

La infusión espinal: la Cenicienta del dolor

Cuando el director de la *Revista de la Sociedad Española del Dolor* me encargó que escribiese un editorial sobre el papel de la infusión espinal en el tratamiento del dolor, para mí fue una sorpresa muy agradable: ¡por fin nos acordábamos de la “tan denigrada” administración intratecal de fármacos!

Es necesario retroceder a principios de la década de los 80 cuando la publicación del trabajo de Wang (1) sobre administración de morfina intratecal en pacientes con dolor de origen oncológico refractarios a los opioides sistémicos, supuso una auténtica revolución en el tratamiento del dolor crónico, sobre todo en los pacientes oncológicos. En aquellos momentos, el tratamiento del dolor crónico se basaba, de forma fundamental, en la utilización de bloqueos nerviosos, realizados bien con anestésicos locales, corticoides o con fármacos neurofíticos (alcohol y fenol), con una pequeña participación de fármacos analgésicos administrados por vía sistémica. Por ello, la posibilidad de administrar morfina en dosis bajas directamente en el espacio espinal (tanto epidural como intratecal) supuso un paso de gigante en el desarrollo de lo que hoy en día conocemos como tratamiento sistematizado del dolor crónico. En 1979, Wang y cols. publicaron los resultados obtenidos en una serie de pacientes oncológicos aquejados de dolor refractario a los opioides sistémicos, a estos pacientes se les administró 1 mg de morfina directamente en el espacio intratecal mediante dosis única, en todos los casos se obtuvo una analgesia efectiva y duradera. Al principio, esta administración de morfina se llevaba a cabo de dos formas distintas; bien mediante el sistema de inyección única y repetida o bien, lo que era más frecuente, mediante su administración a través de un catéter tunelizado (epidural o intratecal), y conectado a un sistema de infusión externo o simplemente administrando las dosis a través del catéter. La aparición de los sistemas implantables (programables o de flujo fijo) supuso la posibilidad de utilizar esta vía durante largos periodos de tiempo.

Este método de tratamiento del dolor fue ganando en importancia y en número de pacientes tratados durante toda la década de los años 80 sobre todo en dolor oncológico, siendo en la década de los 90 cuando la infusión espinal de fármacos comienza a decaer, ello sucede, desde mi punto de vista, por varias razones: a) la apertura de las Unidades del Dolor a un tipo de pacientes desconocido hasta ese momento, como eran los pacientes con dolor crónico de origen no oncológico; b) la aparición y comercialización de fármacos analgésicos (sobre todo opioides potentes) que hacían posible obtener un alivio adecuado del dolor sin necesidad de recurrir a la vía espinal; c) la popularización de otras técnicas invasivas, tales como la Neuroestimulación y la Radiofrecuencia, que presentan un menor índice de efectos secundarios severos para el paciente; y d) la concienciación del personal de las Unidades del Dolor del principio de “seguridad del paciente” que debe primar sobre otras opciones.

Hace unos meses escribía un editorial en esta revista (2) en el cual me preguntaba si la vía espinal era una vía segura para utilizar durante largos periodos de tiempo en pacientes con dolor crónico no oncológico. Esta pregunta me la hacía poco tiempo después de haber oído, en junio de 2010, cuestionar su seguridad a uno de los impulsores de su utilización, como es Elliot Krames. Desde mi punto de vista no tengo dudas: la vía espinal es una vía segura siempre que los médicos y enfermeros que la manejan apliquen un riguroso protocolo de seguridad, tanto en el proceso de implante del sistema como en el momento de mayor incidencia de complicaciones severas que lo constituye el relleno del sistema.

En este número de la *Revista de la Sociedad Española del Dolor* se publica un artículo del Grupo de Trabajo de Infusión Espinal de la SED sobre “*Valoración crítica de las guías de práctica clínica con el instrumento AGREE*”. Lo primero que quiero es agradecer a los componentes de este Grupo de Trabajo su magnífica labor a la hora de hacer una valoración crítica de las diversas Guías de Práctica Clínica sobre infusión espinal en estos momentos en los cuales, todavía, existen pocas evidencias científicas que avalen los resultados clínicos obtenidos a lo largo de los últimos treinta años de práctica clínica mediante la administración de fármacos por vía intratecal, si bien, este vacío se ha ido cubriendo con la aparición de estudios sobre la administración intratecal de fármacos y sus consecuencias. Sin embargo, en la mayoría de estos estudios nos encontramos aún con una serie de ausencias muy importantes, tales como: a) falta de evaluaciones psicológicas previas; b) inexistencia de unos criterios rigurosos de selección de pacientes; c) falta de estudios realizados a doble ciego, randomizados y controlados; d) falta de una definición clara del tipo de dolor que presentaban los pacientes incluidos en los estudios; e) falta de criterios unificados para la evaluación de los resultados obtenidos; y f) necesidad de realizar estudios retrospectivos en pacientes que permanezcan en tratamiento durante largos periodos de tiempo y que permitan evaluar los resultados y, sobre todo, las complicaciones encontradas.

