

GRUPO LUSO GALAICO DE INVESTIGACIÓN EN ADICCIONES

GLIA



Controversias en el manejo de Psicosis comórbida con TUS

 XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

 SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

 **Aclad**®
asociación cidadana de lucha contra a droga

Faculty Disclosure

**No, nothing to
disclose**

EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES A TRATAMIENTO EN LAS REDES

**ASISTENCIALES DE ADICCIONES DE GALICIA Y NORTE DE PORTUGAL CON
ANTIPSICÓTICOS (INYECTABLES) DE LARGA DURACIÓN (APLD)**

- ❑ Aprobación por el Comité Ético de Investigación de Galicia/Porto**
- ❑ Autorización por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios** como estudio post-autorización de seguimiento prospectivo

EPA-SP

ÍNDICE

- **PATOLOGÍA DUAL Y PSICOSIS**
- **PATOLOGÍA DUAL: circuito asistencial**
- **PROGRAMA APLD: ENFERMOS DUALES CON T.M.S.**
 - **A propósito de una experiencia: "APLD-ACLAD"**

PROTOTIPO DEL ESQUIZOFRÉNICO DUAL

- ❑ > hombre, + jóvenes, < nivel social, PEP/hosp a edad + temprana
- ❑ > sints positiva y afectiva, con + riesgo de autolisis
- ❑ < sints negativa con peor ajuste premórbido
- ❑ > impulsividad, TP (clúster B) y > grado policonsumo de drogas
- ❑ > tasa de conductas violentas y delictivas
- ❑ > tasa de comorbilidades en eje III (hepatitis, VIH...)
- ❑ < tasa de “monoterapia” ➔ **más efectos 2º e interacciones**
- ❑ < funcionamiento social y > marginación social: **estigma dual²**
- ❑ Deficitario acceso a red asistencial y < cumplimiento terapéutico

P. DUAL: COEXISTENCIA TCS

+

CUALQUIER OTRO TRASTORNO PSIQUIÁTRICO

Stowell, 1991





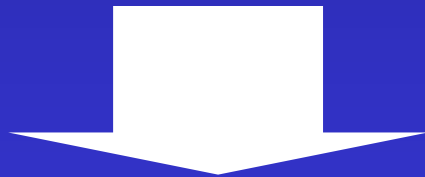
CONTROVERSIAS

¿peor pronóstico?



IMPLICACIONES PROGNÓSTICAS

- ❑ **Recaídas:** ↑ nº y duración, hospitalización + frecuente y de > duración, ↑ urgencias
- ❑ **Alt. conductuales:** conducta violenta y ↑ problemas legales
- ❑ **Problemas familiares:** ↑ desajuste familiar, casos de abuso y maltrato, falta de contención familiar
- ❑ **Inestabilidad residencial:** domicilio inestable (“sin techo”)
- ❑ **Pérdida de autonomía personal:** dificultades laborales y para la vida diaria
- ❑ **Infección VIH/VHC:** ↑ por conductas de riesgo
- ❑ **Tratamiento:** Disminución de adherencia terapéutica



MARGINACIÓN SOCIAL y ↑ COSTES

Situación asistencial de la atención a población dual

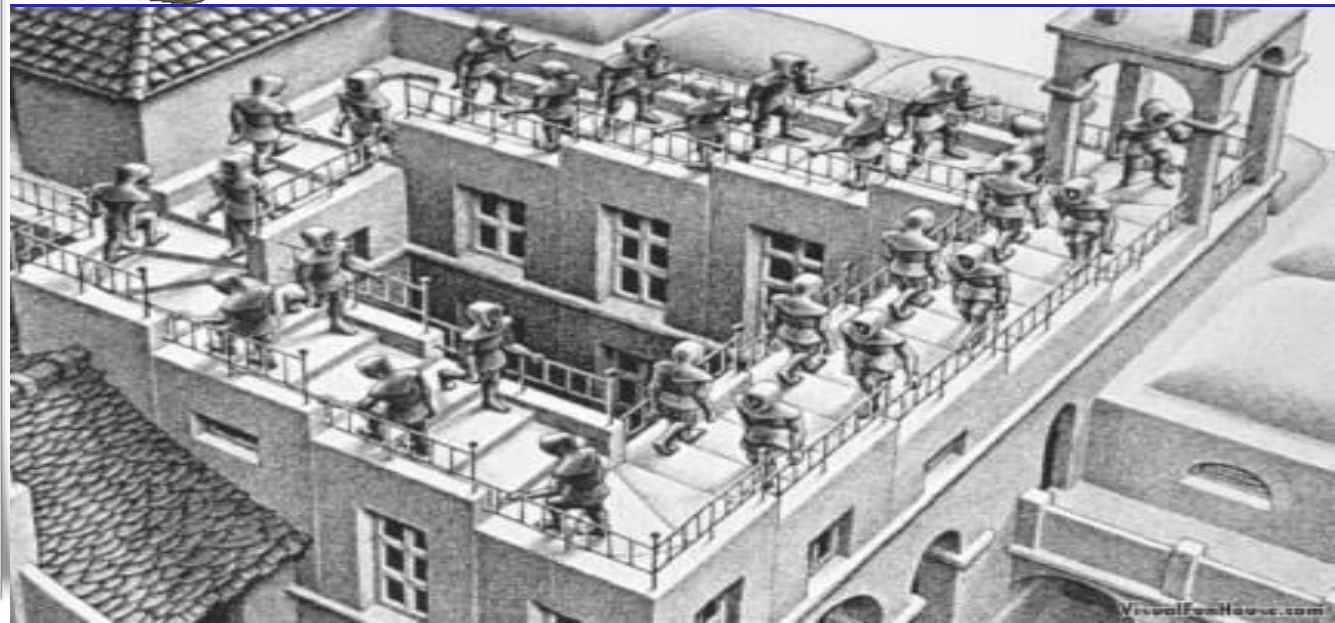
Organización asistencial

- Asistencia general
- Programas específicos
- Unidades asistenciales
- Redes específicas
- Atención integrada

**HISTORIA DE LAS ADICCIONES EN
LA ESPAÑA CONTEMPORÁNEA**

<http://www.socidrogalcohol.org>

Miguel Ángel Torres, Joaquín Santodomingo, Francisco Pascual,
Francesc Freixa, Carlos Álvarez







**Estudio sobre comorbilidad psiquiátrica
en las áreas sanitarias de
A Coruña-Porto**

**Ttos. ambulatorios y patología dual en centros
de salud mental y adicciones (drogas/alcohol)**

- ✓ **Estudio de seguimiento longitudinal** (48 meses) de pacientes que re/iniciaron Tto en centros de adicciones y salud mental de Coruña
- ✓ **Muestra:** casos re/admitidos en ultimo semestre de 2011 en centros de conductas adictivas (n=310 pacientes) y SM (n= 309) de Coruña y en los CAT de Porto (no participaron CSM; n=687) **$n_{total}=1.306$ pacientes**
- ✓ **Instrumentos:**
 - ✓ **Historia clínica** para el registro de P. Dual
 - ✓ **Sistema de Información Multicéntrico** derivado de los proyectos de cooperación transfronteriza Galicia-Norte de Portugal, ha permitido unificar en las dos redes asistenciales: variables del perfil descriptivo de pacientes, tipología de intervenciones y criterios de calidad asistencial

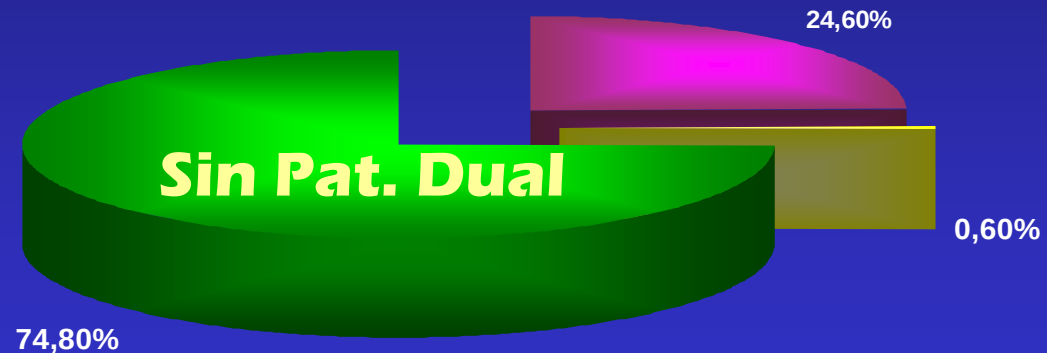
PREVALENCIA P. DUAL

CORUÑA

PORTO

☐ AMBULATORIO (adicciones):	48%	56%
☐ UNIDAD DE DÍA (adicciones):	46%	41%
☐ COMUNIDAD TERAPÉUTICA (adic):	90%	71%

