XXV Congreso Argentino de Psiquiatría

"La Salud Mental: Un problema de Salud Pública.
Crisis en la Prevención, el Diagnóstico, y la Terapéutica"

Encuentro Regional del Cono Sur de APAL
22 al 25 abril de 2009 - Sheraton Hotel - Mar del Plata

Con el auspicio de la Asociación Mundial de Psiquiatría

Co-organizado con la Asociación de Psiquiatras de Neuquén

SIMPOSIO

"Optimización de recursos: **Dual, Bipolar, Esquizofrenia"**

¿Se puede lograr la adherencia en el Trastorno Bipolar?

Viernes 25 abril 2009
de 14.30 a 16.30 hs.
Sala Vélez Sársfield
SHERATON HOTEL
MAR DEL PLATA

Julio Moizeszowicz

Director Docente
F. de Docencia e Investigación Psicofarmacológica (FundoPsi),
Ex Profesor de Salud Mental Facultad de Medicina (UBA)

OBJETIVOS

TRASTORNO BIPOLAR

1 | **Definición.**

2 | **Adherencia.**

3 | **Factores asociados a la mala adherencia.**

4 | **Consecuencias del incumplimiento terapéutico.**

5 | **Estrategias terapéuticas para mejorar la adherencia.**

1 |

Definición.

Cumplimiento

Grado en el que el paciente cumple las instrucciones y sigue las prescripciones del profesional de la salud.

Adherencia

Actitud colaboradora y compromiso voluntario por parte del paciente con el objetivo de conseguir el resultado terapéutico deseado.

Sabaté, 2003; De Geest & Sabaté, 2003; Myers & Midence, 1998

I

DETERMINANTES DE LA ADHERENCIA

CARACTERISTICAS DE LA Enfermedad

- Duración
- Complejidad
- Gravedad
- Tiempo de evolución
- Tratamientos previos
- Genértica

CARACTERISTICAS DEL Paciente

- Características sociodemográficas
- Características personalidad
- Variables psicosociales

DETERMINANTES DE LA ADHERENCIA

CARACTERISTICAS DEL **Tratamiento**

- Tipo concreto de patología
- Perfil sintomatológico
- Dosificación
- Tipo de tratamiento
- Tolerabilidad - Toxicidad

RELACIÓN **Médico- paciente**

FALTA DE ADHERENCIA EN CLINICA MÉDICA

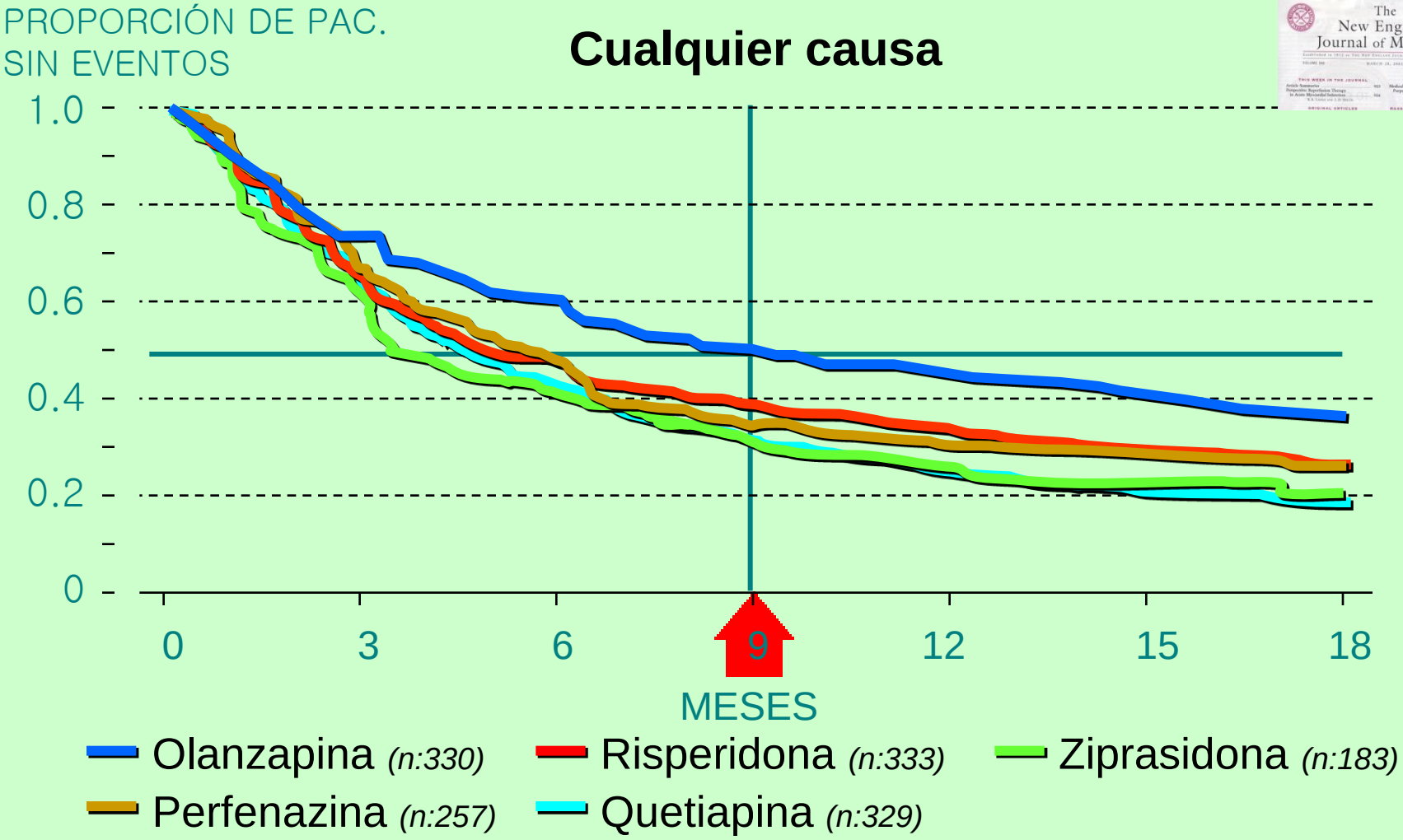
Asma	60 - 80 %
Trastorno Personalidad	75 %
Epilepsia	60 %
Hipertensión	50 - 60 %
Trast. Médico Crónico	50 %
Diabetes	20 - 50 %

Sabate et al., 2003; Kaplan and Sadock 2007; Demyteare et al., 2000; Lacro et al., 2002; Rubio et al., 2003

ABANDONO DE TRATAMIENTO ATÍPICOS vs. CONVENCIONAL

(Análisis de Kaplan-Meier)

2006

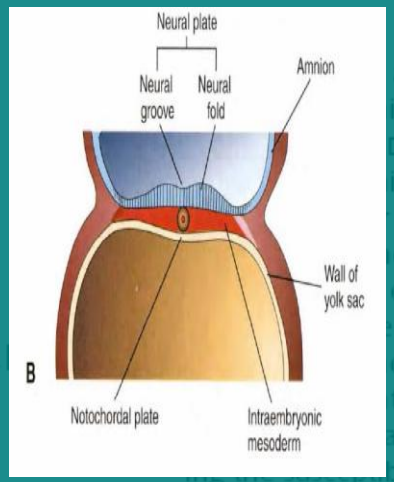


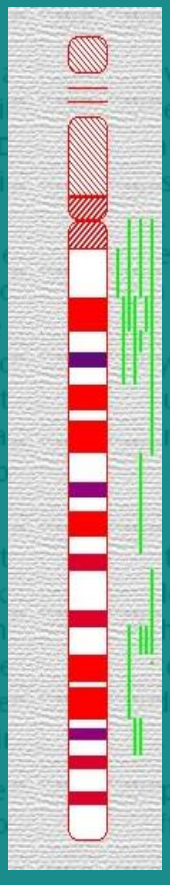
2005

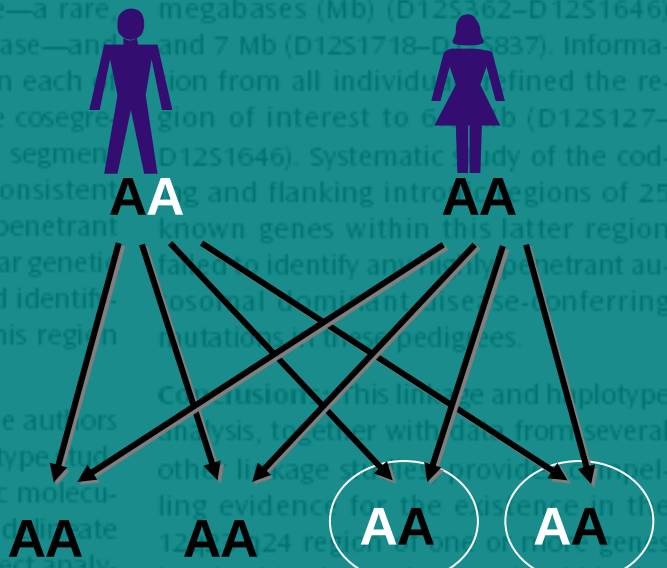
Article

Localization of Bipolar Susceptibility Locus by Molecular Genetic Analysis of the Chromosome 12q23-q24 Region in Two Pedigrees With Bipolar Disorder and Darier's Disease

Enfermedad de Darier. Variante pápulo-costrosa.







