

SIMPOSIO

**"OPTIMIZANDO EL TRATAMIENTO A
LARGO PLAZO:
DUAL – BIPOLAR – ESQUIZOFRENIA"**

Dr. Guillermo Dorado - Dr. Julio Moizeszowicz - Dr. Manuel Suárez Richards

ÍNDICE

"Adicciones: de la neurobiología a las
dificultades en el tratamiento psicofarmacológico"
Dr. Guillermo Dorado 04

"¿Se puede lograr la adherencia en el trastorno bipolar?"
Prof. Dr. Julio Moizeszowicz 07

"Aceptación y alianza terapéutica en el paciente esquizofrénico"
Prof. Dr. Manuel Suarez Richards 10



Prof. Dr. Julio Moizeszowicz

Director Docente de la Facultad de Docencia e Investigación Psicofarmacológica (FundaPsi).
Ex Profesor de Salud Mental de la Facultad de Medicina (UBA)

“¿Se puede lograr la adherencia en el Trastorno Bipolar?”

Se considera Cumplimiento al “grado en el que el paciente cumple las instrucciones y sigue las prescripciones del profesional de la salud”, y Adherencia a la “actitud colaboradora y compromiso voluntario por parte del paciente con el objetivo de conseguir el resultado terapéutico deseado.”

¿CUÁLES SON LOS DETERMINANTES DE LA ADHERENCIA?

- Características de la enfermedad:
 - Duración
 - Complejidad
 - Gravedad
 - Tiempo de evolución
 - Tratamientos previos
 - Genética
- Características del paciente:
 - Sociodemográficas
 - De personalidad
 - Variables psicosociales
- Características del tratamiento:
 - Tipo concreto de patología
 - Perfil sintomatológico
 - Dosificación
 - Tipo de tratamiento
 - Tolerabilidad - Toxicidad
- Relación Médico - Paciente

El problema de la adherencia no es propio de la psiquiatría. En diversas patologías de la clínica médica como asma, hipertensión, epilepsia, diabetes, etc., la falta de adherencia al tratamiento oscila entre un 20% y 80%.

La adherencia en los pacientes esquizofrénicos es, en general, baja. En el estudio de más de 1.500 pacientes esquizofrénicos tratados desde el comienzo con antipsicóticos atípicos realizado bajo control de la FDA en los EE.UU. (*Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness, CATIE*), se observó que el 50% de los pacientes abandonaban el tratamiento con la medicación antipsicótica, antes de los 6 meses de tratamiento.

La tolerabilidad a los efectos secundarios de los medicamentos antipsicóticos es un factor determinante. Sin embargo se ha podido comprobar con el uso extensivo de los antipsicóticos atípicos, una baja incidencia de efectos secundarios extrapiramidales y una disminución del uso de anticolinérgicos para controlar los efectos adversos neurológicos.

ADHERENCIA EN EL PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR (TB):

En un estudio sobre adherencia, realizado con cuestionarios dirigidos a psiquiatras y a pacientes que padecían de un trastorno bipolar, se observó que los psiquiatras tienden a infravalorar el problema y la magnitud de la falta de cumplimiento. Las tasas de incumplimiento en pacientes bipolares, varían en los diferentes estudios entre el 20% y 66%.

Es importante educar a los pacientes para que puedan detectarse los síntomas prodrómicos de descompensación. En un estudio clínico, realizado con 191 pacientes con TB, se observó que los pacientes tardaron 30,5 días en comunicar sus síntomas al profesional.

También es de suma importancia detectar los factores asociados a la mala adherencia como son:

- Comorbilidad con TOC
- Abuso de drogas / alcoholismo
- No remisión completa actual
- Efectos secundarios anticolinérgicos
- Manía o hipomanía reciente
- Quejas cognitivas por tratamiento
- Alto número de síntomas afectivos
- Edad joven
- Solteros o divorciados
- Personalidad tipo “homeless”

En varios estudios clínicos, los pacientes bipolares eutímicos presentan falta de adherencia al tratamiento en un 40%. En pacientes medicados con litio y anticonvulsivantes la falta de adherencia fue del 49%. Con los antipsicóticos la falta de adherencia fue del 39% en los mayores de 60 años y de 50% en los menores de 60.

CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE ADHERENCIA EN EL PACIENTE BIPOLAR

La falta de adherencia al tratamiento médico trae consecuencias como:

- Recaída
- Rehospitalización
- Peor evolución
- Comorbilidad
- Suicidios
- Deterioro cognitivo
- Pérdida de eficacia de los tratamientos

La tasa de rehospitalización por recaídas es del 10% en pacientes adherentes y llega al 80% en no adherentes.

De la misma manera, el trastorno cognitivo, ocurrido principalmente por el deterioro de los ganglios de la base, es más frecuente en pacientes no adherentes y se manifiesta como trastornos en la memoria verbal y la funcionalidad.

Otra consecuencia de la mala adherencia es el riesgo de suicidio. Entre el 10% y el 15% de los pacientes con TB no tratados cometen suicidio. La falta de adherencia aumenta 10 veces el riesgo de suicidio.

CONCLUSIONES

La falta de conciencia de enfermedad y/o de necesidad de tratamiento es un hecho frecuente en los pacientes bipolares, y esto lleva a una mala adherencia al tratamiento.

El cumplimiento inadecuado tiene repercusiones importantes: recaídas, hospitalizaciones, deterioro cognitivo, suicidio, deterioro familiar, social y laboral.

Es recomendable implementar medidas terapéuticas para mejorar la adherencia (psicoeducativas y psicofarmacológicas).

El uso de un antipsicótico inyectable de acción prolongada presenta una ventana para la mejoría a largo plazo.

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA EN EL TRASTORNO BIPOLAR

Una de las estrategias para mejorar la adherencia, es la psicoeducación del paciente y la familia. Consiste en educar para lograr la aceptación de la enfermedad y de la necesidad de tratamiento.

Con respecto al tratamiento psicofarmacológico, en un estudio realizado en pacientes bipolares del Serv. de Veteranos de EE.UU. se observó que el 48% de los pacientes no adherían al tratamiento, y la tasa era similar entre los antipsicóticos convencionales y los atípicos administrados por vía oral.

Sin embargo, existen ventajas cuando el tratamiento se realiza con un antipsicótico inyectable.

Ello pudo demostrarse a través de un estudio comparativo de 52 semanas de duración entre risperidona inyectable de acción prolongada (RIAP) asociada al tratamiento usual vs. un tratamiento que incluyó placebo asociado al tratamiento usual.

Se incluyeron aquí 275 pacientes que luego de una fase abierta de RIAP + tratamiento usual, en que los pacientes presentaron remisión del cuadro, fueron randomizados, en forma doble ciega a RIAP + tratamiento usual vs. tratamiento usual + placebo. Los pacientes sin remisión continuaron con RIAP + tratamiento usual en forma abierta.

No hubo diferencias entre los dos grupos, en las características basales de la población. La dosis utilizada de risperidona inyectable de acción prolongada fue de 25 mg en el 67% de los pacientes, y 37.5 mg en el 30%.

La eficacia fue evaluada con la escala de Manía de Young. Los resultados se muestran en el Cuadro 1: los pacientes con RIAP y tratamiento usual tuvieron una mejoría significativa en comparación con los que tuvieron tratamiento usual y placebo.

De la misma manera, la incidencia de recaídas fue menor en los pacientes tratados con RIAP + tratamiento usual (Cuadro 2). La incidencia total de las recaídas fue de 48% en el grupo placebo, y 22% en el grupo con RIAP.

Estos resultados, confirman los de Vieta y col. (*World Journal of Biological Psychiatry 2008; 9: 219-224*), que comparó el basal histórico de 29 pacientes eutímicos seguidos durante 2 años, con el tratamiento de risperidona inyectable de acción prolongada administrada durante 12 a 36 meses. Se observó que con RIAP se produjo una reducción significativa en la incidencia de hospitalización, tiempo de hospitalización, intentos suicidas y episodios de hetero-agresividad.

CUADRO 1

Risperidona Inyectable de Acción Prolongada (RIAP) + Tratamiento Usual vs. Placebo + Tratamiento Usual



CUADRO 2

Risperidona Inyectable Acción Prolongada (RIAP) + Tratamiento Usual vs. Placebo + Tratamiento Usual