☐ **SALUD MENTAL:** **(ambulatorio-Coruña)**



P. dual en población clínica

≈ **45%** en USM

≈ **50-75%** en UAD (CAT)

☐ Dual ☐ Dual sin tabaco ☐ No Dual



**Estudio sobre comorbilidad psiquiátrica
en las áreas sanitarias de
A Coruña-Porto**

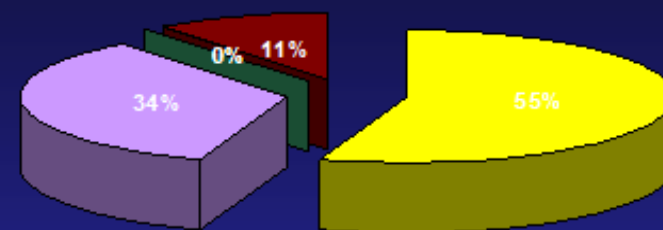
**Ttos. ambulatorios y patología dual en centros
de salud mental y adicciones (drogas/alcohol)**

EJE I UAD



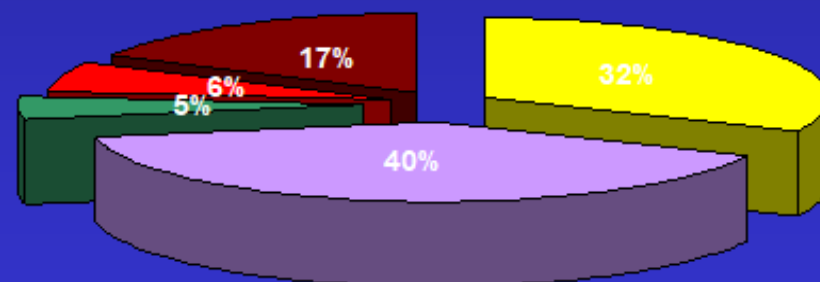
■ T. ÁNIMO ■ T. ANSIEDAD ■ T.C.IMPULSOS
■ T. PSICÓTICO ■ OTROS

EJE I USM



■ T. ÁNIMO ■ T. ANSIEDAD ■ T.C.IMPULSOS
■ T. PSICÓTICO ■ OTROS

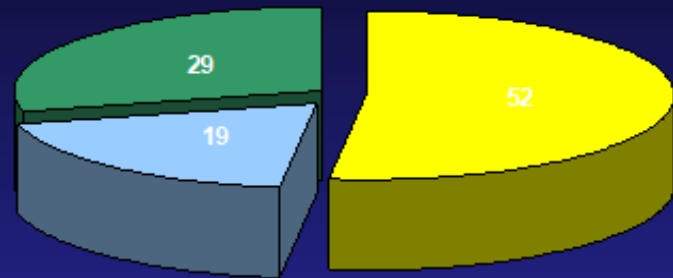
EJE I UAA



■ T. ÁNIMO ■ T. ANSIEDAD ■ T.C.IMPULSOS
■ T. PSICÓTICO ■ OTROS

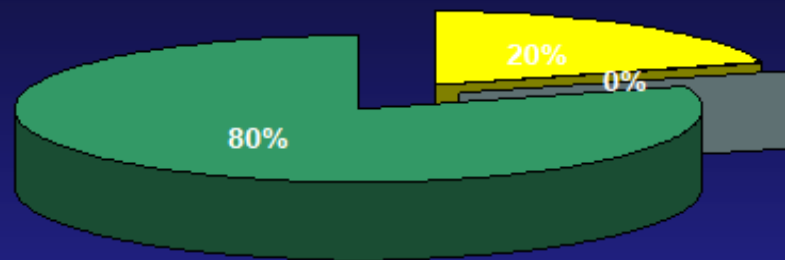
**ESTUDIO SOBRE LA PATOLOGÍA
DUAL EN ÁREA SANITARIA DE
A CORUÑA**

EJE II UAD



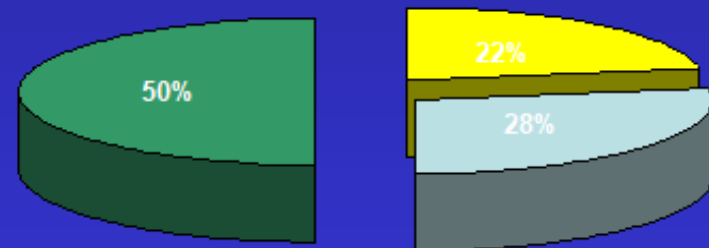
■ T. LÍMITE ■ T. ANTISOCIAL ■ T. OTROS

EJE II USM



■ T. LÍMITE ■ T. ANTISOCIAL ■ OTROS

EJE II UAA



■ T. LÍMITE
■ T. ANTISOCIAL
■ OTROS

**ESTUDIO SOBRE LA PATOLOGÍA
DUAL EN ÁREA SANITARIA DE
A CORUÑA**

- ❑ **Modelo secuencial:** primero se trata un trastorno y después otro (selección por orden de gravedad)
- ❑ **Modelo en paralelo:** tratamiento por separado de cada trastorno por equipos diferentes y especializados (adicciones+SM), bien de forma simultánea/coordinada (**M. Matricial**) o secuencialmente, según gravedad (**M. de cuadrantes de atención en paralelo**)
- ❑ **Modelo integral:** tratamiento simultáneo de ambos trastornos por un mismo equipo asistencial, en unidades normalizadas (UAD/USM) o en unidades específicas de patología dual.

❑ Inconvenientes del “modelo en paralelo”:

- Facilitan desconfianzas mutuas entre equipos
- Facilitan mensajes contradictorios al enfermo
- Producen descoordinación en las intervenciones
- Facilitan “peloteo” del paciente entre los equipos

❑ Ventajas de los “tratamientos integrados”:

- Favorecen utilización de servicios ambulatorios
- Disminuyen uso de servicios de hospitalización
- Disminuyen riesgo de conductas ilegales
- Favorecen integración social de los pacientes

- ❑ **Inconvenientes de las “unidades específicas de P. Dual”:**
 - **Riesgo para continuidad asistencial de pacientes**
 - **Dificultan coordinación con AP y S. Sociales**
 - **Favorecen creación de élites profesionales que actúan con criterios rígidos de selección**
 - **Provocan desconfianza y desincentivación entre profesionales de las unidades normalizadas (UAD/USM)**

Justificables en grandes núcleos de población y asegurando coordinación con otros niveles del sistema sociosanitario



CONTROVERSIAS

¿mejor modelo?



PROGRAMAS ASISTENCIALES INTEGRADOS

- ❑ Equipo asistencial **único** y abordaje **multi e interdisciplinar**
- ❑ Intervenciones basadas en **evidencia**: motivacionales, cognitivo-conductuales, psicoeducativas,...
- ❑ Tratamiento farmacológico: **tomas supervisadas**, depot, **ILD**
- ❑ **Care management** (gestión de casos): facilita coordinación de recursos e incorporación social del enfermo
- ❑ **Adecuación de recursos**: ingresos hospitalarios, régimen residencial, tratamientos intensivos ➡ **continuum terapéutico**
- ❑ Planes de tratamiento individualizados y flexibles, potenciando el establecimiento de una **sólida alianza terapéutica con el paciente**, para favorecer la **adherencia terapéutica**.

Criterios para un abordaje asistencial de calidad del enfermo DUAL (Coruña-Porto)

- ❑ Centros sanitarios autorizados:** evitar modelos no profesionales
- ❑ Intervenciones con evidencia científica disponible:** planes Tto. individualizados, flexibilidad terapéutica y exposición gradual a intervención grupal
- ❑ Modelo asistencial integral:** intervenciones multi e interdisciplinares, evitando síndrome “puerta equivocada”
- ❑ Formación especializada** de equipos asistenciales
- ❑ Alianza terapéutica** de calidad
- ❑ Continuidad terapéutica:** trabajar en red asegurando coordinación entre recursos ambulatorios y semi/residenciales para responder a necesidades del enfermo durante su proceso terapéutico.