Enfermedad de Darier:
Autosómica dominante
(queratización tegumentaria patológica)

(Am J Psychiatry 2005; 162:35–42)

NeuroMark - Windows Internet Explorer

http://www.neuromark.com/index.html

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

NeuroMark

HOME

Navigenics - About Health Compass - Windows Internet Explorer

http://www.navigenics.com/healthcompass/Overview/

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Navigenics - About Health Compass

Página

Navigenics™

About Health Compass | Collaborators | Genomics 1 | ber Services

Overview

Conditions we cover

Membership benefits

How the process works

Protecting

About Navigeni

apter One

nalyze Your DNA

Navigenics

01:46 05:18

Navigenics Health Compass helps you understand what your genes have to say about the future of your health, and gives you action steps to take control of your health today - so you can have a healthier tomorrow. With your Navigenics Health Compass membership, you will receive:

View Example Results

See what Health Compass members see

How we estimate risk

The Navigator

Navigenics Blog

Enroll in Navigenics Health Compass

Enroll in Navigenics Health Compass today. Navigenics Health Compass is $2,500 for all the services above, including the first year's subscription, with an ongoing subscription rate of $250 per year for continuous service.

2 |

Adherencia en el Trastorno Bipolar

MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN PSIQUIATRAS Y PACIENTES

En un estudio realizado, mediante cuestionarios ad-hoc a:

131 Psiquiatras

Mala adherencia **6 %**

Los psiquiatras, en general, infravaloran el problema y la magnitud del cumplimiento.

429 pacientes TB

(62% mujeres)

79%: TB-I 21%: TB-II

Mala adherencia **34%**

34 % no toman 1 o más dosis en los últimos 10 días

20 % olvidan toda la dosis de un día, al menos 1/10 días

2,5 % olvidan todas las dosis durante 10 días

Baldessarini et al., 2008

Elevadas tasas de incumplimiento en TB

Lingam & Scott, 2002 ..... 41 %

Perlich, 2004 ..... 42 %

Keck et al., 1996 ..... 64 %
(mes previo hospitalización)

Rango diferentes estudios: 20 - 66 %

CAPACIDAD DE DETECTAR SÍNTOMAS PRODRÓMICOS

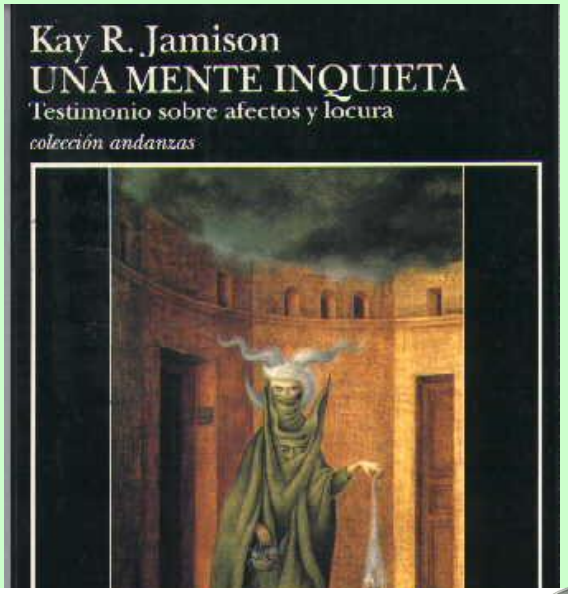
Enseñar a los pacientes a detectar los síntomas prodrómicos de descompensación es importante

En un estudio realizado con 191 pacientes con TB I y II

- 45% de TB I
- 50.0% de TB II

Tardaron 30 días en avisar de sus síntomas

Mantere et al., 2008



".....La velocidad mental se vuelve demasiado rápida y abrumadora, y una increíble confusión sustituye a la claridad, la locura esculpe su propia realidad"

Resiliencia

Capacidad para hacer frente a la adversidad de la vida, adaptarse recuperarse, superarla e inclusive ser transformado por ella y resultar favorecido

3 |

Factores asociados a la mala adherencia.

I

IDENTIFICACIÓN FACTORES DE MALA ADHERENCIA

- **Falta de *insight***
- Comorbilidad con Trastornos de personalidad
- Gravedad de la psicopatología (psicosis)

FACTORES RELACIONADOS CON LA **Enfermedad**

- Abuso de sustancias
- *“Homeless”*

FACTORES RELACIONADOS CON EL **Entorno**

II

IDENTIFICACIÓN FACTORES DE MALA ADHERENCIA

- Efectos secundarios
- Problemas en la alianza terapéutica

FACTORES RELACIONADOS CON LA **Medicación**

- Edad joven
- *Single*

  (solteros, separados)
- Raza no caucásica

FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS

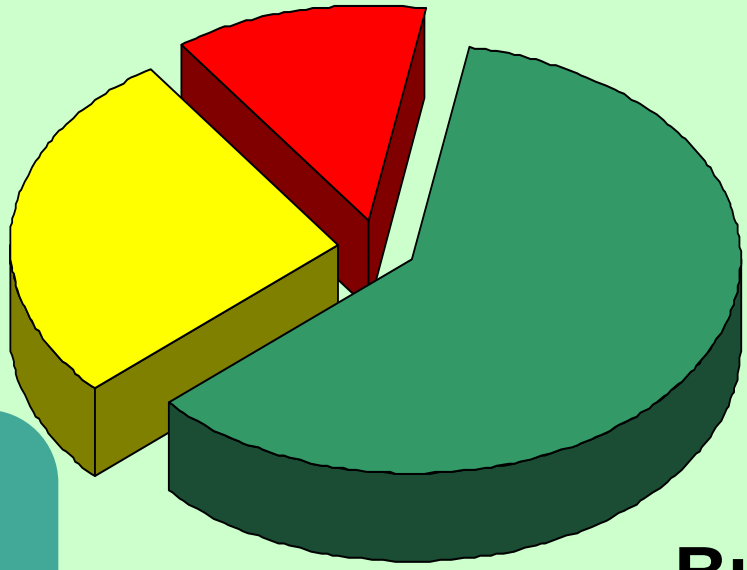
OTROS FACTORES ASOCIADOS A LA MALA ADHERENCIA

	OR	***Valor p***
§Comorbilidad con TOC	7,24	*0,034*
§Dependencia alcohol	4,89	*0,001*
§No remisión completa actual	4,12	*0,007*
§Efectos secundarios anticolinérgicos	3,84	*0,013*
§Manía o hipomanía reciente	2,77	*0,046*
§Quejas cognitivas por tratamiento	2,59	*0,012*
§Efectos secundarios como queja prioritaria	1,90	*0,009*
§Alto número de síntomas afectivos	1.10	*0,004*
§Edad joven	1.03	*0,003*

Baldessarini et al., 2008

Mala adherencia en en pacientes eutímicos

Adherencia al tratamiento en pacientes bipolares eutímicos (n: 200)

