

Guía de Consenso Española sobre Patología Dual en Bipolares

Dr. José Martínez Raga

Psiquiatra

Unidad de Conductas Adictivas, Departamento 12 de Salud, Gandia, y
Universidad CEU – Cardenal Herrera

jmartinezraga@comv.es



Jornadas Nacionales de
Patología Dual:

De la psicopatología a la
adicción o viceversa

Madrid, 28, 29 y 30 de Mayo de 2009



El abuso de sustancias psicoactivas es la principal comorbilidad en los sujetos con psicosis

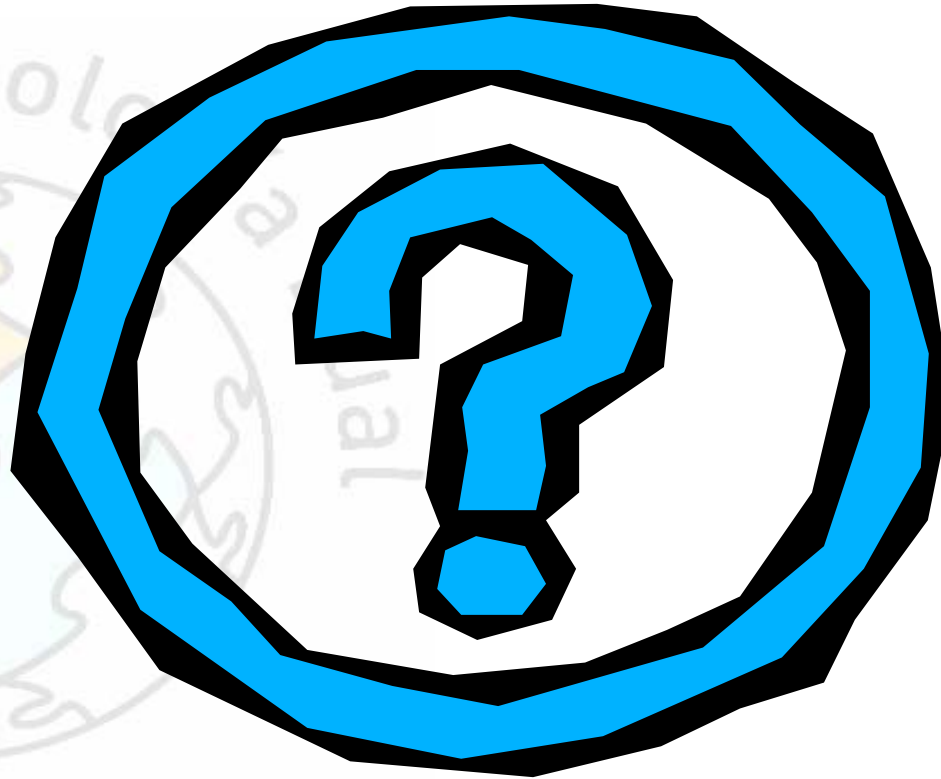
Introducción (1)

- Estudios en diferentes países, tanto en población general, como en muestras de pacientes en diversos niveles de tratamiento evidencian tasas excepcionalmente elevadas de abuso de sustancias asociadas a TB.
- Incluso en las estimaciones más conservadoras la prevalencia a lo largo de la vida de TUS comórbido es >40% para pacientes con TB Tipo I y > 20% para pacientes con TB Tipo II ¹.
- Por otro lado, un diagnóstico de TB es 5-8 veces más frecuente en pacientes con un TUS que entre aquellos sin el mismo.
- Se ha postulado que los pacientes que desarrollan un TB tras un abuso crónico o prolongado de sustancias constituirían un subtipo diferenciado de TB.