MARCO ASISTENCIAL PARA ATENCION DE CALIDAD EN ADICCIONES/P. DUAL (Coruña-Porto)

- ❑ Dependencia grave y psicopatología leve $\Rightarrow$ UCA >>> UD/CT...
- ❑ Dep. leve y psicopat. grave $\Rightarrow$ USM/HD/UHP << >> UCA/UD/CT
- ❑ Dep. y psicopat. graves $\Rightarrow$ UHP/CT (¿UEPD?) >>> UCA/UD
- ❑ Dep. y psicopat. leves $\Rightarrow$ CAP >>> UCA

adaptación de Ries, 2000

- **UCA/CAT:** unidad de conductas adictivas (ambulatoria-comunitaria: UAA+UAD)
- **UD:** unidad de día (dependencia UCA)
- **CT:** comunidad terapéutica (dependencia UCA)
- **USM:** unidad de salud mental (ambulatoria-comunitaria)
- **HD:** hospital de día (dependencia UPA)
- **UHP:** unidad hospitalaria de psiquiatría (en hospital general), cuadros agudos

SITUACIÓN DEL PROGRAMA APLD-UCA

2017 – 2018

TOTAL PACIENTES (USM+UAD)

832

504 – 708 (Δ : 40,5%)

%PACIENTES UADs/total área

4,1%

21,4% – 20,1%





APLD – ACLAD

2014 – 21

Claves para una reflexión

 **Acclad**®
asociación ciudadana de lucha **contra la droga**



ADHERENCIA/CUMPLIMENTACIÓN TERAPÉUTICA



REMISIÓN/RECUPERACIÓN FUNCIONAL

PCC con objetivos holísticos: *la experiencia del cambio a ILD-APLD en UAD-Coruña (2014-21)*

Intervención
PSICOSOCIAL

ADHERENCIA



Intervención
FARMACOLÓGICA:
Enfermería
Farmacia Hosp.

- ✓ PTI: T. cognitivo-conductual, psicoeducación pac/fam y T. neurocognitiva
- ✓ PIP: medidas de soporte social/legal
- ✓ Equipo multidisciplinar
- ✓ TTO ASERTIVO COMUNITARIO

- ✓ Dosis adecuada para minimizar EA
- ✓ Simplificar régimen de medicación



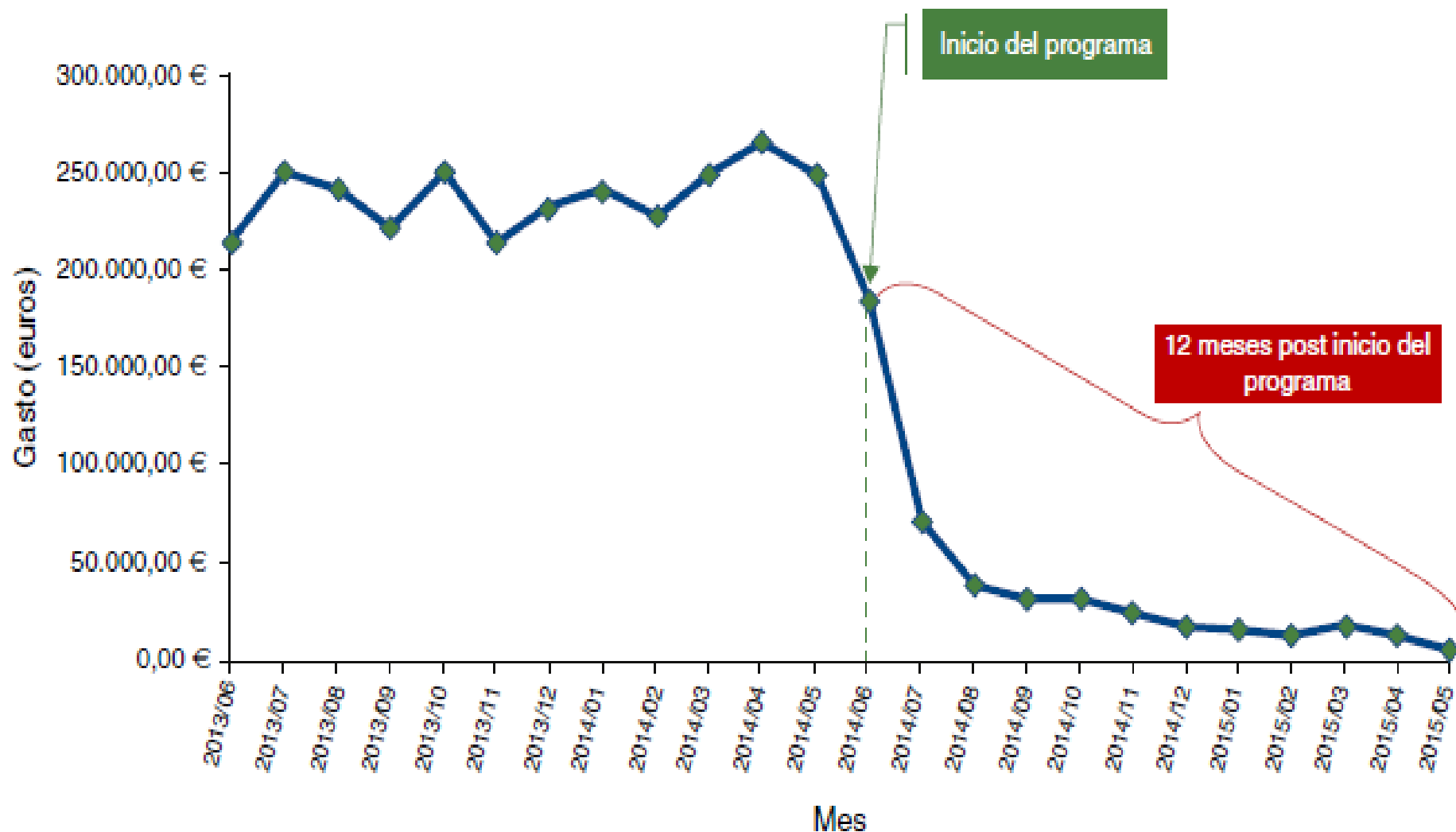
ILD - APLD



Programa APLD-ACLAD

- Programa de atención integral, continuada, flexible (RR y DD) y multidisciplinar al enfermo "PCC": intervenciones en ámbitos de atención psiquiátrica, sanitaria, psicológica y social en régimen asistencial: ambulatorio, semi/residencial (UD/CT).
- Gestión Sanitaria: centralizada en Farmacia Hospitalaria y Jefatura de Psiquiatría del área, implicando a centros ambulatorios y residenciales, coordinados *vía ianus (silicom)*
- Prescripción y seguimiento: médicos; sgto psicosocial: psicólogos y terapeutas del área social
- Sgto activo, administración y gestión pedidos: **ENFERMERÍA y FARMACIA HOSPITALARIA**
- Compra centralizada de ILD (*PVP recetas PVL $\cong$ 20% ahorro costes*) y distribución a centros asistenciales implicados (*USM, UCA, CAP*), con stock en los centros para pacientes activos y atención nuevos casos

Evolución del gasto en receta médica extrahospitalaria de APLD en área sanitaria de Santiago



PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS-I

Estrategia para
el Abordaje
de la Cronicidad
en el Sistema Nacional
de Salud

Salud 2011
Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

Las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter **crónico** son las que encuentran más dificultades para acceder y circular a través del sistema ya que no existe un adecuado ajuste entre sus necesidades y la atención que reciben, resultando especialmente inapropiada la organización de la asistencia sanitaria para el grupo de pacientes que presentan **pluripatología, comorbilidad** o se encuentran en situación de especial **complejidad**

Se entiende por "**paciente crónico complejo**" aquel que presenta mayor complejidad en su manejo al presentar **necesidades cambiantes** que obligan a **revalorizaciones continuas** y hacen necesaria la utilización ordenada de diversos **niveles asistenciales** y en algunos casos servicios **sanitarios y sociales**.

2.4. ¿Cómo se adapta el concepto PCC en caso de morbilidad psiquiátrica?

... en el sector de la salud mental se adoptaron los términos de **Trastorno Mental Grave (TMG)** para la etapa infantojuvenil y el de **Trastorno Mental Severo (TMS)** para la etapa adulta ...