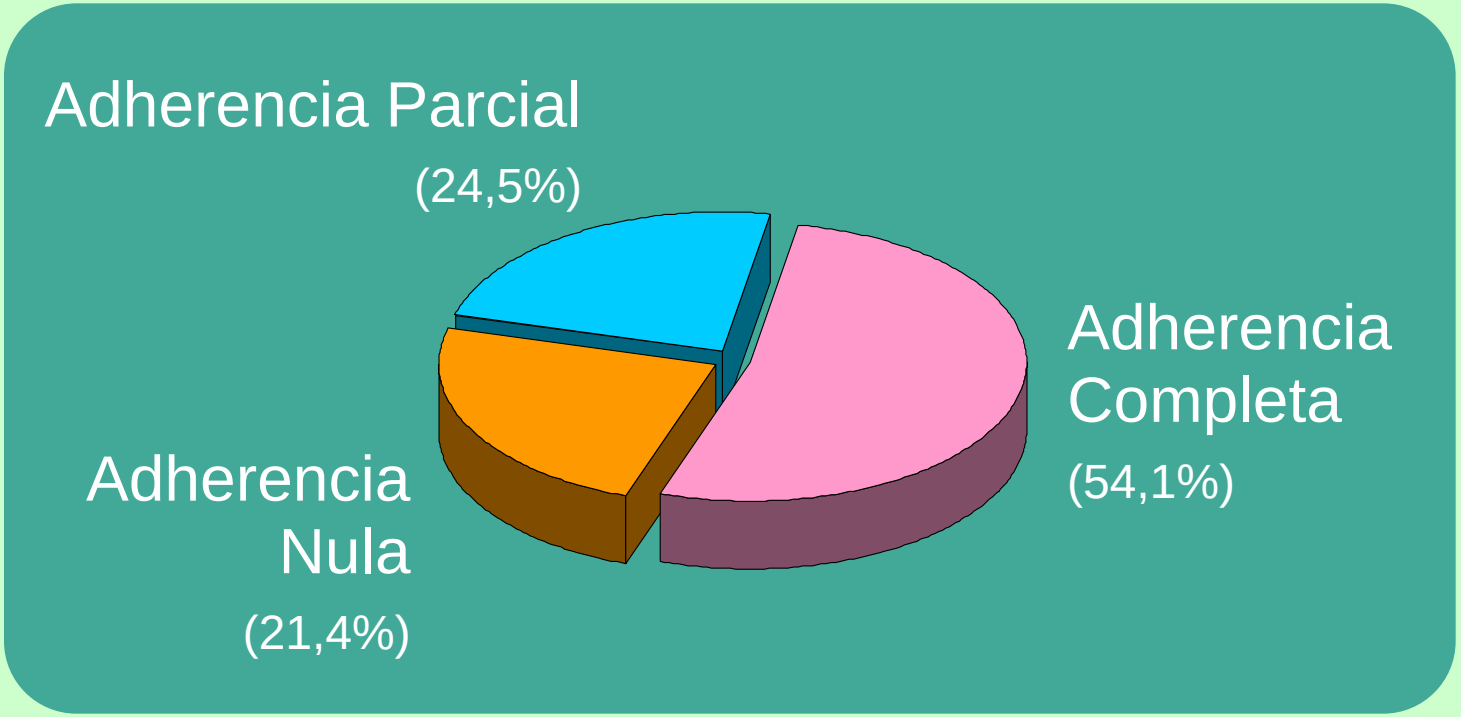


40% de los pacientes Bipolares eutímicos no presentaron buena adherencia

Colom et al., 2000

Mala adherencia en pacientes medicados *(vía oral)*

Estabilizadores: Litio y Anticonvulsivantes



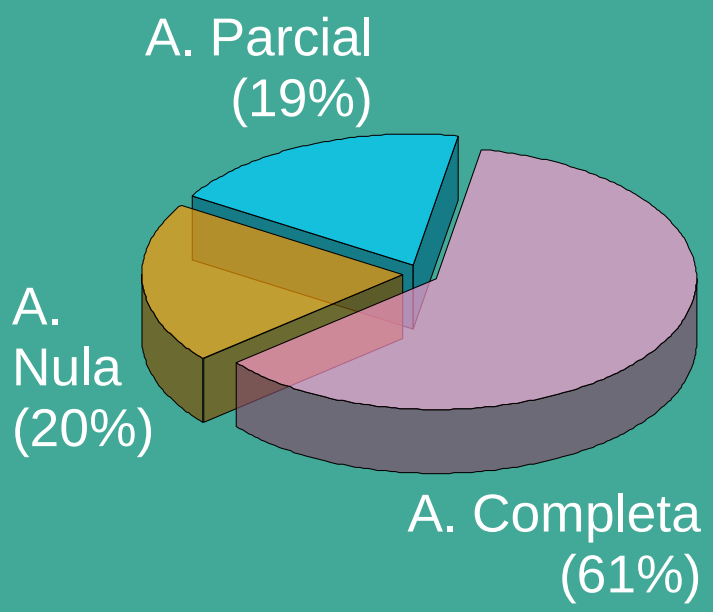
49 % con mala adherencia

Efectividad tratamiento escasa o nula

Mala adherencia en pacientes medicados

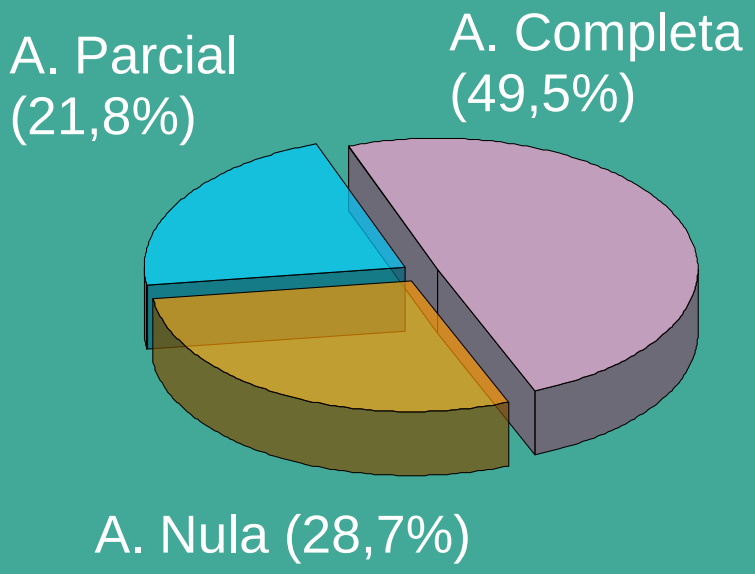
Antipsicóticos (vía oral)

Mayores de 60 años



39 %
con mala adherencia

Menores de 60 años



50,5 %
con mala adherencia

Sajatovic, "Self reported medicacion..." Psychiatric Services 2006; 57: 56-62

4 |

Consecuencias del incumplimiento terapéutico en TB

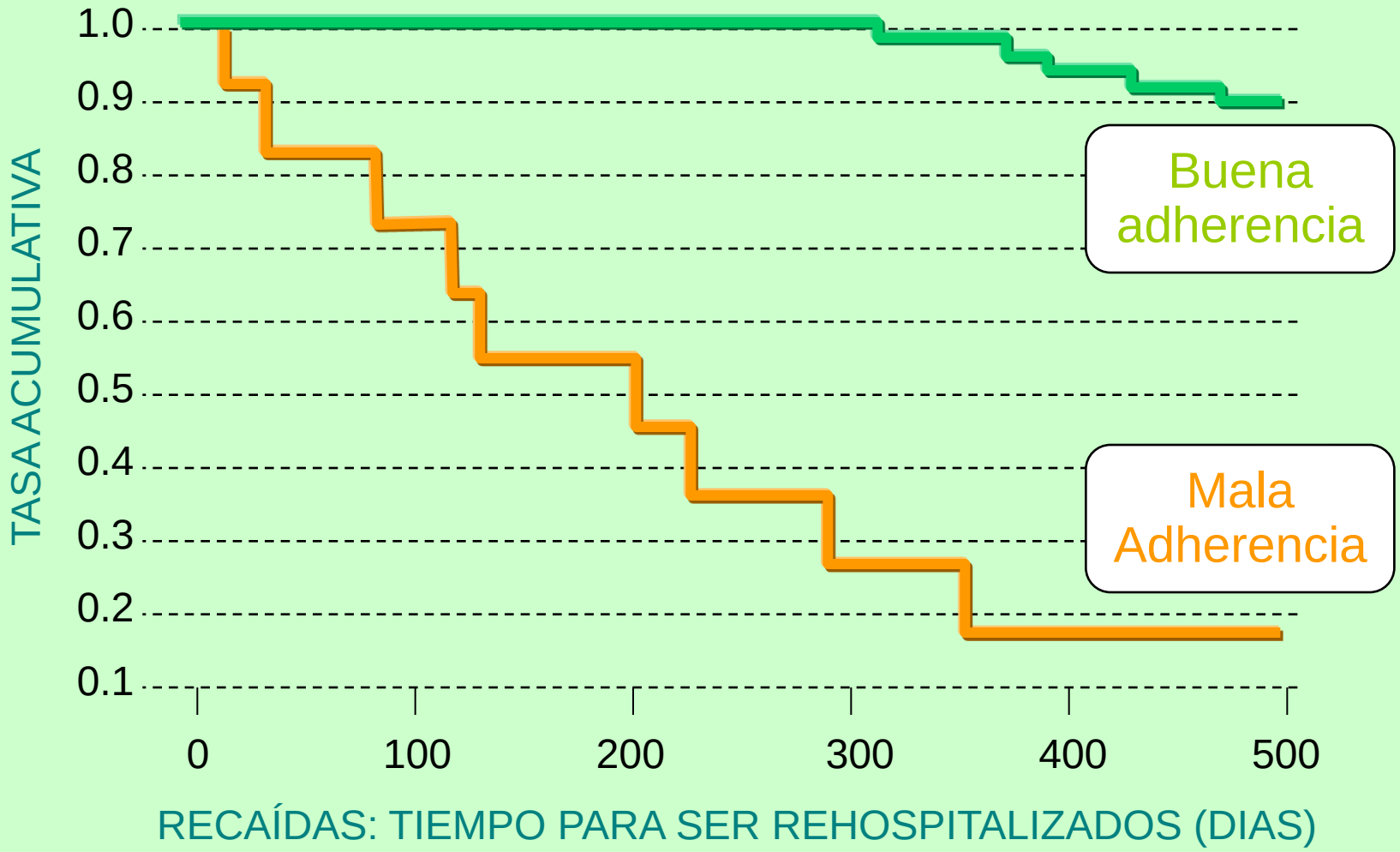
Adherencia en el Trastorno Bipolar

CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE ADHERENCIA

Aspectos clínicos

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

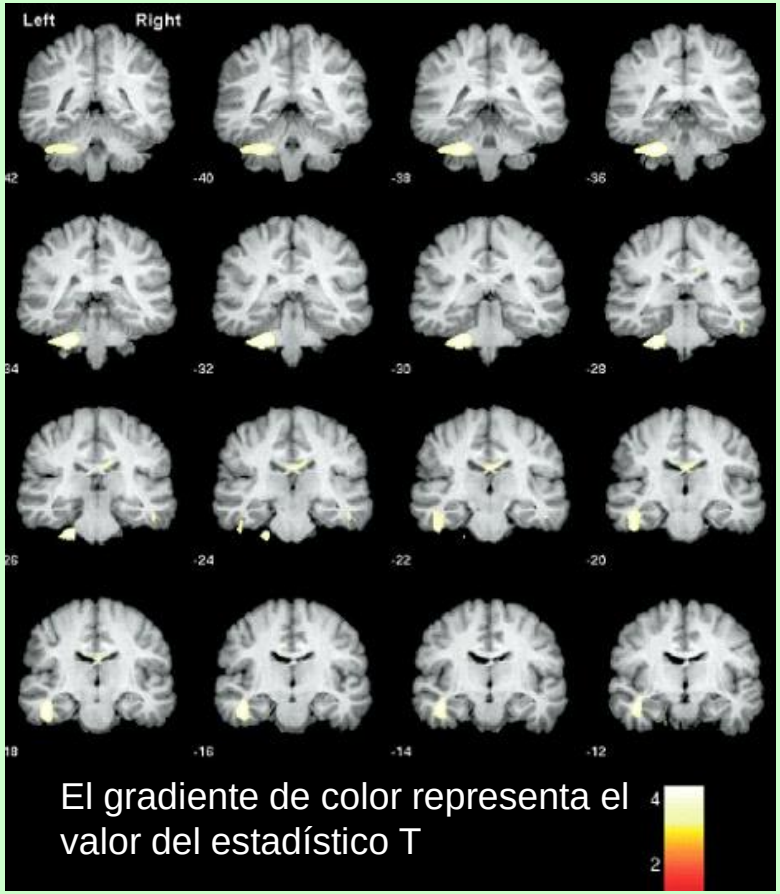
CONSECUENCIAS DE LA MALA ADHERENCIA
Recaídas: Rehospitalización



