

intoxicaciones de cocaína. Originalmente suelen ser crisis del lóbulo temporal pero casi todas terminan progresando a crisis tónico-clónicas generalizadas.

**Conclusión:** El tratamiento del dolor central que aparece posterior a un accidente cerebrovascular requiere un enfoque multidisciplinar e incluye varias opciones farmacológicas y no farmacológicas; además de un seguimiento estrecho por parte de especialistas en dolor crónico debido a la poca frecuencia del síndrome y a la refractariedad de este a los tratamientos convencionales.

#### Bibliografía recomendada:

1. Fundacioncsz.org [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/144.pdf>
2. Guardia Serecigni J. Neuroimagen y drogodependencias. Elsevier. 2001;3(2):67-156.

### P-224 EVALUACIÓN RETROSPECTIVA SOBRE EL USO DE KETAMINA ORAL EN NUESTRA POBLACIÓN DURANTE EL PERIODO 2010-2018

R. Blasco Mariño, Y. Bayarri Alonso, A. Server Salvà, G. Usua Lafuente, E. Márquez Martínez, A. Mesas Ibáñez  
*Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona*

**Palabras clave:** *ketamina oral, dolor neuropático.*

**Introducción:** La ketamina es un fármaco ampliamente utilizado en el campo de la anestesiología desde su descubrimiento en 1962. Su uso como analgésico se ha incrementado en los últimos años, manteniéndose como un hipnótico alternativo en el procedimiento perioperatorio.

La presencia de efectos adversos de la ketamina oral no es desdeñable aunque existe disparidad de incidencia entre estudios. Su recomendación como analgésico adyuvante en el dolor neuropático no está clara.

**Objetivos:** Conocer la efectividad de la ketamina oral en nuestra población y realizar una revisión bibliográfica del uso de ketamina oral en el dolor neuropático.

**Material y métodos:** Se revisa de forma retrospectiva un total de 41 pacientes atendidos en la unidad del dolor desde 2010 hasta 2018. Se incluyeron todos los pacientes a los que se les administró ketamina oral como tratamiento adyuvante para el control de dolor de tipo neuropático. La ketamina, a una concentración del 1 %, fue elaborada en la farmacia hospitalaria en fórmula magistral, con el añadido de un excipiente sabor a fresa para mejorar la adherencia al tratamiento. La dispensación del fármaco y la valoración de la evolución clínica se realizó de forma mensual. Los datos demográficos se resumen en la Tabla I.

**Resultados:** La ketamina se mostró efectiva en el 63 % de los casos, no efectiva en el 24 % y no pudiéndose valorar la respuesta en un 13 % de los casos (principalmente por exitus laetalis). Se realizó un análisis dicotómico de la respuesta (Sí/No), valorándose la mejoría clínica como una respuesta clínica superior al 30 %. El tiempo mínimo de seguimiento fue de 2 meses para valorar respuesta (la media de seguimiento es de 2 años). Todos los pacientes requirieron cambio de dosis y la media fue de 90 mg/día. La tasa de efectos adversos asociados al fármaco fue baja (30 % de los pacientes tratados) y la mayoría menores (somnolencia, confusión y náuseas).

**Discusión:** La evaluación del uso de ketamina oral para el tratamiento del dolor neuropático presenta discordancia de resultados entre estudios. En los pocos estudios aleatorizados la eficacia clínica fue baja (23 %) y la cantidad de efectos adversos elevada, mientras que en los estudios retrospectivos

TABLA I

Sexo	Hombres (42 %), mujeres (58 %)
Edad	Media 47 ± 11
Obesidad	No (87 %), sí (13 %)
Tipo de dolor	Neuropático (93 %), visceral-neuropático (7 %)
Dosis	Media 90 mg/día (30 mg/8 h)
Trastorno depresivo durante el tratamiento	Sí (27 %), no (74 %)
Analgesia concomitante	Gabapentina 42 %, pregabalina 22 %, clonazepam 42 %, amitriptilina 28 %, duloxetina 14 %, morfina 23 % (oral o intravenosa), tramadol 15 %, oxicodona-naloxona 20 %, metadona 14 %, fentanilo en parches 18 %, AINE 8 %
Realización de técnicas invasivas por la unidad	Sí (50 %), no (50 %)
Efectos adversos durante el tratamiento	Sí (30 %), no (70 %)

los efectos adversos fueron bajos y menores; y la eficacia superior al 50 %. Esta disparidad en parte se explica por la ausencia de una indicación terapéutica adecuada, siendo el dolor neuropático muy interdependiente entre personas y patologías. Los estudios de menor eficacia no presentan ni definen indicadores de resultados claros, siendo heterogéneos entre ellos y carentes de un registro del dolor adecuado. A su vez los estudios de mayor calidad de la evidencia tienen baja validez externa y resulta precipitado extrapolar resultados. La recomendación actual como tratamiento del dolor neuropático no está clara, siendo más plausible su uso cuando se han probado otros tratamientos, en casos de dolor refractario o ante la presencia de signos de sensibilización central y/o cronicidad. En pacientes tratados con polifarmacia, cuyas patologías muchas veces son crónicas o presentan mal pronóstico, puede resultar complejo cuantificar la mejoría clínica en un intento de proporcionar resultados de cantidad y no de calidad. Las escalas de funcionalidad pueden constituir una alternativa válida en estos pacientes, cuya satisfacción puede resultar mayor en la dimensión funcional respecto a las valoraciones unidimensionales del dolor.