... identificaban las condiciones crónicas más graves, que más interfieren en las relaciones sociales, familiares y laborales de las personas afectadas, y que más necesitan un seguimiento continuado multidisciplinario y un enfoque interdepartamental.

De hecho, en el ámbito de la salud mental y adicciones (SMYA), los **recursos asistenciales** están orientados a gestionar condiciones patológicas de larga evolución, a menudo asociadas a comorbilidad (orgánica o relacionada con el consumo/dependencia a sustancias).

BASES PARA UN MODELO CATALÁN DE
ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON NECESIDADES
COMPLEJAS:
Conceptualización e introducción a los estándares operativos
Versión 1.0 de 10 de julio de 2016

GOVERN DE CATALUNYA
Departament de Salut
Pla de Salut
2017-2020

Pla de Salut
2017-2020

PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS-III

Treating a Biobehavioral Disorder Must Go Beyond Just Fixing the Chemistry

We Need to Treat the Whole Person!

Pharmacological Treatments (Medications)



Behavioral Therapies

Medical Services

Social Services

In Social Context

NIDA

BASES PARA UN MODELO CATALÁN DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON NECESIDADES COMPLEJAS:

Conceptualización e introducción a los profesionales operativos

Versión final de 08 de julio de 2019

Condiciones sociales adversas

Según la propuesta del PIAISS| (*Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària*), la complejidad social influye en la morbilidad sanitaria mediante la presencia de necesidades en tres ámbitos de la persona:

- **Necesidades instrumentales y materiales:** económicas (necesidades económicas básicas), residenciales y de vivienda (disposición, adecuación, accesibilidad) o laborales.
- **Necesidades relacionales y familiares:** familiares (protección, atención y cuidado, apoyo, relación), sociales (roles, integración, vínculo comunitario), jurídicas o legales.
- **Necesidades en el ámbito de la autonomía:** habilidades sociales, de información, dependencia psíquica o física, discapacidad o adicciones.

APLD-ACLAD: *distribución tipo ILD*

	<u>2017</u>	<u>2019</u>
❑ Flufenazina dec.:	3%	1%
❑ Risperidona ILP:	3%	1%
❑ PLP-3M:	12%	12%
❑ ARP-1M:	32%	55%
❑ PLP-1M:	50%	31%

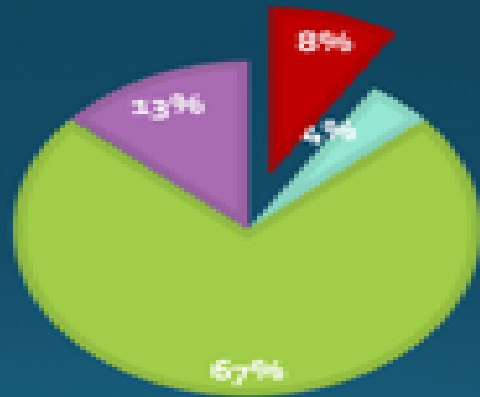
❑ RANGOS DE DOSIS:

❑ ARP: 0,5/28^D >>>> 800/21^D

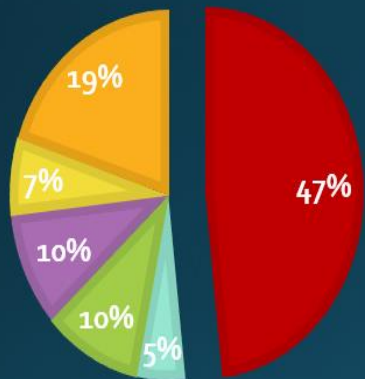
❑ PLP: 25/28^D >>>> 300/21^D

T. psiquiátricos asociados (1/2)

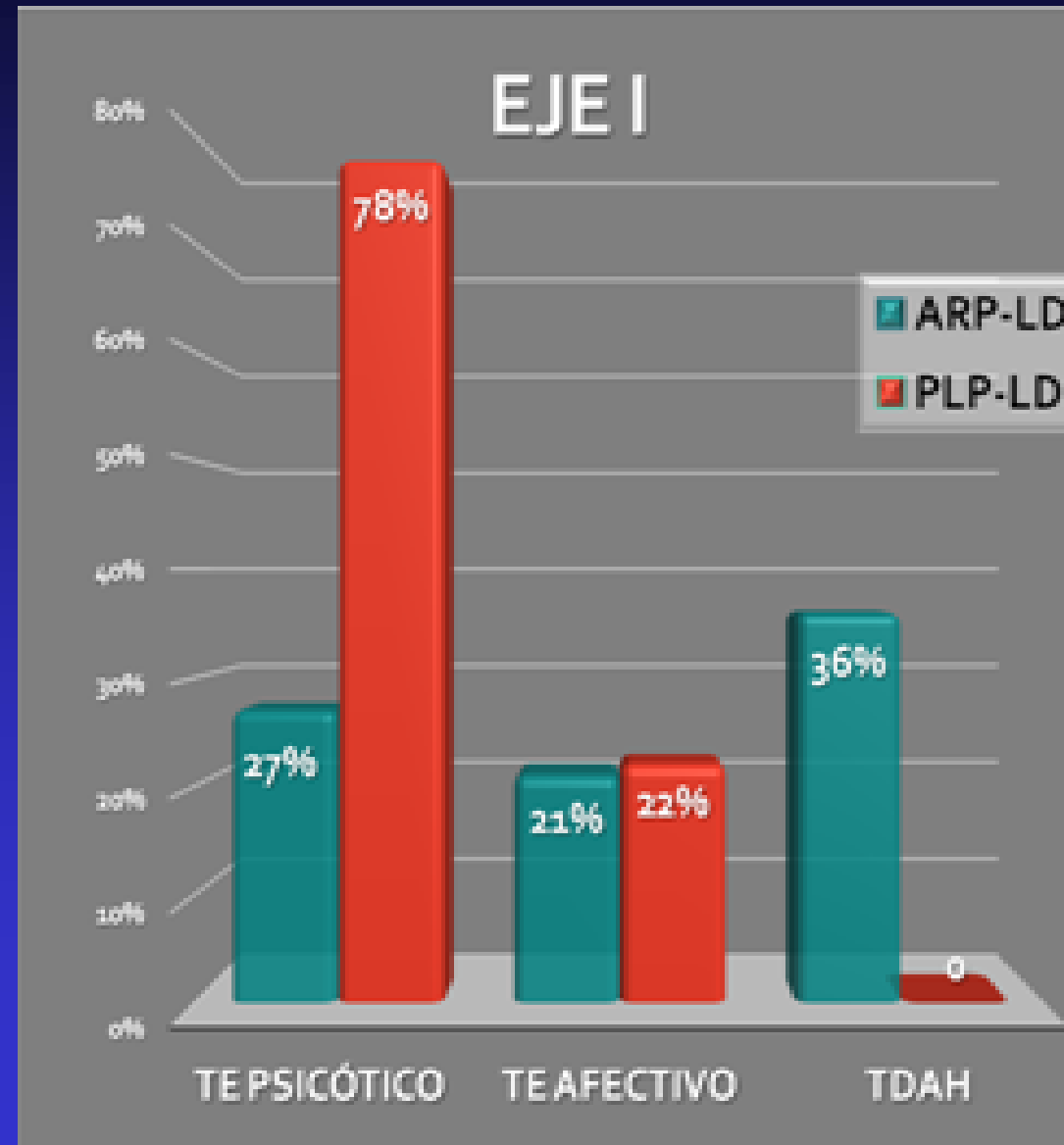
PALIPERIDONA-LP₁



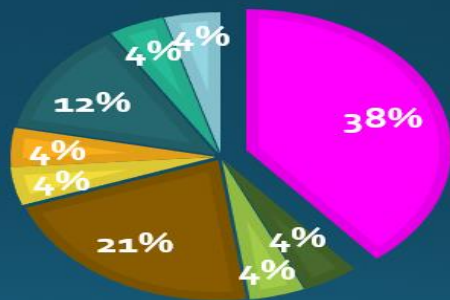
ARIPRAZOL-LP₁



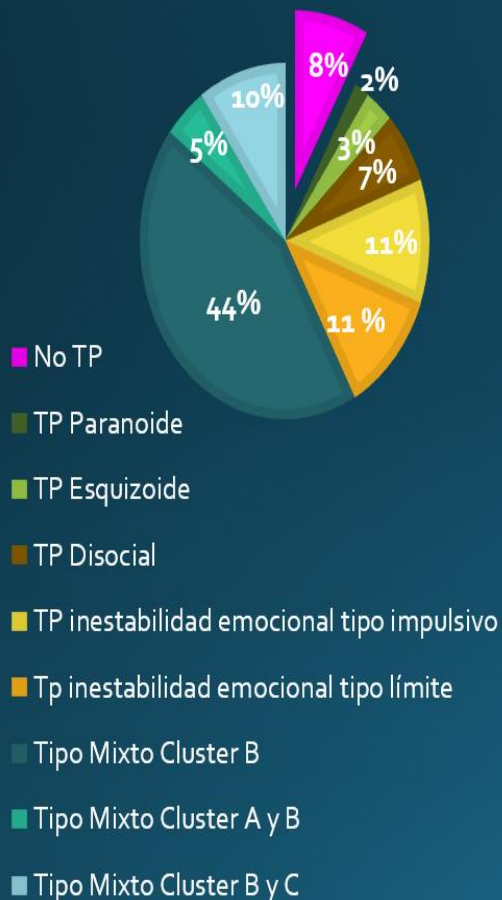
- T por abuso de drogas (únicamente)
- Delirium
- Esquizofrenia
- T afectivos
- T. afectivo depresivo
- TDAH