Introducción (2)

- El abuso de sustancias en pacientes con TB se asocia con:
 - ***peor respuesta*** al tratamiento,
 - peor ***calidad de vida***,
 - ***peor evolución clínica*** global y en relación con los dos trastornos comórbidos,
 - mayor riesgo de ***ingreso***,
 - mayor probabilidad de ***ciclos rápidos***,
 - mayor riesgo a la ***cronicidad***.
 - También, ***mayor riesgo de suicidio*** a lo largo de la vida.

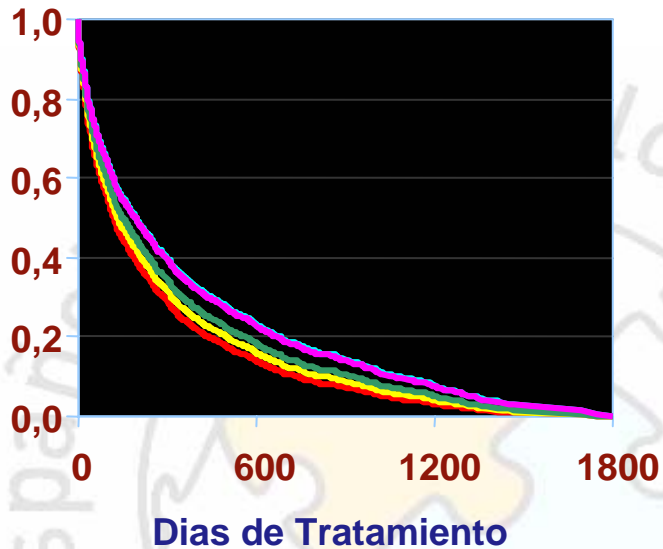
Si pero, ¿son necesarios los Consensos, las Guías, ...?, ¿qué aportan?



La duración del tratamiento recomendado por las GUIAS raramente es alcanzado en la práctica clínica

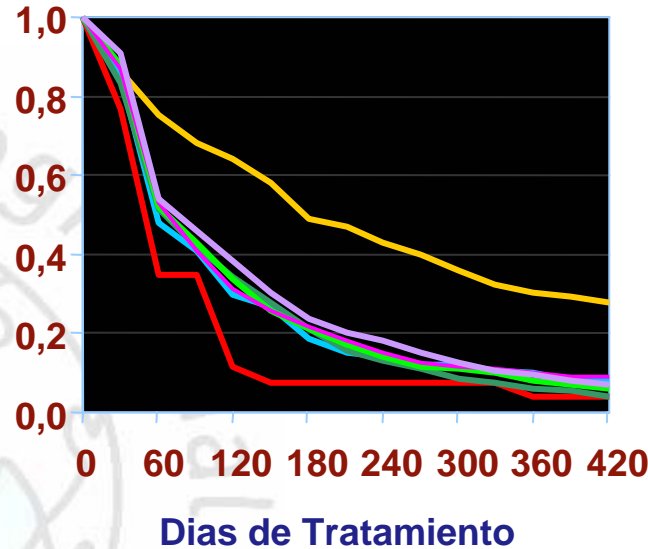
Curvas de discontinuación de medicación

Discontinuación del Tratamiento con 5 ISRS



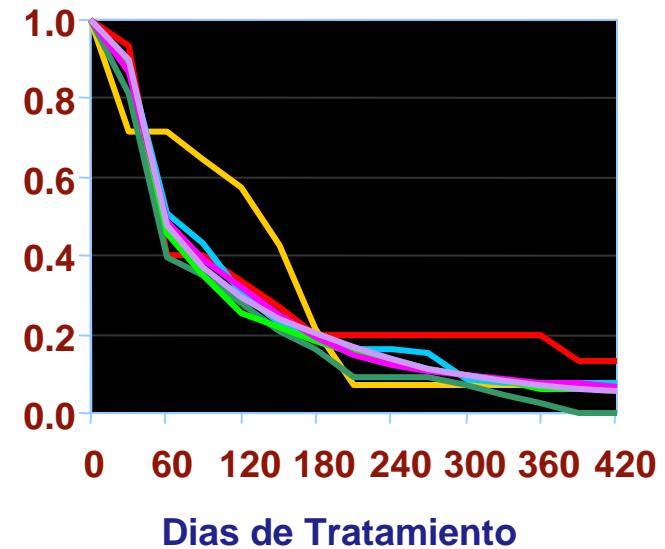
Mediana = 4–6,5 Meses
(Incluye tratamiento agudo)