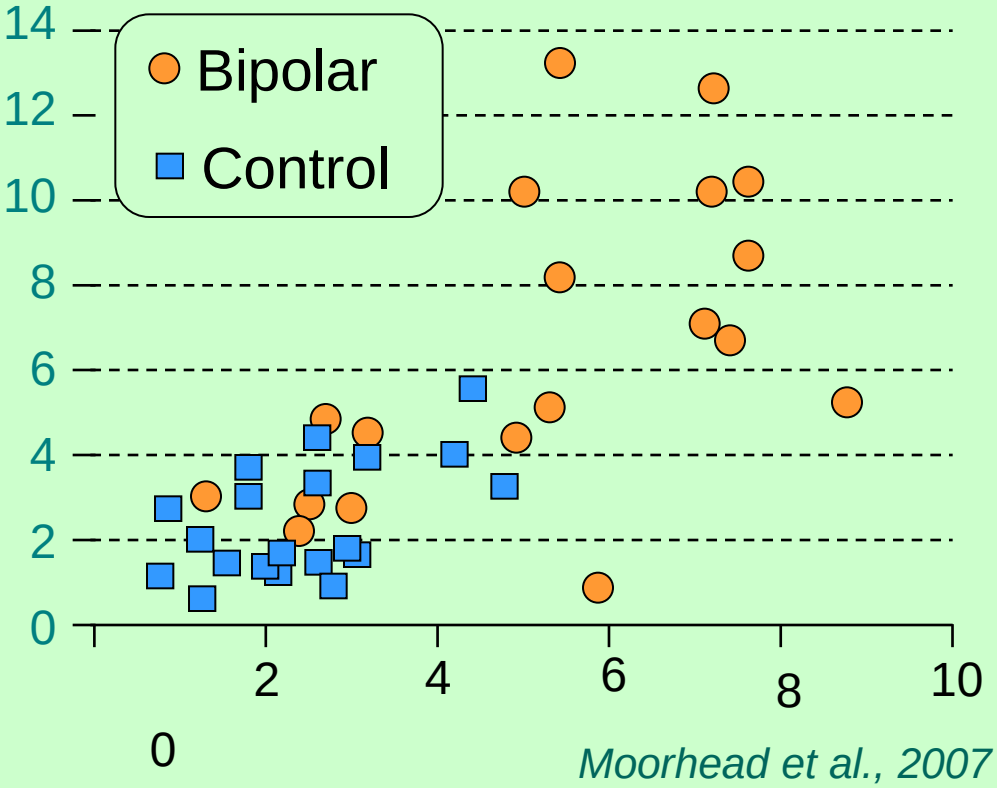
Scott & Pope, 2002

CONSECUENCIAS DE LA MALA ADHERENCIA
Funcionalidad cognitiva y adherencia al tto. en TB

Regiones de pérdida de materia gris, superiores en bipolares que en controles.

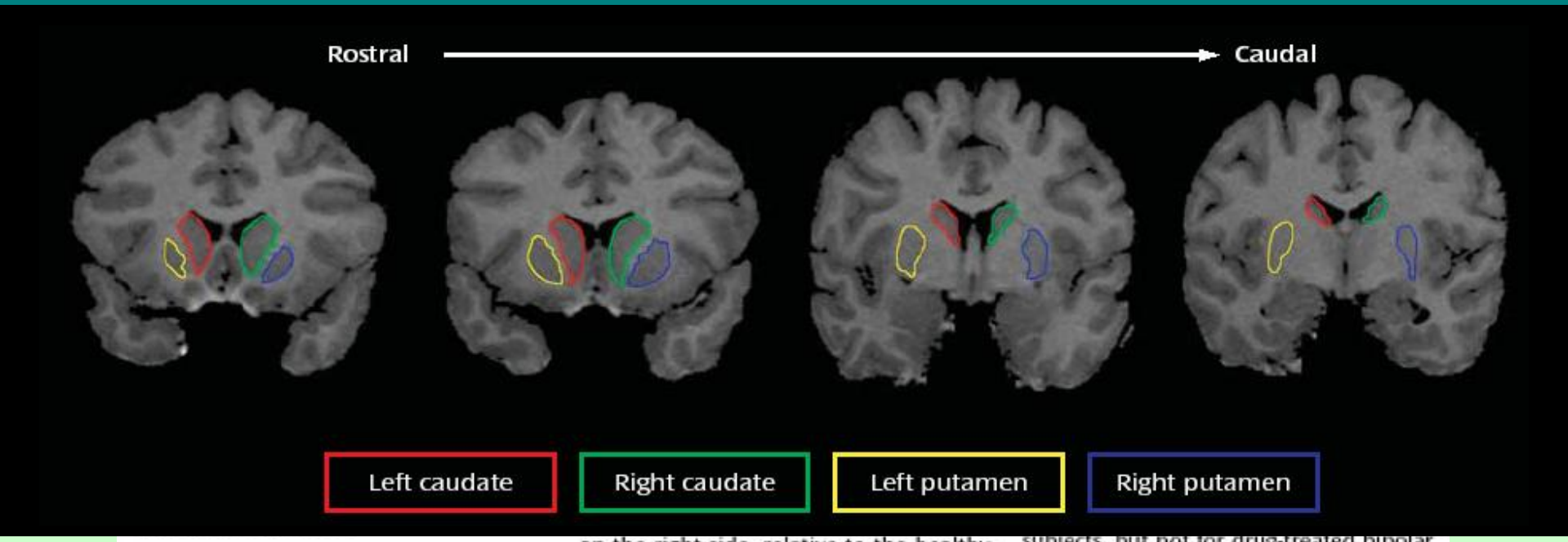


Pacientes bipolares mostraron disminución
en la densidad de hipocampo, fusiforme y sustancia cerebelosa en cuatro años,



Moorhead et al., 2007

GANGLIOS BASALES EN TB



Jun Young Lee, M.D.

Seog Ju Kim, M.D.

David L. Dunner, M.D.

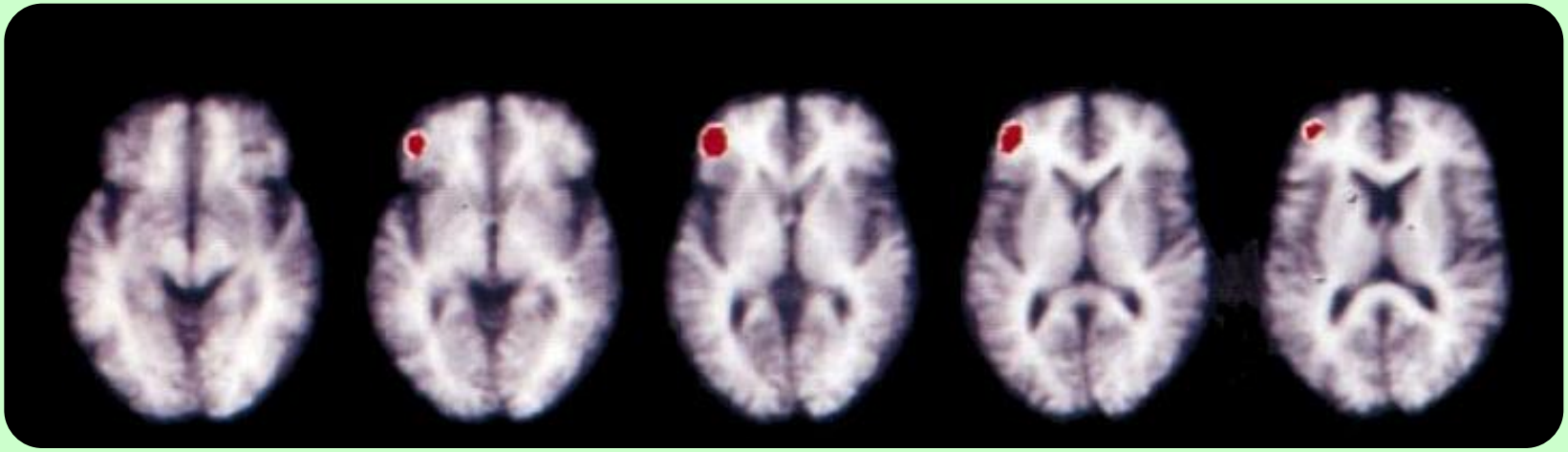
Perry F. Renshaw, M.D., Ph.D.