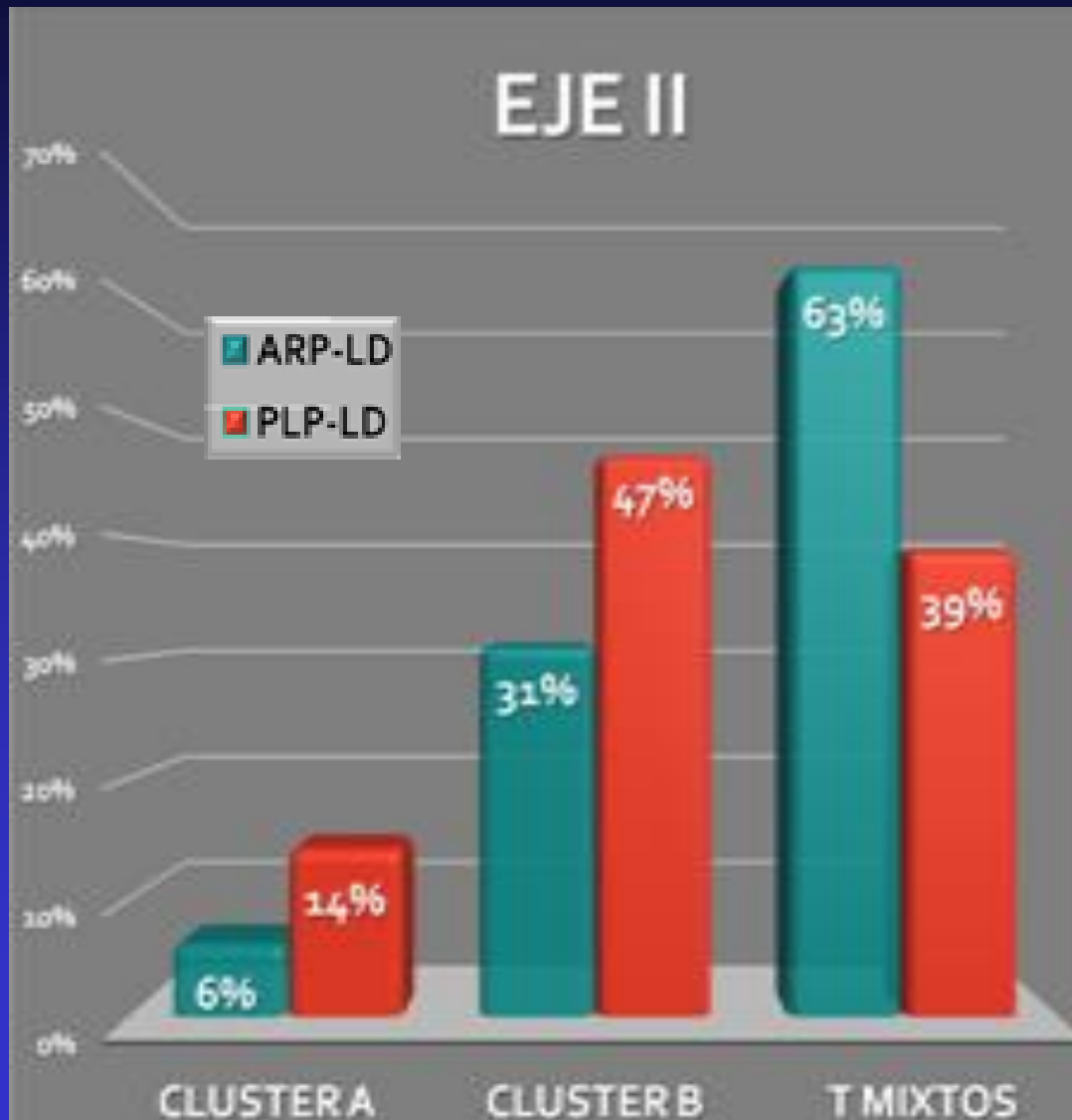
PALIPERIDONA-LP₁



ARIPIRAZOL-LP₁

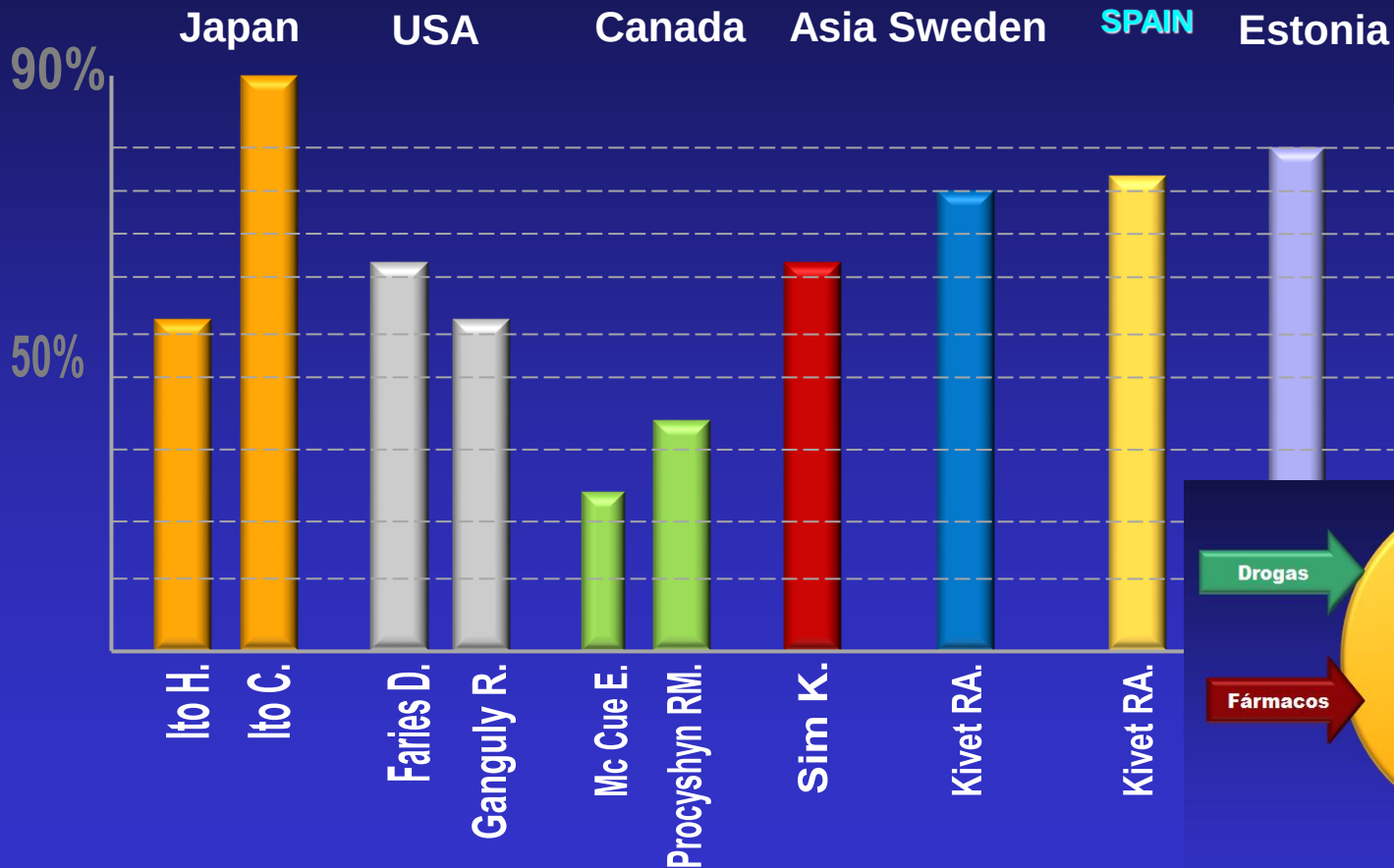


T. Personalidad asociados (2/2)

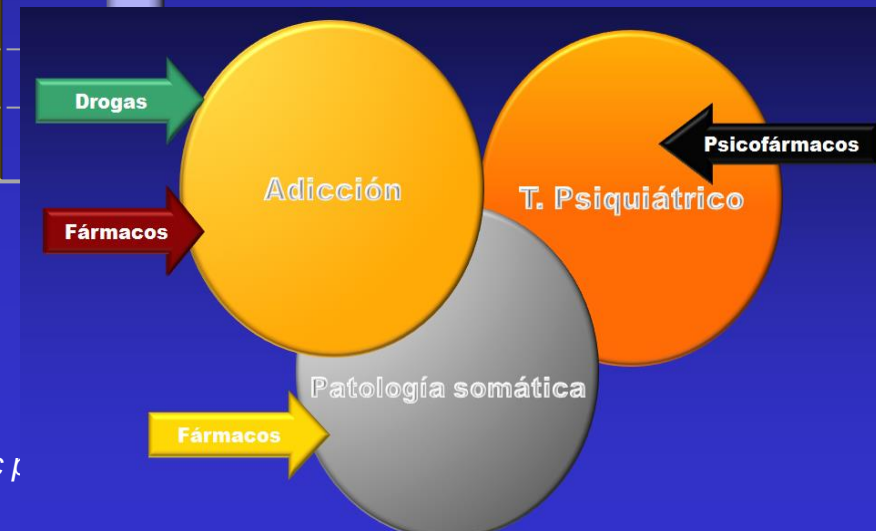


POLIFARMACIA APS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

□ PROGRAMA APLD-ACLAD: >80%



Stahl SM. Antipsychotic p



APLD-ACLAD: *algunas asociaciones con ILD*

- ❑ ILD+APS orales: **OLZ/QTP** (>sedación y sustitución bzd)
- ❑ ILD+ATD: **d-VLX(VLX)/BUP/MTZI**
- ❑ ILD+EST: **LITIO < ATC**
- ❑ ILD+BZD: **Tranxilium®**
- ❑ ILD+CRP: **< rasgos obsesivos**
- ❑ ILD+CZP: **> efecto AP**
- ❑ **ILD en dual con TP:** **EST/ATD/QTP-BZD (>ARP)**