El Grupo de Trabajo lleva a cabo una revisión sobre 13 publicaciones en las que aparece la palabra “guía clínica”, siendo la primera un artículo de Krames del año 1993 (3) y las dos últimas de 2008 (4,5). De los 13 artículos revisados, cuatro son específicos (4,6-8) sobre la administración de baclofeno en pacientes con cuadros de espasticidad severa y uno es específico para pacientes oncológicos (9), siendo los otros nueve para todo tipo de dolor y espasticidad. A todos ellos, el Grupo de Trabajo les aplica el instrumento AGREE en su versión adaptada al español. Este instrumento sirve para evaluar tanto la calidad de la información aportada en el documento, así como la calidad de algunos aspectos de las recomendaciones, ofreciendo una valoración de la guía y de sus probabilidades de que se logren los resultados esperados.

La Guía recomendada por el GT es la publicada en el año 2008 por la Sociedad Británica del Dolor (5). En ella se hace una descripción detallada sobre una serie de aspectos relacionados con la utilización de la vía espinal en distintos tipos de dolor (oncológico y no oncológico) y espasticidad, así como de los distintos fármacos utilizados; morfina, bupivacaína, clonidina, baclofeno y ziconotida, y de las diversas formas de administración: catéteres tunelizados, reservorios subcutáneos, sistemas de infusión externos o totalmente implantables. También se lleva a cabo un estudio exhaustivo de las evidencias que soportan cada uno de los tipos de dolor tratados, así como de los distintos fármacos administrados. Las mejores evidencias las presentan la ziconotida y el baclofeno administrados en cuadros de dolor crónico y en espasticidad.

Confío que a partir de ahora, a la hora de utilizar la vía espinal se tengan en cuenta las recomendaciones que se hacen en la Guía Clínica de la Sociedad Británica del

Dolor con lo cual evitaremos que aparezcan o que se minimicen los efectos secundarios severos que pueden desarrollarse en estos pacientes. Con ello podremos poner de manifiesto que la vía espinal es un método válido para tratar a determinados tipos de dolor y espasticidad severa resistente a los diversos tratamientos de los que hoy en día disponemos.

M. J. Rodríguez

Unidad de Tratamiento del Dolor.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

BIBLIOGRAFÍA

1. Wang JK, Nauss LA, Thomas JE. Pain relief by intrathecally applied morphine in man. *Anesthesiology* 1979;50:149-51.
2. Rodríguez MJ. Administración de fármacos por vía intratecal, ¿un método seguro? *Rev Soc Esp Dolor* 2010;17:257-8.
3. Krames ES. Intrathecal infusional therapies for intractable pain: patient management guidelines. *J Pain Symptom Manage* 1993;8:36-46.
4. Bhimani R. Intrathecal baclofeno therapy in adults and guideline for clinical nursing care. *Rehabil Nurs* 2008;33:110-6.
5. Intrathecal drug delivery for the management of pain and spasticity in adults; recommendations for best clinical practice. Prepared on behalf of the British Pain Society in consultation with the Association for Palliative Medicine and the Society of British Neurological Surgeons. August 2008. The British Pain Society 2008.
6. Dones I, Nazzi V, Broggi G. The guidelines for the diagnosis and treatment of spasticity. *J Neurosurg Sci* 2006;50:101-5.
7. Ridley B, Rawlins PK. Intrathecal baclofeno therapy: ten steps toward best practice. *J Neurosci Nurs* 2006;38:72-82.
8. Sans A. Utilidad del baclofeno intratecal en el tratamiento de la parálisis cerebral espástica. *Rev Neurol* 2003;36:S128-31.
9. Stearns L, Boortz-Marx R, Du Pen S, Friehs G, Gordon M, Halyard M. Intrathecal drug delivery for the management of cancer pain. A multidisciplinary consensus of best clinical practices. *J Support Oncol* 2005;3:399-408.