Pacientes bipolares mostraron diferencias en los ganglios de la base (estriado) en comparación con normales

(Am J Psychiatry 2006; 163:276–285)

Incororación de nuevos movimientos (dedos):
activación *loop* cortico-subcortical (ganglios de la base)
Movimientos ya conocidos: activación frontal
(se toca una tecla ante nuevos estímulos)

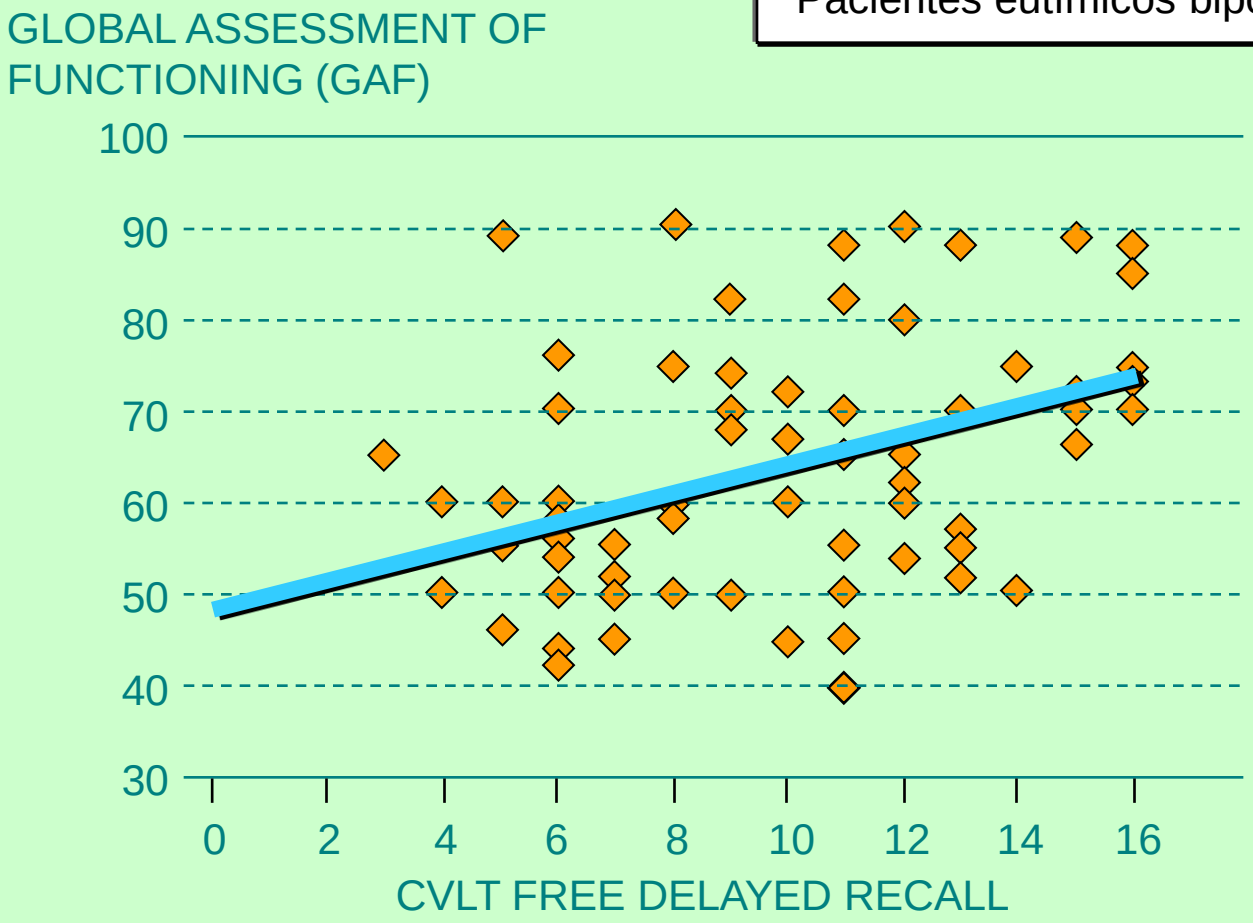
RMN espectroscópica



"Imaging basal ganglia function", Brooks, J Anatomy 2000;196: 543-554

CONSECUENCIAS DE LA MALA ADHERENCIA
Memoria verbal y funcionalidad

Pacientes eutímicos bipolares (n=77)



Correlación entre función cognitiva y funcionamiento psicosocial:

A mayor deterioro cognitivo, peor funcionamiento, y viceversa

Martinez-Aran et al., 2007

CONSECUENCIAS DE LA MALA ADHERENCIA
Riesgo de suicidio

Aproximadamente del 10% al 15% de los pacientes con Trastorno Bipolar **no tratados** llevan a cabo el suicidio[1]

RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON TB-I ADHERENCIA A LARGO PLAZO, EN TRATAMIENTO CON LITIO[2]

	OR	*Valor p*
Intento de Suicidio antes del tto.	13,9	*0,006*
Baja adherencia al tratamiento	10,8	*0,016*
Más episodios depresivos	1,30	*0,038*
Edad joven	1,06	*0,048*

1American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. 2000; 2González-Pinto et al., 2006

5 |

Estrategias terapéuticas para mejorar adherencia en TB.

Adherencia en el Trastorno Bipolar

Article

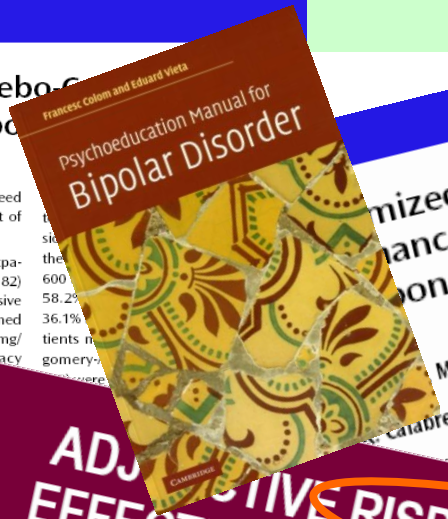
A Randomized, Double-Blind, Placebo-C
of Quetiapine in the Treatment of Bipo

Joseph R. Calabrese, M.D.
Paul E. Keck, Jr., M.D.
Wayne Macfadden, M.D.
Margaret Minkwitz, Ph.D.
Terence A. Ketter, M.D.
Richard H. Weisler, M.D.
Andrew J. Cutler, M.D.
Robin McCoy, R.N.
Ellis Wilson, M.S.
Jamie Mull
The BOLD

Objective: There is a major unmet need for effective options in the treatment of bipolar depression.

Method: Five hundred forty-two outpa- tients with bipolar I (N=360) or II (N=182) disorder experiencing a major depressive episode (DSM-IV) were randomly assigned to 8 weeks of quetiapine (600 or 300 mg/ day) or placebo. The primary efficacy measure was mean change from to week 8 in the Montgomery-Ás pression Rating Scale total sco tional efficacy assessments inc Hamilton Depression Rating S cal Global Impression of seve provement, Hamilton Anx Scale, Pittsburgh Sleep Quali Quality of Life Enjoyment ar Questionnaire.

Results: Quetiapine at ei



Article

mized, Placebo-Controlled Trial of Olanzapine as
nance Therapy in Patients With Bipolar I Disorder
ponding to Acute Treatment With Olanzapine

M.D., Dr.P.H.
Calabrese, M.D.

Objective: In a placebo-controlled, dou- ble-blind study, the authors investigated the efficacy and safety of olanzapine as monotherapy in relapse prevention in bi- polar I disorder.

Method: Patients achieving symptom- atic remission from a manic or mixed ep- isode of bipolar I disorder (Young Mania ating Scale [YMRS] total score ≤12 and Hamilton Depression Rating score ≤8) at two consecu- wing 6–12 weeks of nt with 5–20 omly as-

with a median of 22 days in patients re- ceiving placebo). Times to symptomatic relapse into manic, depressive, and mixed episodes were all significantly longer among patients receiving olanza- pine than among patients receiving pla- cebo. The relapse rate was significantly lower in the olanzapine group (46.7%) than in the placebo group (80.1%). During olanzapine treatment, the most common emergent event was weight gain; during the open-label phase, patients who re- ceived olanzapine gained a mean of 3.1 kg (SD=3.4). In double-blind treatment, placebo patients lost a mean of 2.0 kg and patients who continued to =4.4) and patients who continued to gained an additional 1.0

to placebo,
subse-

Efficacy of Adjunctive A
or Lithium in Bipol
Nonresponsive to Valp
A Placebo

Eduard Vieta, M.D., Ph.D.
Caroline T'joen, M.S.
Robert D. McQuade, Ph.D.
William H. Carson, Jr., M.D.
Ronald N. Marcus, M.D.
Raymond Sanchez, M.D.
Randall Owen, M.D.
Laurence Nameche, M.S., M.B.A.