<alprazolan y >bzd v/m larga
- ❑ **ILD en U. Dolor:** **TSO: meta/suboxone®**
Asociaciones: DUL+preGBL+QTP-BZD (>ARP)
- ❑ **ARP-ILD:** > uso “out labell” y < Ef.2°
- ❑ **PLP-ILD:** > gravedad y > Ef. 2°



CONTROVERSIAS

*¿out-labell, rangos dosis,
asociaciones....?*



Impresión Clínica Global (CGI)

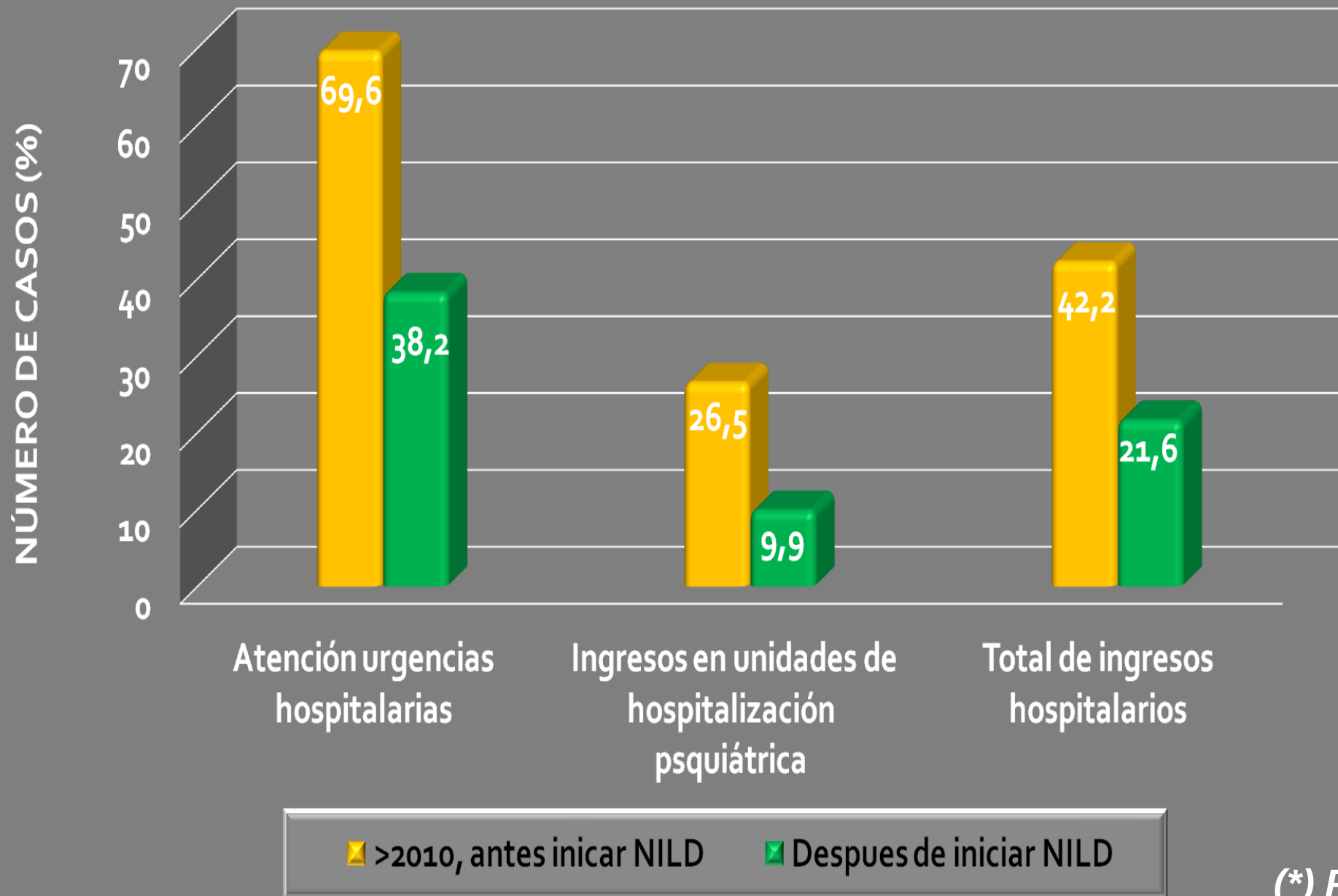
CGI inicial

CGI mejoría

(p=0.179)	PLP-ILD (%)	ARP-ILD (%)
Levemente enfermo	12,5	21,0
Moderadamente enfermo	41,7	48,4
Marcadamente enfermo	33,3	22,6
Gravemente enfermo	12,5	8,1

(p=0.001)	PLP-ILD (%)	ARP-ILD (%)
Mucho Mejor	8,3	40,3
Moderadamente mejor	54,2	53,2
Levemente mejor	33,3	3,2
Sin cambios	4,2	3,2
Levemente peor	0	0