Discontinuación de Antipsicóticos Esquizofrenia



Mediana = 3–4,5 Meses

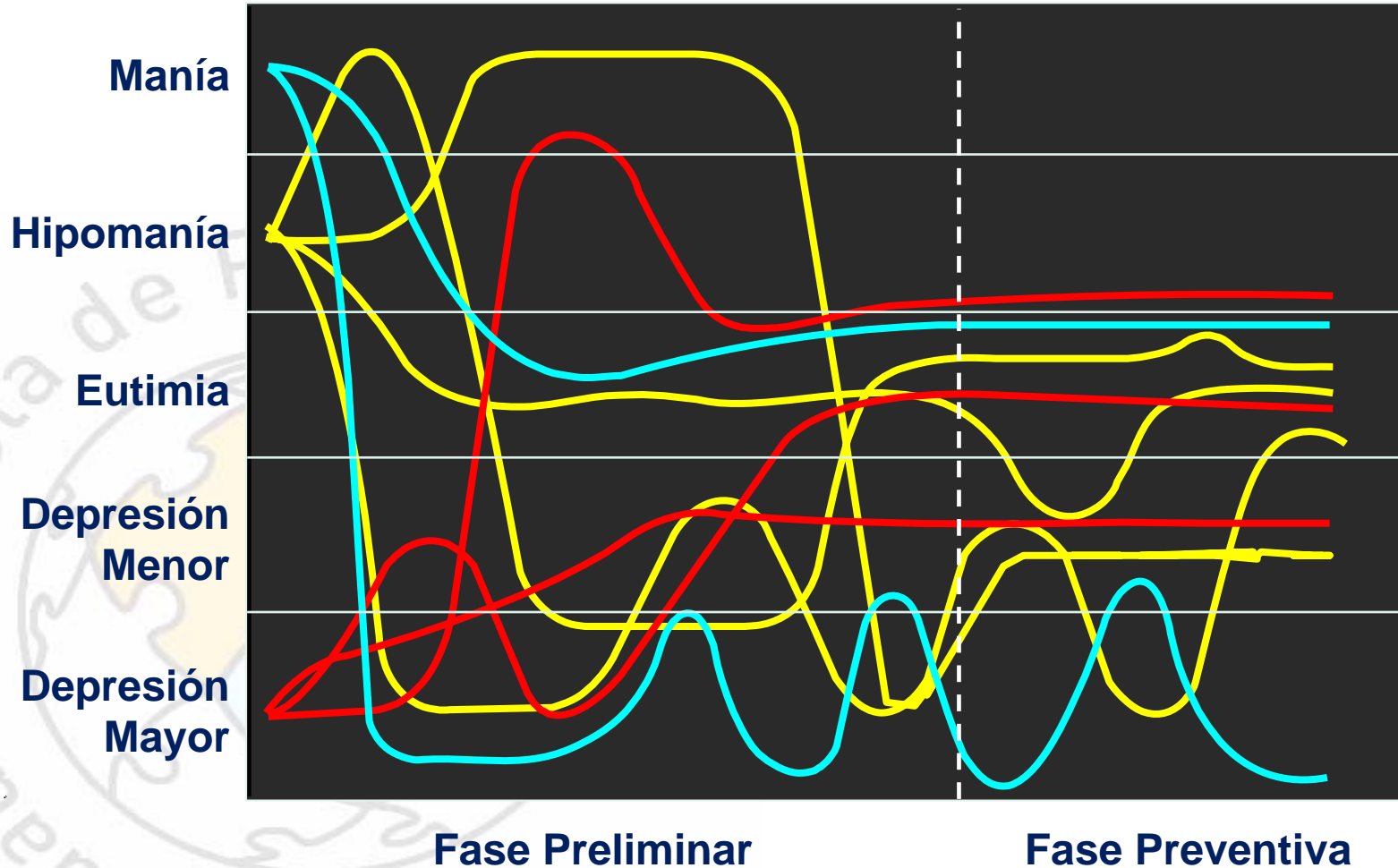
Discontinuación de Antipsicóticos Trastorno Bipolar



