

hay extensos estudios sobre ello y algunos refieren haber observado también alivio del dolor en la zona inervada por el pudendo, pero no hay estudios específicos sobre la electroterapia en el nervio tibial posterior para el control del dolor pélvico, por lo que resultaría de interés la realización de dichos estudios.

Agradecimientos: A la sección del dolor pélvico de nuestra unidad. Sin conflicto de intereses.

Bibliografía:

1. Amer-Cuenca JJ, et al. ¿Qué respuesta fisiológica desencadena la aplicación de la técnica de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea? Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2010;17(7):333-42.
2. Tutolo M, et al. Efficacy and safety of sacral and percutaneous tibial neuromodulation in non-neurogenic lower urinary tract dysfunction and chronic pelvic pain: A systematic review of the literature. Eur Urol. 2018;73(3):406-18.

INFUSIÓN

P-171 ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DEL USO CLÍNICO DE ZICONOTIDE 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, terapia intratecal, ziconotide.

Introducción: La vía intratecal constituye una opción segura y eficaz para la administración de múltiples fármacos en el tratamiento del dolor agudo y crónico. La principal ventaja al administrar el fármaco directamente en el sistema nervioso central y receptores medulares es un gran efecto analgésico con mínimas dosis y menos efectos secundarios.

En 2012 la Polyanalgesic Consensus Conference recomendó ziconotide como monoterapia intratecal de primera línea en dolor crónico severo, indicación hasta el momento solo reconocida para la morfina intratecal (1).

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

Material y método: Se revisaron las historias de los 11 pacientes en tratamiento con ziconotide 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, dosis inicial y final de la fase de prueba, dura-

ción de la misma, dosis registrada a los 3-6 y 12 meses, dosis máxima del histórico y registro de incidencias relacionadas con la terapia.

Los diagnósticos establecidos fueron: síndrome de cirugía fallida de espalda (2 casos), dolor neuropático en lesionado medular (4 casos), síndrome de Scheuermann (1 caso) y dolor neuropático secundario a hemangioma medular (1 caso).

Todos los pacientes recibían monoterapia con ziconotide salvo dos; un paciente recibía también tratamiento con fentanilo y el otro con baclofeno.

La experiencia más larga registrada con ziconotide fue de 8 años en 3 de nuestros pacientes.

Resultados: El sistema de infusión empleado fue Medtronic SynchroMed II. No se registró ninguna incidencia en relación con el sistema de infusión.

El modo de administración empleado en fase de prueba y una vez finalizada la misma fue de infusión continua en todos los casos. La fase de prueba se definió por una dosis inicial que osciló entre 0,2-2,4 mcg/día, una duración media de 8,3 días, y una dosis final de 0,5-3,6 mcg/día. En todos los casos la fase de prueba fue considerada positiva.

Las dosis registradas a los 3, 6 y 12 meses oscilaron entre 0,33-10 mcg/día, 0,69-17 mcg/día y 0,62-18 mcg/día respectivamente. Este hecho manifestó la gran variabilidad interindividual en el uso clínico de ziconotide intratecal. No obstante, una vez establecida la dosis eficaz en cada paciente, la variabilidad individual a lo largo del tiempo fue reducida.

La máxima dosis registrada en nuestro histórico fue de 20 mcg/día, con adecuada tolerancia.

La aparición de efectos adversos se registró en seis pacientes. En dos casos las complicaciones fueron infecciosas (un caso de meningitis y un caso de infección del bolsillo quirúrgico), mientras que en los cuatro casos restantes se trató de secundarismos tolerables atribuidos al fármaco (malestar general, diarrea, alucinaciones leves, ansiedad...).

Discusión: Ziconotide es una versión sintética del cono péptido hidrofílico MVIIA, derivado del veneno del caracol marino Conus Magus. Es un fármaco de uso exclusivo vía intratecal para el tratamiento del dolor neuropático crónico. Presenta elevada afinidad a los canales del Ca²⁺-N-voltaje-específico, presentes en las terminales presinápticas de las neuronas aferentes primarias que finalizan en el asta dorsal. Actúa como antagonista reversible de este receptor, donde bloquea la señalización medular del dolor.

Como ventaja frente a los opioides, ziconotide reduce el dolor y mejora la calidad de vida sin desarrollar tolerancia, dependencia, inmunosupresión, depresión respiratoria o deprivación. No obstante, presenta un estrecho margen terapéutico, siendo necesario un ajuste posológico paulatino con seguimiento estrecho.

Entre los efectos adversos más frecuentes destacan mareos, náuseas, confusión, ataxia, vómitos, nistagmus,

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