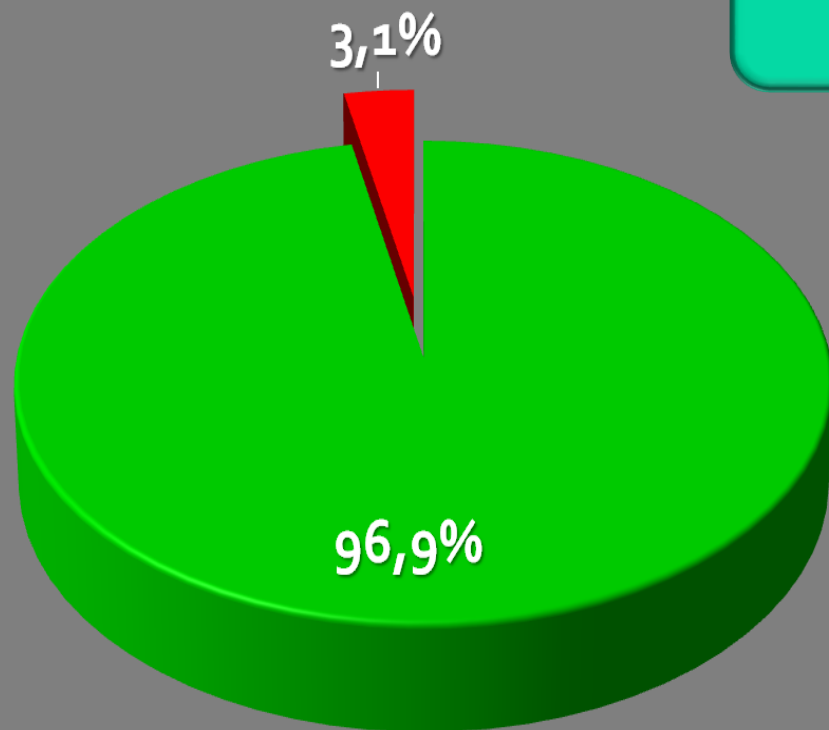
Frecuentación recursos hospitalarios*



(*) $P < 0.05$

Datos evolutivos APLD-ACLAD: 2014-18

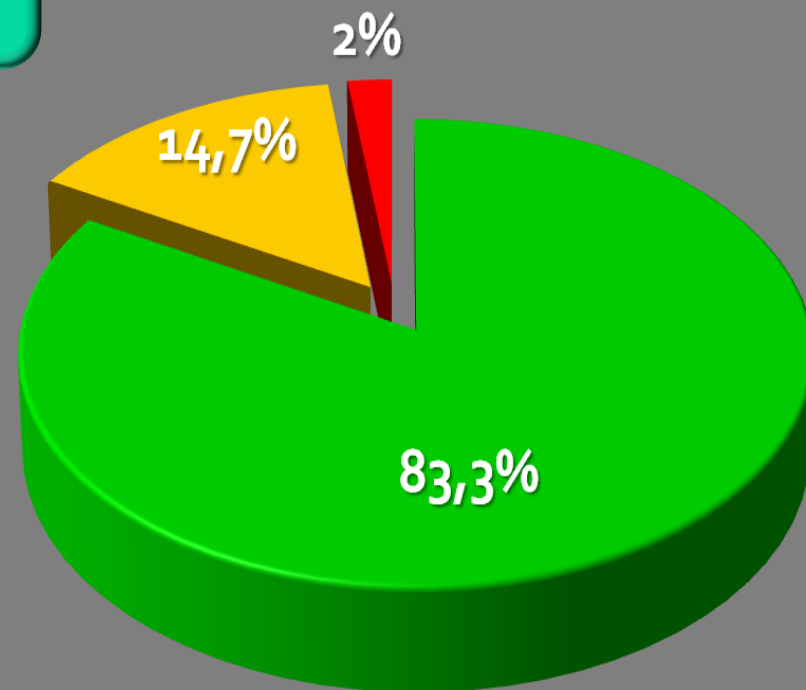
1.A.- PERMANENCIA



■ Permanencia ■ Abandono

N= 223

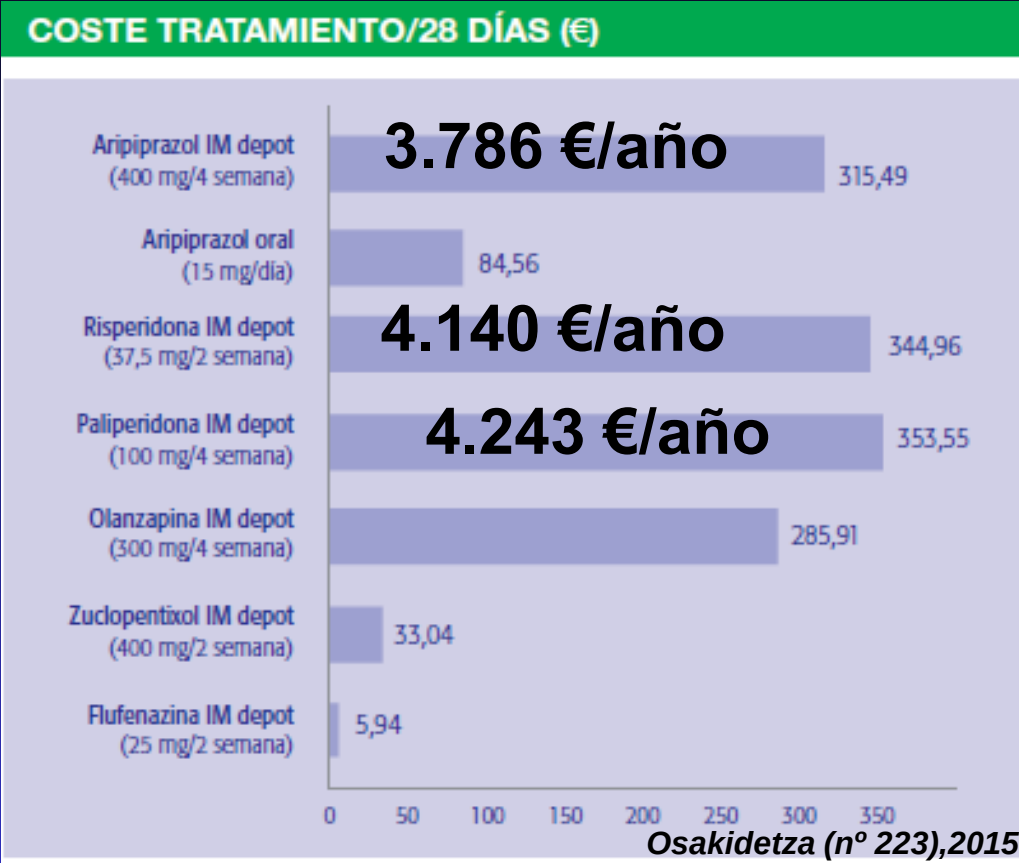
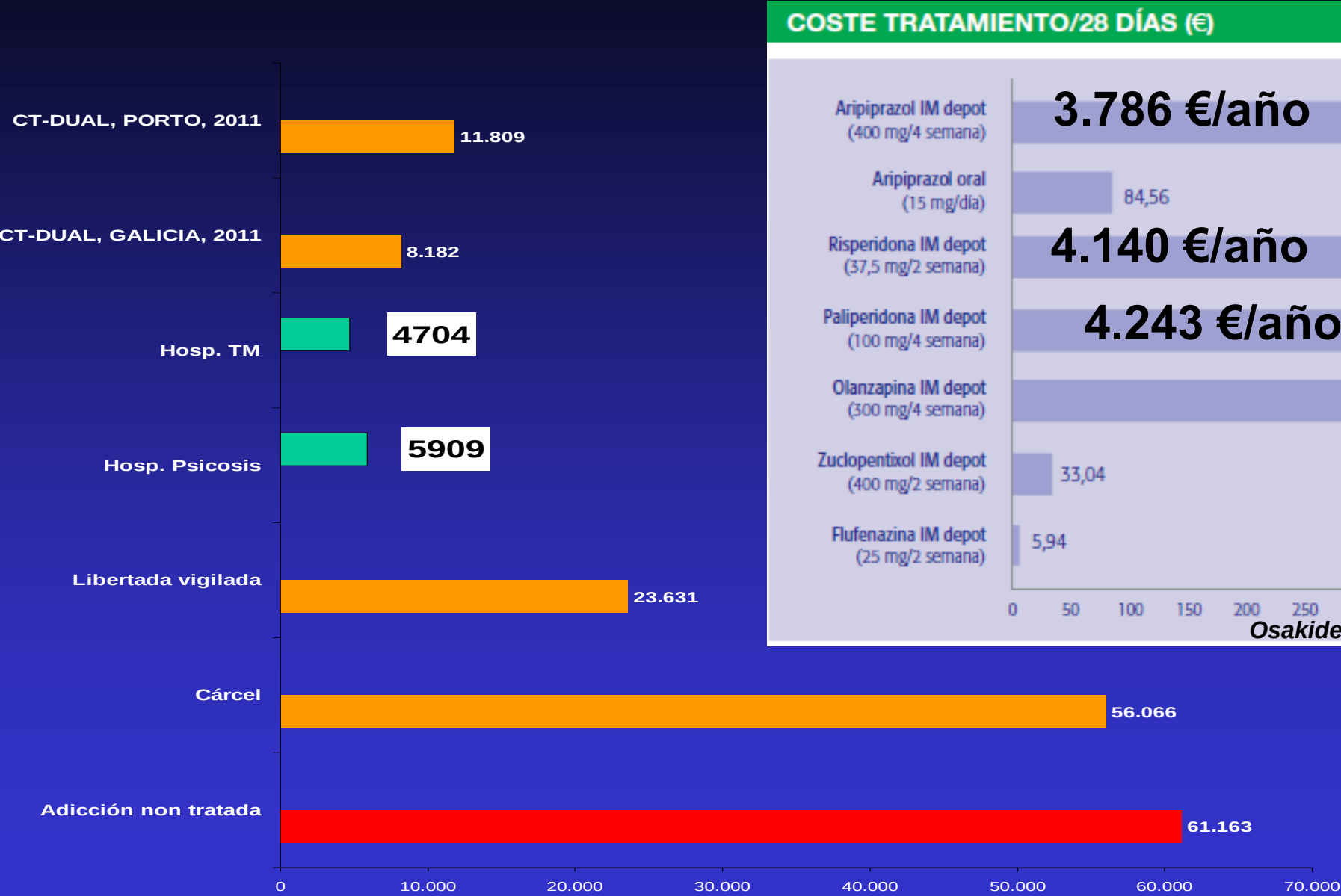
1.B.- ABSTINENCIA



