uso. Dada la escasa experiencia clínica en la actualidad existen diferentes propuestas para el correcto uso de ziconotide tanto en la fase de prueba como en el manejo en sistemas electrónicos de infusión (tipos de infusión continuo, bolus, bolus-continuo). 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:

1. Prusik J, Argoff C, Peng S, Pilitsis JG. Use of low dose ziconotide as first-line intrathecal monotherapy. *Neuromodulation*. 2017;20:386-91.

P-172 REVISIÓN DE LA TASA Y CAUSAS DE EXPLANTES ENTRE 2014 Y 2018 EN PACIENTES TRATADOS CON ESTIMULACIÓN MEDULAR EN NUESTRO CENTRO

R. M. Robledo Algarra, R. Izquierdo Aguirre, A. Bermejo Marín, M. A. Canos Verdecho, E. Gallach Solano, P. Argente Navarro

Hospital Universitario La Fe, Valencia

Palabras clave: SCS, explante, complicaciones estimulación medular.

Introducción: La estimulación medular ha demostrado ser una terapia efectiva para determinados síndromes dolorosos. No obstante, no está exenta de complicaciones. El explante de estos sistemas supone tanto el fracaso terapéutico como un coste adicional, por lo que estudiar las causas y buscar soluciones puede mejorar los resultados a largo plazo.

Objetivos: Determinar la incidencia y las causas de explante en nuestra unidad así como identificar posibles factores de riesgo relacionados con el explante con el fin de reducir el riesgo y asegurar la supervivencia de los dispositivos.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 164 pacientes implantados entre 2014 y 2018 por SFCL, SDRC, estenosis de canal, dolor neuropático por otras causas y dolor por isquemia crónica.

Se analizaron las causas del explante así como la tasa de pacientes que no pasaron el periodo de prueba. También se recogieron otras variables como sexo, edad, presencia de DM o HTA y síndrome ansioso o depresivo.

Desde 2014 los pacientes candidatos a implante son valorados y seleccionados por parte del equipo médico y de una psicóloga según un protocolo establecido que permite también trabajar los aspectos psicológicos que pueden interferir en la terapia. Además previo al implante se coge una muestra de frotis nasal para adecuar la antibioterapia profiláctica previa al implante.

Los pacientes son sometidos siempre a un periodo de prueba de 15 días previo a realizar el implante definitivo del generador.

Resultados: Se obtuvieron 164 pacientes candidatos a implante, 6 de estos pacientes no pasaron el periodo de prueba (3,6 %).

De los 158 pacientes con implante definitivo se produjeron 23 explantes (tasa de explantes del 14 %), 11 por infecciones (48 % de la causa de explantes) y 12 por pérdida de efectividad (52 %).

Se obtuvo una tasa de infección del 6,7 % y de pérdida de efectividad del 7,3 % en los pacientes implantados.

La edad media de los explantes fue de 62 años, siendo el 68 % hombres y el 32 % mujeres. Un 6 % de los pacientes tenían diabetes y un 38 % eran hipertensos. Un 30 % de los pacientes tenían antecedentes de ansiedad o depresión.

El 45 % de los explantes se produjeron en pacientes con SFCL, un 24 % en SDRC, 10 % en dolor por isquemia, 10 % en estenosis de canal y un 7 % en dolor neuropático por otras causas.

Discusión: Según la bibliografía existente, hasta un 24 % de los sistemas de estimulación medular son explantados, siendo la pérdida de efectividad la principal causa. En nuestra unidad fue del 14 %.

Se estima que la tasa anual de infecciones en los pacientes sometidos al implante de sistemas de estimulación medular se encuentra en torno al 2,5-14 % según la serie. En nuestra unidad esta tasa ha sido del 6,7 %, cifra que se ha conseguido tras el implante en 2014 de una pauta antibiótica guiada por cultivo de frotis nasal junto con una formación del personal que participa en el implante de estos sistemas impartido por el servicio de infecciosas y medicina preventiva.

Pese a que es imposible eliminar completamente el riesgo de infección, este puede minimizarse adoptando algunas medidas como las expuestas. Los mecanismos exactos por los que los pacientes pierden efectividad con la terapia son todavía desconocidos. Nuestro centro registró una tasa del 7,3 % de explantes por pérdida de efectividad. Los nuevos

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.