Objective
ficacy and
zole in bip
tially non
monothe

Method:
placebo-
tients ex
sode (wi
Patients
ium/val
Young
at the
crease or

get serum concentrations of lithium (0.6–1.0 mmol/liter) or valproate (50–125 µg/ml) were randomly assigned in a 2:1 ratio to adjunctive aripiprazole (N=253; 15 or 30 mg/day) or placebo (N=131) for 6 weeks.

Results: Mean improvement from base- line in Young Mania Rating Scale total score at week 6 (primary endpoint) was significantly greater with aripiprazole (−13.3) than with placebo (−10.7). Signifi- cant improvements in Young Mania Rat- ing Scale total score with aripiprazole

cebo (5.4%).
ferences between treatments in weight
change from baseline to week 6 (+0.55 kg
and +0.23 kg for aripiprazole and pla-
cebo, respectively; last observation car-
ried forward).

Conclusions: Adjunctive aripiprazole therapy showed significant improve- ments in mania symptoms as early as week 1 and demonstrated a tolerability profile similar to that of monotherapy studies.

(Am J Psychiatry 2008; 165:1316–1325)

ADJ TIVE RISPERIDONE LONG-ACTING INJECTABLE IS EFFECTIVE IN DELAYING RELAPSE TO A MOOD EPISODE IN PATIENTS WITH FREQUENTLY RELAPSING BIPOLAR DISORDER

W. Macfadden[1]; J.T. Haskins[1]; M. Kujawa[2]; I. Turkoz[1]; N. Turner[1]; C. Bossie[1]; R. Mahmoud[3]; L. Alphs[1]
[1]Ortho-McNeil Janssen Scientific Affairs, LLC, Titusville, NJ, USA; [2]At the time of this analysis, was an employee of Ortho-McNeil Janssen Scientific Affairs, LLC, Titusville, NJ, USA. Currently an employee of Hoffmann-La Roche, Inc., Nutley, NJ, USA; [3]At the time of this analysis, was an employee of Ortho-McNeil Janssen Scientific Affairs, LLC, Titusville, NJ, USA. Currently an employee of Ethicon, Inc., Somerville, NJ, USA.

ABSTRACT

Background: Patients with bipolar disorder who have at least four mood episodes, which are due to any cause and require intervention, that occurred in the past 12 months are considered a difficult-to-treat population. This study hypothesized that risperidone long-acting injectable (RLAI) adjunctive to treatment as usual (TAU) would delay relapse to a mood episode in patients who frequently relapse.

Methods: A randomized, double-blind, placebo-controlled study assessed RLAI or placebo adjunctive to TAU (any medications used to treat a patient's bipolar disorder, excluding other antipsychotics) in patients with bipolar disorder who frequently relapse. After a 16-week, open-label (OL) stabilization phase with RLAI (25-50 mg intramuscular [IM] for 2 weeks) and TAU, patients who achieved stable remission were eligible to enter the 52-week, double-blind (DB), relapse-prevention phase (RLAI + TAU or placebo + TAU). The primary efficacy measurement was time to relapse of a mood episode, as determined by a blinded, independent relapse monitoring board.

Results: A total of 275 patients entered the OL stabilization phase; 139 achieved stable remission and entered the DB relapse-prevention phase. All patients continued TAU but were randomized either to continue adjunctive treatment with RLAI (n = 72) or to receive IM placebo (n = 67). The mean (SD) age was 39.1 ± 11.8 and 71.9% were male. The 52-week completion rates were 59.7% with RLAI and 43.3% with placebo. At the DB baseline, a similar proportion of patients randomized to the RLAI and placebo groups achieved stable remission in the OL period with one concomitant bipolar medication (48.6% and 52.2 %) and by two or more concomitant bipolar medications (45.8% and 44.8%) in addition to RLAI. The most common concomitant bipolar medications used by RLAI and placebo patients were mood stabilizers (90.3% and 95.5%) and antidepressants (30.6% and 19.4%). The time to relapse was significantly longer with RLAI augmentation than with placebo (P = 0.004, log-rank test); relapse rates were 22.2% (n = 16) and 47.8% (n = 32), respectively. The relative risk of relapse was 2.4-fold higher with placebo than with RLAI. The most common adverse events (RLAI vs placebo) were tremor (23.6% vs 16.4%), insomnia (19.4% vs 23.9%), muscle rigidity (11.1% vs 6.0%), weight increase (6.9% vs 1.5%) and hypokinesia (6.9% vs 0.0%).

Conclusion: In patients with bipolar disorder who frequently relapse, addition of adjunctive RLAI to TAU significantly delayed the time of relapse to a mood episode. Baseline TAU bipolar medications were similar in both groups. No unexpected safety or tolerability trends were noted.

des, and
sults from open and doub
polar disorder. Int Clin Psychopharmacol 17 (suppl 3):

Concomitant bipolar medications at DB baseline

• Concomitant bipolar medications at DB baseline were those used during at least the last 4 weeks of the OL phase and remained constant during the DB phas (Table 2).

Table 2. Concomitant Bipolar Medications (Mood Stabilizers and Antidepressants) at DB Baseline the Relapse-Prevention Phase.

	RLAI Plus TAU (n = 72) n (%)	Placebo Plus TAU (n = 67) n (%)
Patients taking bipolar medications		
None	4 (5.6)	2 (3.0)
1 medication	35 (48.6)	35 (52.2)
2 medications	24 (33.3)	24 (35.8)
≥3 medications	9 (12.5)	6 (9.0)
Patients taking medications by number of classes*†		
1	49 (68.1)	53 (79.1)
2	18 (25.0)	11 (16.4)
Mood stabilizers	65 (90.3)	64 (95.5)
Antidepressants	22 (30.6)	13 (19.4)

PREGUNTA

2000

Resultados de la encuesta a 600 psiquiatras.

(X Curso Intensivo-Interactivo de Psicofarmacología Clínica)

www.fundopsi.com.ar

Señale cuál de la siguiente característica define un Antipsicótico Atípico:

1. Tener una estructura química similar.
2. Tener una menor incidencia de efectos secundarios extrapiramidales.
3. Ser potentes antagonistas de los receptores D4.
4. No producir hiperprolactinemia.
5. Ser simultáneamente agonista 5-HT2 y bloqueantes D2.

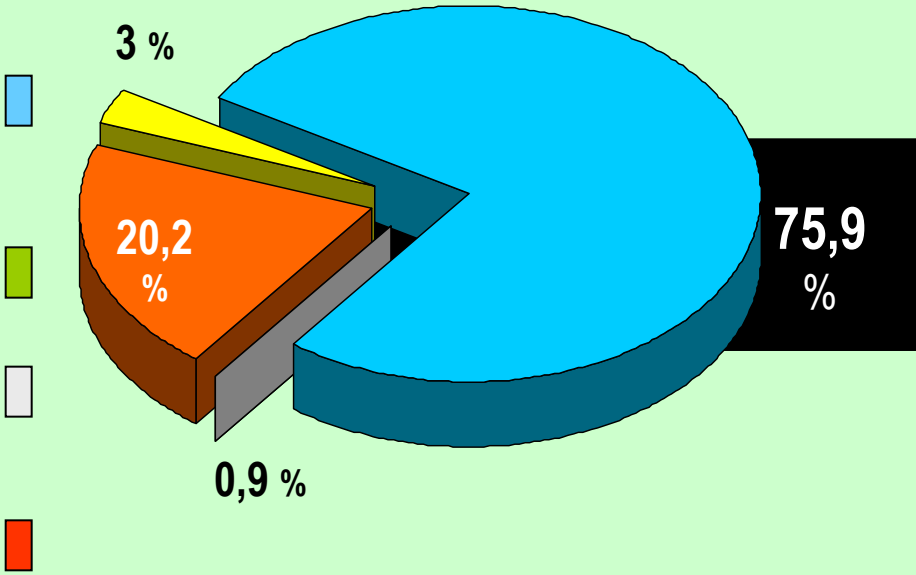
RESPUESTA 2000

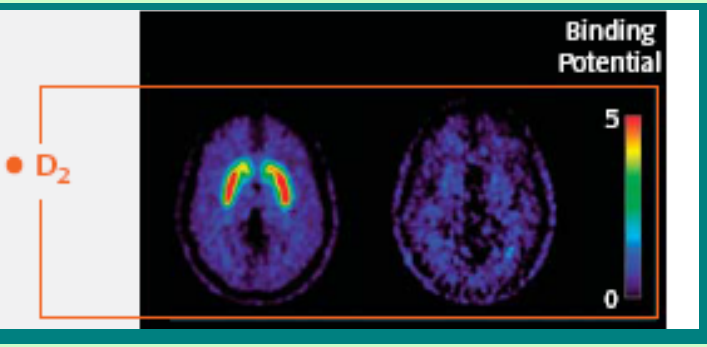
Resultados de la encuesta a 600 psiquiatras.
(X Curso Intensivo-Interactivo de Psicofarmacología Clínica)