■ Abstinencia ■ Recaída parcial ■ Recaída

EN SM/ADICCIONES, SIEMPRE ES MÁS CARO NO TRATAR

tratamiento vs. sin tratamiento
gasto paciente/año (euros)



CONCLUSIONES



Cambiar o no cambiar



*¿"PASTILLAS
O
BANDERILLAS"?*

that is the question.

Ventajas del uso de Tto. APLD en pacientes + jóvenes

- ❑ Reducción nº recaídas/abandonos tto, de hospitalizaciones
- ❑ Mejor tolerabilidad por mayor estabilidad de niveles plasmáticos: <picos plasmáticos $\boxtimes$ <ES y además, + fácil sgto si falta a cita adm. AP-ILD
- ❑ Algunos pacientes activos prefieren los AP-ILD
- ❑ **Un buen momento para iniciar los AP-ILD es al final del ingreso hospitalario:** papel de UAD/CAD como centros de intervención temprana en psicosis

Azorin, J.M., 2013. [Guidelines on long-acting injectable atypical antipsychotics for first-episode schizophrenia].

L'Encephale 39 Suppl 2, S121-123.

Modificado de McGorry et al., 2010

MORTALIDAD EN POBLACIÓN ESQUIZOFRÉNICA

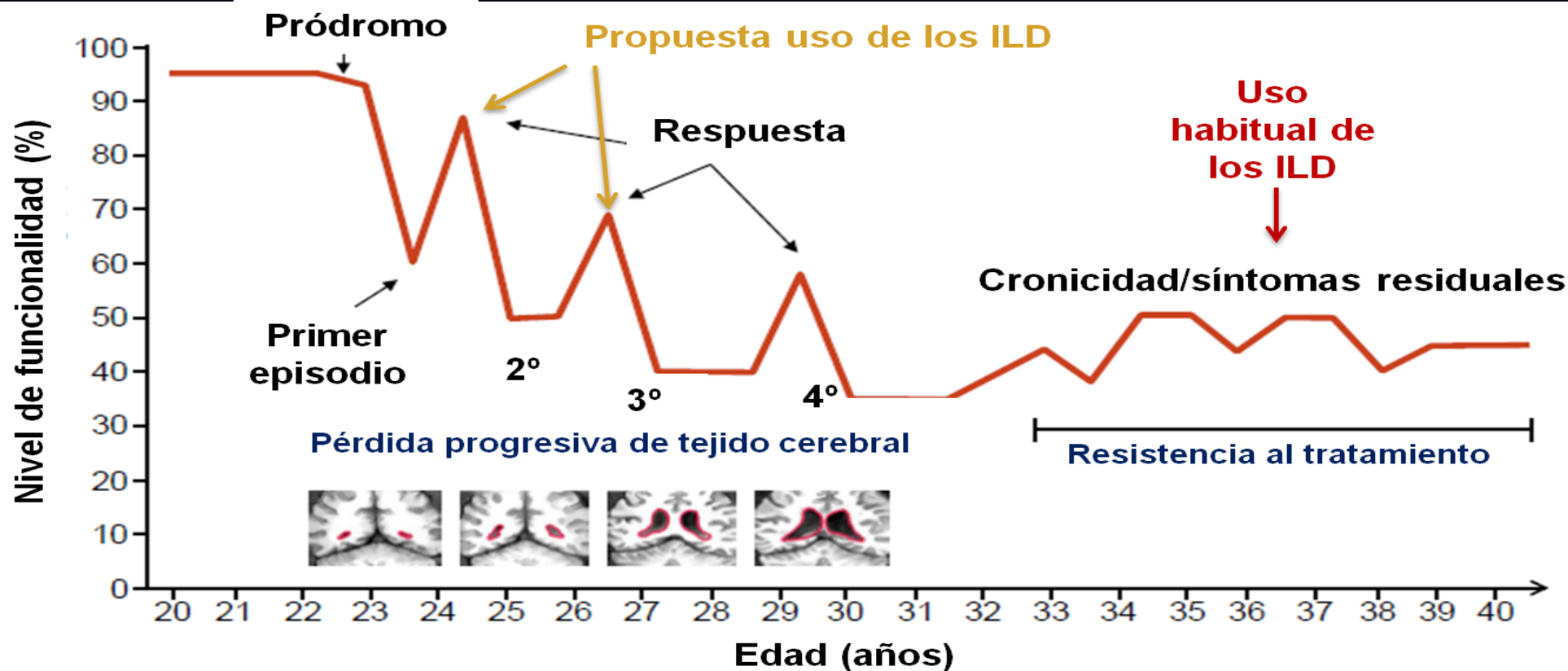
n=29.823 enfermos, periodo de sgto medio: 5,7 años

- ❑ Tto-AP se asoció a riesgo de muerte: 50% inferior a la ausencia de Tto-AP
- ❑ mortalidad acumulada +baja con ILD y **++baja en ILD 2ª generación**
- ❑ uso de ILD y **riesgo de muerte: 30% inferior en comparación con mismo fármaco por vía oral**
- ❑ Como ILD tienden a usarse cuando los brotes se repiten, es muy probable que **de usarse al inicio, los resultados serían aún más favorables**

(Taipale, H. et als, 2017)

- La revisión bibliográfica sobre el uso crónico de APS, si bien evidencia que puede asociarse con ES, también evidencia su eficacia y efectividad a largo plazo, incluyendo el impacto sobre la expectativa de vida, indicando una **favorable ratio riesgo-beneficio**

(Correll, Rubio, Kane, 2018)



Nasrallah HA & Smeltzer DJ. In: Contemporary Diagnosis and Management of the Patient with Schizophrenia 2nd Edition. Handbooks in Health Care Co., Newton, Pennsylvania, USA, 2011

Satisfacción APLD-ACLAD: muy alta en >70% de enfermos y cuidadores (familias/ONG), más si tenemos en cuenta que cerca 95% se consideraba insatisfecho antes de iniciar APLD.

MI RECETA

ARIPRIPAZOL-ILD	PALIPERIDONA-ILD
P.E.P. en jóvenes, con consumo de drogas (THC, psicoestimulantes)	Psicosis más graves, con síntomas positivos más intensos
↻ potencia AP: añadir clozapina	↻ potencia AP: añadir clozapina
Trastornos de conducta más leves → → →→→	Trastornos de conducta más graves
Menos efectos adversos	Más efectos adversos (Trevicta® < Xeplion®)
Mejor conservación de funcionalidad	Menor conservación de funcionalidad

¿ES ÉTICO NO ASEGURAR LA ADHERENCIA AL TTO-APS EN ENFERMOS DUALES DESDE LAS FASES INICIALES DE LA ENFERMEDAD, CONOCIENDO LOS RIESGOS DE NO HACERLO?