Mediana = 3–4,5 Meses

Período de estabilización clínicamente relevante – alrededor de 2-3 meses
Los pacientes que prosiguenb en tatamiento pasados 6 meses son una minoría

Abordaje terapéutico multifásico ya de por si complejo en el Trastorno Bipolar



El problema en la práctica clínica (el mundo real)

- Muchos de los trastornos presentes con una elevada prevalencia ya sea de forma aislada o como trastornos comórbidos (adicción a la cocaína, Tr personalidad, o la Patología Dual) no “tienen tratamientos autorizados”, por lo tanto los abordajes son *fuera de indicación* (“off-label”):
- Se ha descrito hasta 71% de las prescripciones de anticonvulsivantes fuera de indicación ¹.
- Alrededor del 30-40% de todas las prescripciones en psiquiatría son fuera de indicación, llegando al 70% en el caso de los antipsicóticos ².
- En Adicciones: ??

1. Chen et al. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2005 Sep;14(9):629-38.

2. Assion HJ, Jet al . Pharmacopsychiatry. 2007 ; 40:30-6.

La realidad de las guías de consenso

- En PubMed: **227** estudios con los descriptores “consensus guidelines” y “psychiatry”.
- En PubMed: **1650** estudios con los descriptores “clinical guidelines” y “psychiatry”.

GUIDELINES

The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2009 on the Treatment of Acute Mania

HEINZ GRUNZE^{1,2}, EDUARD VIETA³, GUY M. GOODWIN⁴, CHARLES BOWDEN⁵,
RASMUS W. LICHT⁶, HANS-JÜRGEN MÖLLER², SIEGFRIED KASPER⁷ &
WFSBP TASK FORCE ON TREATMENT GUIDELINES
FOR BIPOLAR DISORDERS^{8*}

¹*Institute of Neuroscience, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK,* ²*Department of Psychiatry, Ludwig-Maximilians-University, Munich, Germany,* ³*Bipolar Disorders Programme, Institute of Neuroscience, Hospital Clinic, University of Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Barcelona, Catalonia, Spain,* ⁴*Department of Psychiatry, Warneford Hospital, University of Oxford, Oxford, UK,* ⁵*Department of Psychiatry, University of Texas Health Science Center, San Antonio, TX, USA,* ⁶*Mood Disorders Research Unit, Aarhus University Hospital, Risskov, Denmark,* ⁷*Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical University of Vienna, Vienna, Austria,* and ⁸*WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Bipolar Disorders*

Abstract

These updated guidelines are based on a first edition that was published in 2003, and have been edited and updated with the available scientific evidence until end of 2008. Their purpose is to supply a systematic overview of all scientific evidence pertaining to the treatment of acute mania in adults. The data used for these guidelines have been extracted from a MEDLINE and EMBASE search, from the clinical trial database *clinicaltrials.gov*, from recent proceedings of key conferences, and from various national and international treatment guidelines. Their scientific rigor was categorised into six levels of evidence (A–F). As these guidelines are intended for clinical use, the scientific evidence was finally assigned different grades of recommendation to ensure practicability.

Key words: *Bipolar disorder, mania, depression, acute treatment, evidence-based guidelines, pharmacotherapy, antipsychotics, mood stabiliser, electroconvulsive therapy*

Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse

[Cleary M](#), [Hunt G](#), [Matheson S](#), [Siegfried N](#), [Walter G](#).