www.fundopsi.com.ar

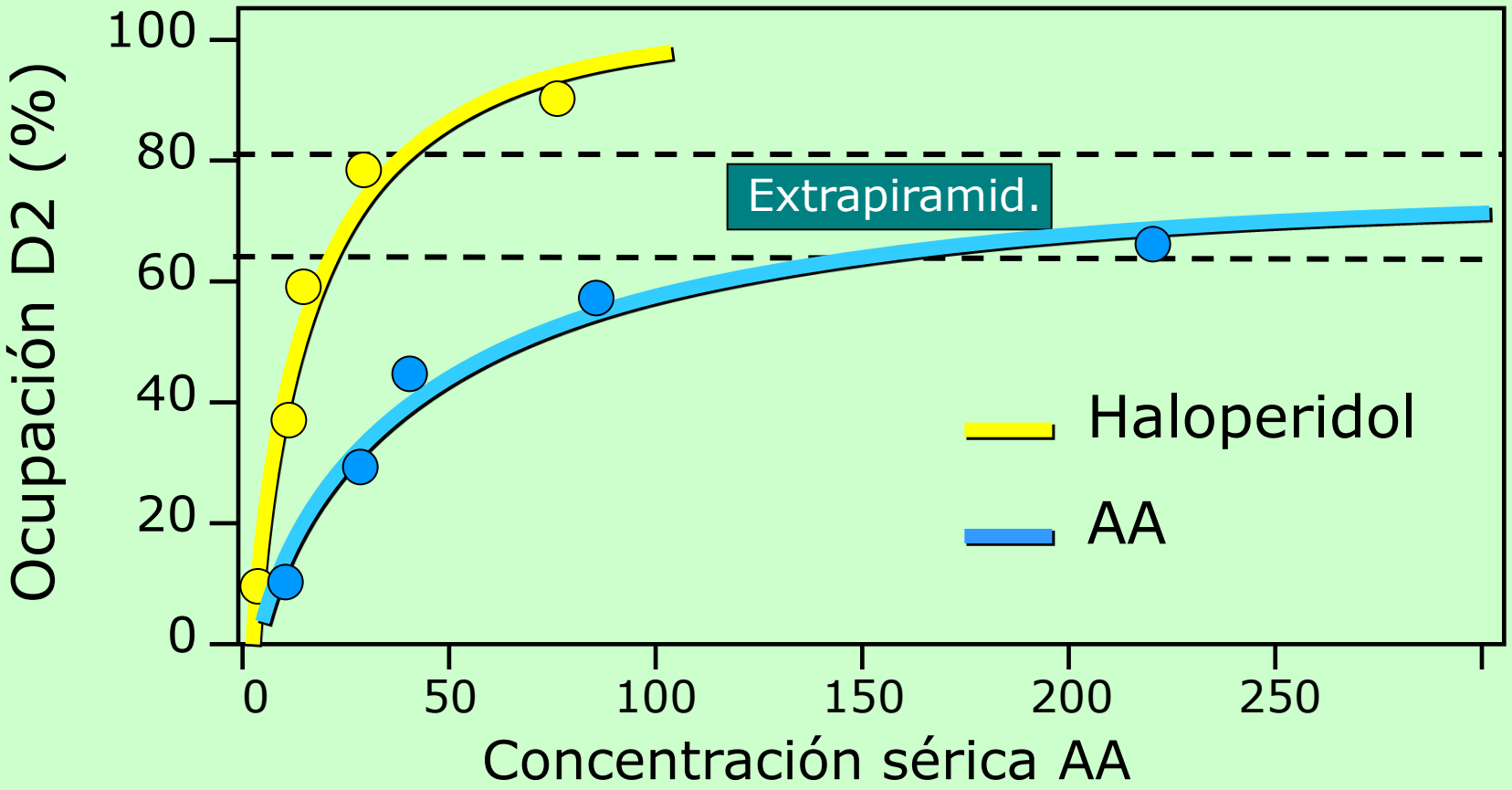
Señale cuál de la siguiente característica define un Antipsicótico Atípico:

1. Tener una estructura química similar.
2. Tener una menor incidencia de efectos secundarios extrapiramidales.
3. Ser potentes antagonistas de los receptores D4.
4. No producir hiperprolactinemia.
5. Ser simultáneamente agonista 5-HT2 y bloqueantes D2.

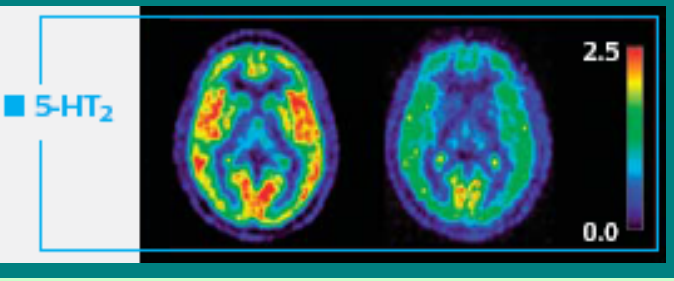




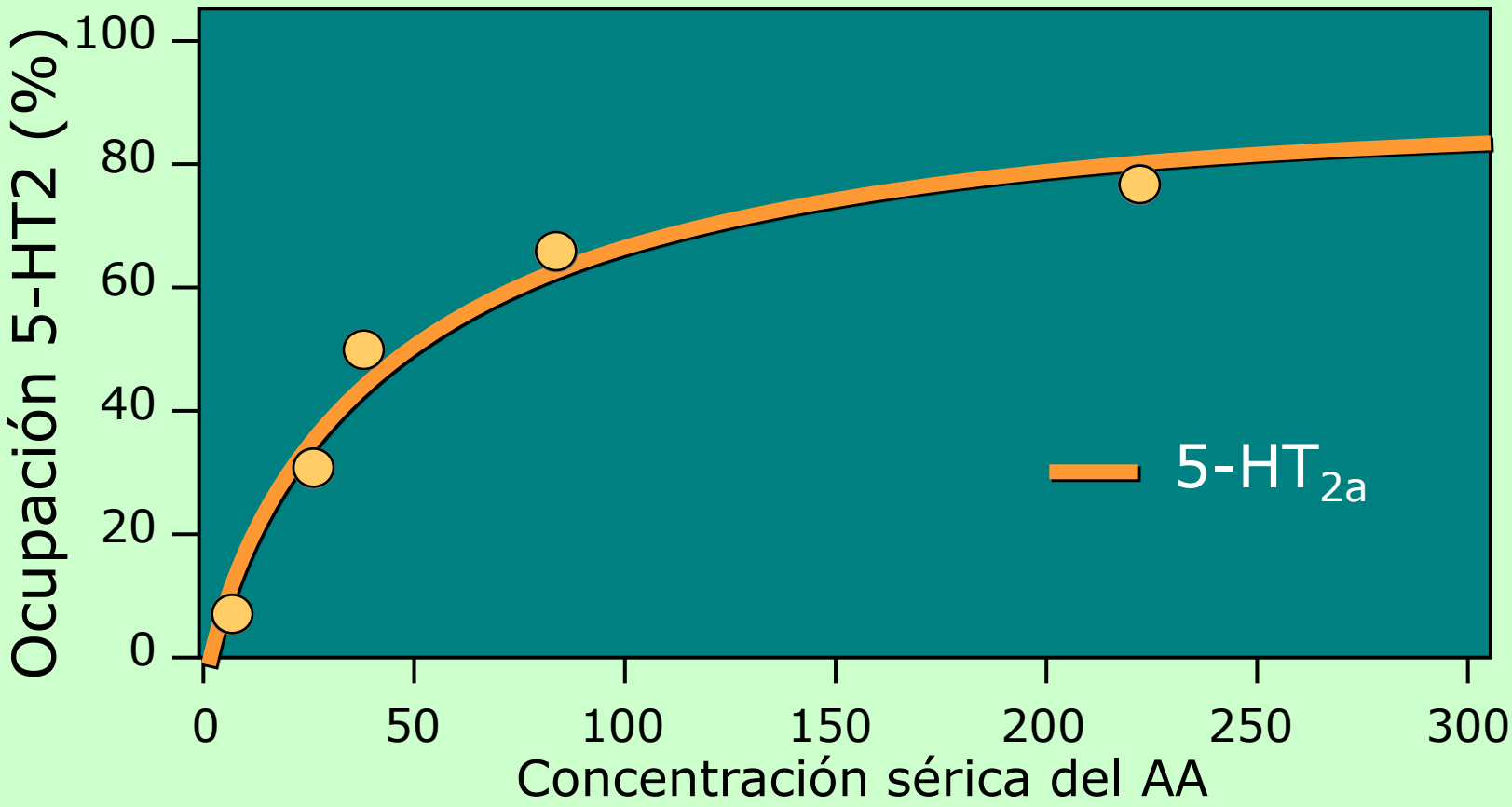
Bloqueo de DA2 por AA
⇩
Efecto antimaníaco



"A Positron Emission Tomography study..."Kapur, 2000; 57: 553-559; Mamo, "A differnet effect of ...", A J Psychiatry 2007; 164: 1411-1417