**Conclusiones:** En nuestra serie, la ketamina ha demostrado utilidad como adyuvante en el tratamiento del dolor neuropático en el análisis realizado. Existe una discordancia clínica entre los hallazgos encontrados en las series retrospectivas, como la nuestra, y los ensayos prospectivos. Las limitaciones de nuestra evaluación son resultado de una revisión retrospectiva de la práctica clínica habitual con una amplia heterogeneidad de la muestra. Es necesaria la realización y comparación de estudios prospectivos aleatorizados y randomizados, de mayor tamaño y seguimiento, para validar su uso.

**Agradecimientos:** Los autores no tienen conflictos de interés.

#### Bibliografía recomendada:

1. Blonk MI, Koder BG, van den Bemt PMLA, Huygen FJPM. Use of oral ketamine in chronic pain management: A review. *Eur J Pain*. 2010;14:466-72. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1016/j.ejpain.2009.09.005>
2. NICE Chronic Pain: Oral ketamine [ESUOM27] February 2014. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/advice/esuom27/chapter/Key-points-from-the-evidence>

### P-226 APLICACIÓN DEL PARCHÉ DE CAPSAICINA AL 8 % EN PACIENTES CON NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

M. Pedraz Natalías<sup>1</sup>, M. del Pueyo Badel Rubio<sup>1</sup>, B. Navarro Vicente de Vera<sup>1</sup>, P. García Consuegra Tirado<sup>1</sup>, A. Callau Calvo<sup>1</sup>, C. Marín Zaldivar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza;

<sup>2</sup>Hospital Maz, Zaragoza

**Palabras clave:** neuralgia del trigémino, capsaicina, dolor neuropático.

**Introducción:** El parche de capsaicina al 8 % está indicado para el tratamiento del dolor neuropático periférico en adultos. Los estudios realizados han demostrado su eficacia en dolor de este tipo con diferentes etiologías. La neuralgia del trigémino aunque se trata de una neuralgia periférica, no ha sido incluida en la ficha técnica debido a que, al ser altamente irritante, pudiera dañar por proximidad a mucosas de la boca y ojos. En la literatura nos encontramos con 12 casos publicados de aplicación en cara.

**Objetivos:** Valorar la eficacia terapéutica y la seguridad del parche de capsaicina 8 %, aplicado en la zona afectada de la cara, en pacientes con neuralgia del trigémino, refractarios a otros tratamientos. Así como evaluar la satisfacción, valorar la tolerabilidad y determinar la posible reducción en el coste y en el número de fármacos que el parche genera.

**Material y método:** Se recogieron todos los pacientes afectados por neuralgia del trigémino remitidos a la unidad del dolor refractarios a tratamientos de 1.ª y 2.ª línea del 1 de enero 2016 al 30 junio del 2018 (n = 31). Previa aplicación del parche se registró: sexo, edad, localización dolor, test DN4, test LANSS, EVA preaplicación. Durante la colocación del parche se protegieron ojos y mucosas y se recogieron efectos secundarios. Al mes de la aplicación se contactó telefónicamente para determinar: EVA postaplicación, evaluar cualitativamente el tratamiento y además se realizó una revisión de historias clínicas para determinar el número de fármacos consumidos y el gasto mensual antes y al mes de la aplicación.

**Resultados:** De 31 pacientes el 51,6 % fueron mujeres y el 48,8 % hombres, con una edad media  $66,8 \pm 14,9$ ; la 3.ª rama fue la más frecuente afectada de forma independiente. El 80,4 % sufrió efectos adversos, siendo el más frecuente el eritema leve; no se produjeron en ojos o mucosas. El 58,9 % respondió favorablemente al tratamiento y el 71 % indicó un sueño ininterrumpido al mes de la aplicación. La EVA al mes de la aplicación fue significativamente más bajo que el anterior ( $p < 10^{-4}$  en la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras pareadas), el 83,4 % experimentó un descenso de la EVA al mes de la aplicación. En el número de fármacos hubo más bajadas (25,8 %) que subidas (13 %), pero en el 61,2 % de los pacientes no hubo cambios, y la diferencia entre el número anterior y posterior no fue estadísticamente significativa ( $p = 0,117$ ). El coste mensual de los fármacos bajó (en hasta 90,00€) en 13 pacientes y subió (en hasta 187,52€) en 8, manteniéndose sin cambios en los restantes 10 pacientes, ( $p = 0,728$ ) variación no significativa estadísticamente.

**Discusión:** En este estudio se han incluido datos de 31 pacientes que, a pesar de ser una cifra baja, es muy superior a los 12 casos que se refieren en los estudios de la biblio-