CONCLUSIONS: We included 25 RCTs and found no compelling evidence to support any one psychosocial treatment over another to reduce substance use (or improve mental state) by people with serious mental illnesses. Furthermore, methodological difficulties exist which hinder pooling and interpreting results; high drop out rates, varying fidelity of interventions, varying outcome measures, settings and samples and comparison groups may have received higher levels of treatment than standard care. Further studies are required which address these concerns and improve the evidence in this important area.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS EN PSIQUIATRÍA

DIRIGIDA POR

Pere Antoni Soler Insa
Josep Gascón Barrachina

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS EN PATOLOGÍA DUAL

COORDINADORES

Luis San Molina
Miquel Casas Brugué

 Ars Medica

2002

Consenso de la SEP sobre patología dual

Coordinador

Luis San Molina

Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental, Barcelona



Sociedad Española
de Psiquiatría

 Ars Medica

 Sociedad
Española
de Psiquiatría
Biológica

2004

Revisiones

M. Casas¹,
M. D. Franco²
J. M. Goikolea³
M. Á. Jiménez-Arriero⁴
J. Martínez-Raga⁵
C. Roncero¹
N. Szerman⁶
Grupo Español de Trabajo
en Patología Dual en
Trastorno Bipolar

Trastorno bipolar asociado al uso de sustancias adictivas (patología dual). Revisión sistemática de la evidencia científica y consenso entre profesionales expertos

¹ Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario Vall d'Hebron
Universidad Autónoma de Barcelona
Barcelona

² Departamento de Psiquiatría
Facultad de Medicina
Universidad de Sevilla
Sevilla

³ Programa de Trastorno Bipolar
Institut de Neurociències
Hospital Clínic i Universitari
Barcelona

⁴ Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario 12 de Octubre
Madrid

⁵ Instituto sobre Drogas y Conductas Adictivas (IDYCA)
Universidad CEU Cardenal Herrera
y Unidad de Conductas Adictivas de Gandía
Agencia Valenciana de Salud
Valencia

⁶ Hospital Virgen de la Torre
Madrid

Guía Clínica Española – Trastorno Bipolar y Patología Dual

- Esta guía clínica se ha elaborado a partir de la revisión exhaustiva de la evidencia científica.
- Cuando no existía una base factual para las recomendaciones, se obtuvo el consenso de clínicos expertos acerca de las actitudes clínico-terapéuticas en pacientes con un TB y TUS comórbido.
- La guía expone, en primer lugar, la evidencia científica disponible en la actualidad sobre la patología dual.
- En segundo lugar, hace recomendaciones sobre el manejo clínico-terapéutico actual de estos pacientes en nuestro país.

Jerarquía del nivel de evidencia y recomendaciones (MBE)

Tratamiento

- Ia: Meta-análisis de EAC
- Ib: Al menos un EAC
- Ila-b: Al menos un estudio controlado (sin A.) o estudio exptl. de otro tipo
- III: Estudios descriptivos
- IV: Informes de comités de expertos, opiniones y/o experiencia clínica autorizada

A

B

C

D

Observacional

- I: Muestras poblacionales amplias, representativas
- II: Muestras pequeñas, limitadas
- III: Estudios no representativos, serie de casos
- IV: Informes de comités de expertos, opiniones y/o experiencia clínica

EAC: Ensayo aleatorizado controlado

Trastorno bipolar y patología dual tratamiento farmacológico

- Pocos datos sobre los que hacer recomendaciones – en su mayoría estudios abiertos, pequeños.
- ¿Hay alguna medicación más efectiva que otra para el TB que se útil en patología dual?
 - ¿Como monoterapia o como co-adyuvante?
 - Antipsicóticos SG: cada vez más usados
 - Anticonvulsantes - valproato, lamotrigina, (ox)carbamacepina, gabapentina, topiramato – preferibles al litio
 - El litio parece ser efectivo en subtipos del TB, como los disfóricos, mixtos o cicladores rápidos; de hecho los resultados son contradictorios en pacientes con patología dual o incluso se ha descrito que la presencia de un TUS predice una mala respuesta al tratamiento con litio.

Recomendaciones clínicas para el paciente bipolar dual (2)

- Son pocos los trabajos publicados para el tratamiento de esta patología dual, la mayoría de los cuales además son estudios abiertos. Anticonvulsivantes y eutimizantes son los fármacos más evaluados y habitualmente los preferidos en esta patología dual.
- El abordaje del paciente con trastorno bipolar y TUS comórbido requiere un abordaje integral que combine tanto estrategias psicofarmacológicas como psicoterapéuticas y que puede ayudar a los pacientes a conseguir una mejor adherencia terapéutica y una más rápida mejoría de su sintomatología de los trastornos comórbidos.
- Las terapias psicoeducativas, y aquellas de orientación cognitivo-conductual son las intervenciones psicológicas que han evidenciado ser eficaces en la prevención de nuevas recaídas.

Recomendaciones clínicas para el paciente bipolar dual (2)

- Tanto la carbamacepina como el valproato se han mostrado eficaces sobre la dependencia de alcohol y este último fármaco también parece ser eficaz también en la prevención de recaídas a la dependencia de cocaína en pacientes con trastorno bipolar. Pero es necesario tener en cuenta las importantes interacciones farmacodinámicas de estos anticonvulsivantes de primera generación.
- Lamotrigina: parece mejorar tanto los síntomas afectivos como el “craving” de cocaína. También se ha sugerido la posible utilidad de la gabapentina como tratamiento coadyuvante en pacientes con trastorno bipolar resistente al tratamiento y con abuso de alcohol y trastornos de ansiedad comórbidos.
- De modo similar, también estudios abiertos han sugerido la utilidad de la quetiapina y el aripiprazol sobre los afectivos y el “craving” de cocaína y alcohol en pacientes con patología dual.
- Mención especial merecen el topiramato y el modafinilo.

Paciente Dual

Aspectos Generales del Tratamiento

- *Nunca se debe suspender la medicación para una patología psiquiátrica porque el paciente esté usando drogas*
- Cuando una patología psiquiátrica y un abuso de fármacos coexisten, ambos trastornos requieren un tratamiento específico.
- Cada intervención terapéutica debe ser todo lo individualizada posible y debe relacionarse con el diagnóstico, la fase del tratamiento, el nivel de funcionamiento y con una valoración basada en la urgencia, severidad, seguridad médica, motivación y disponibilidad de un soporte adicional.

Comentarios finales

- Tanto el trastorno por uso de sustancias como la mayoría de trastornos mentales comórbidos son enfermedades crónicas recidivantes.
- Se necesitan abordajes a largo plazo.
- Ambos trastornos (Patología Dual) constituyen en ocasiones una nueva entidad clínica, infra-diagnosticada en muchas ocasiones, donde los síntomas de una enmascaran a la otra, lo que dificulta el tratamiento y empeora el pronóstico.
- Se requiere el tratamiento simultáneo (integrado) de ambas patologías, ya que la recaída de una va a condicionar a la recaída a la otra
- El tratamiento debe ser: integrado, multi-componentes (integral), adaptable a las necesidades individuales del paciente, asertivo, y mantenidos en el tiempo.

¿Una utopía?

Una realidad

de Política Nacional en el Reino Unido

“El abuso de sustancias ya forma parte de la cartera de servicios de salud mental & este es lugar adecuado en el que deben estar enclavados los servicios y recursos”.

Professor Louis Appleby

National Director for Mental Health in England and Professor of Psychiatry at the University of Manchester

Muchas gracias por su
atención