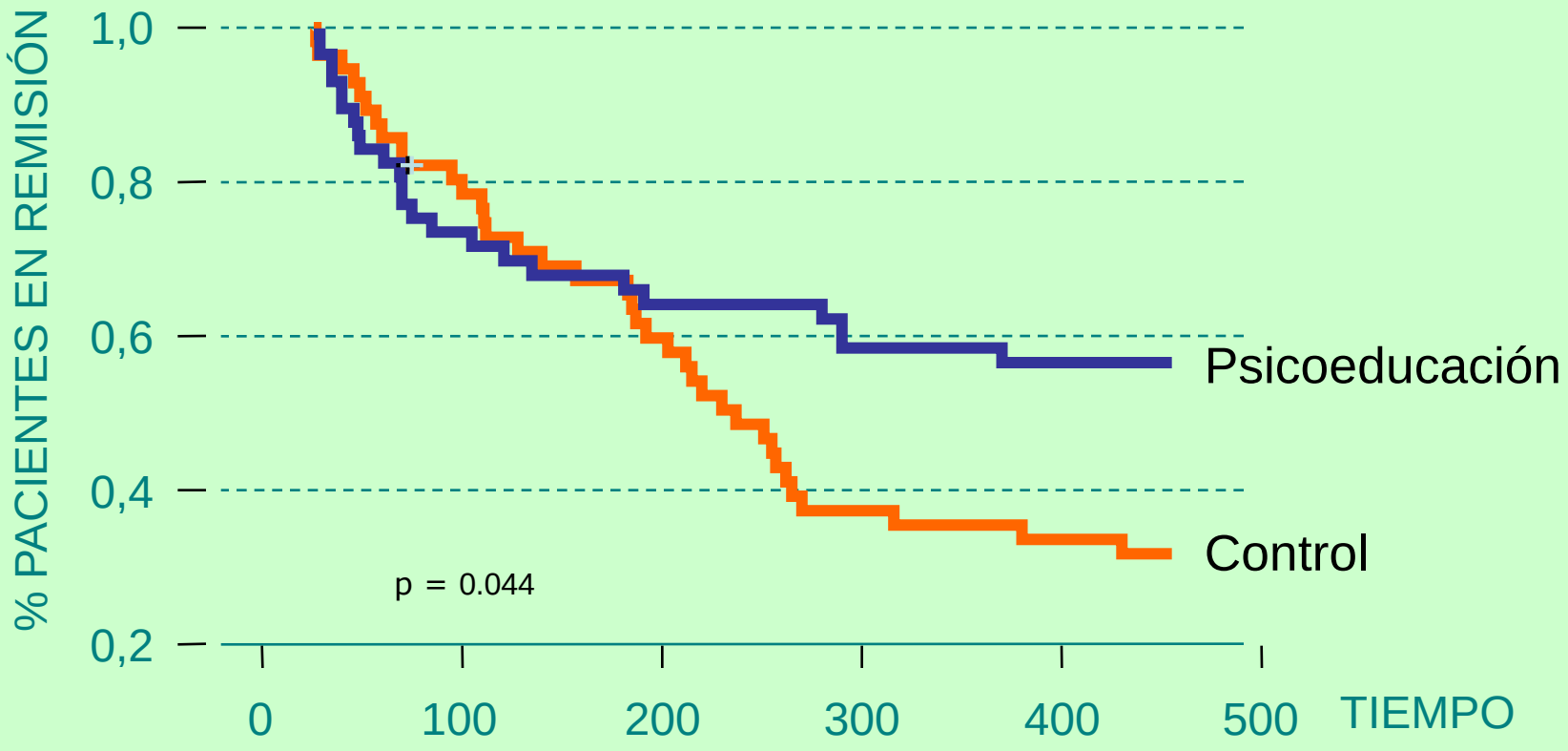
Bloqueo 5-HT2 – → ⇧DA (en c. frontal: e. antidepresivo)



"A Positron Emission Tomography study..."Kapur, 2000; 57: 553-559; Mamo, "A differnet effect of ...", A J Psychiatry 2007; 164: 1411-1417

Tiempo hasta la próxima recaída con familiares en terapia de psicoeducación

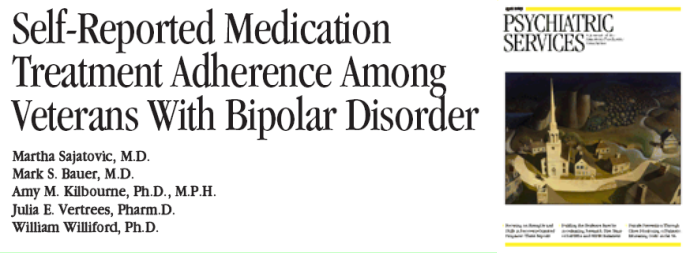
La psicoeducación familiar permite prevenir recaídas en los pacientes, especialmente de tipo maníaco



Reinares et al., 2008

MEDIDAS PSICOFARMACOLÓGICAS

430 Bipolares
(seguidos de 1997-2000, Serv. de Veteranos)


Self-Reported Medication Treatment Adherence Among Veterans With Bipolar Disorder

Martha Sajatovic, M.D.
Mark S. Bauer, M.D.
Amy M. Kilbourne, Ph.D., M.P.H.
Julia E. Vertrees, Pharm.D.
William Williford, Ph.D.

PSYCHIATRIC SERVICES

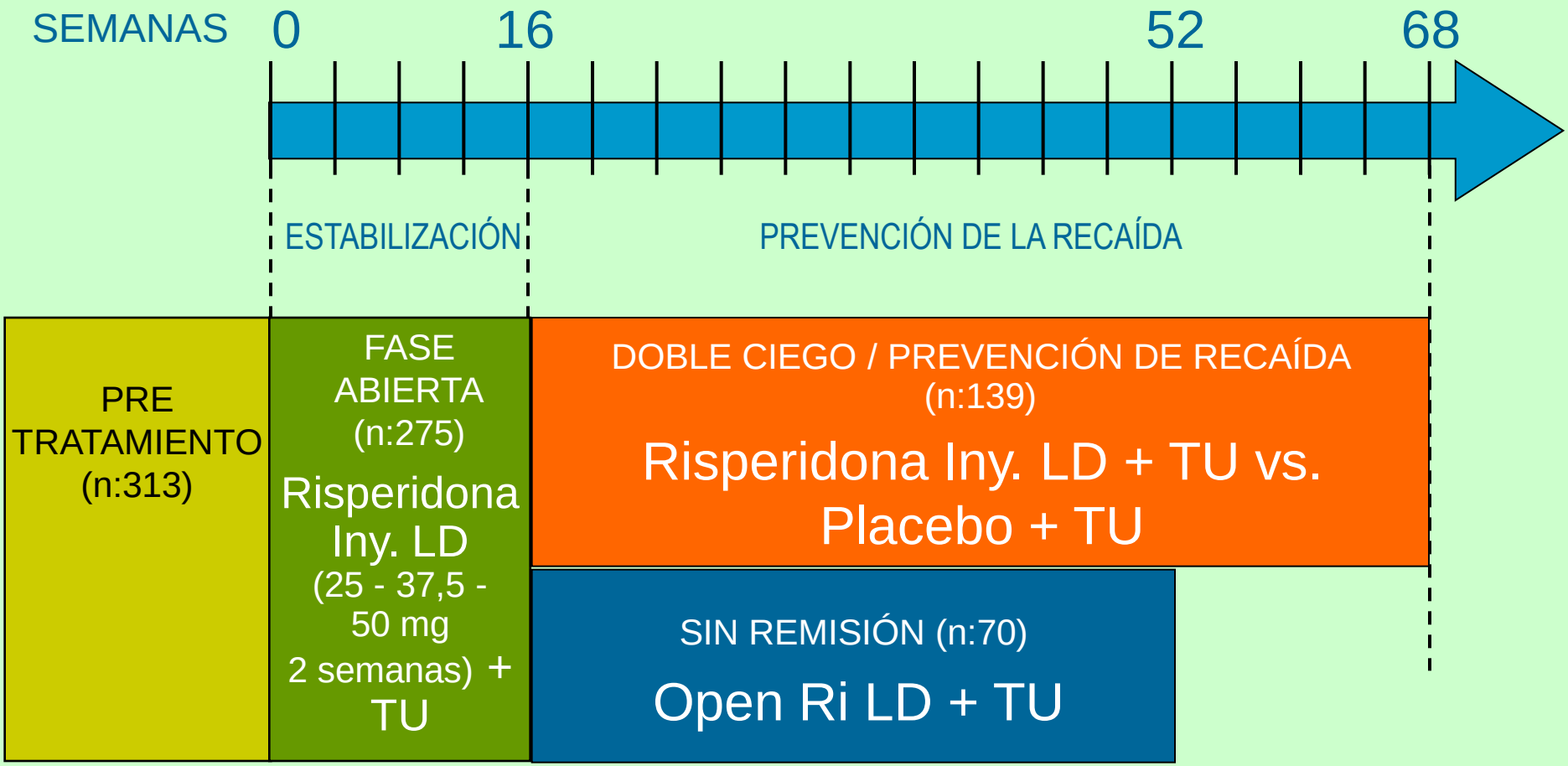
51,9 % se adhirió completamente a las medicaciones antipsicóticas *(más con abuso de sustancias y PTSD).*

Falta de adhesión al tratamiento fueron: edad menor, minorías étnicas, drogadicción y personas sin hogar.

	90 días	180 días	+270 días
A. Convencionales	24 %	14 %	44 %
A. Atípicos	22 %	20 %	40 %

Sajatovic, "Self reported medicacion..." Psychiatric Services 2006; 57: 56-62

Risperidona Inyectable LD + Tratamiento Usual
Vs.
Placebo + Tratamiento Usual



Macfadden, " Adjunctive Risperidone lon-acting inyectable is effective in delaying relapse..."
Poster C. Internationale Nuero-Psychopharmacologicum, 2008 Annual Meeting, Munich, Germany

Risperidona Inyectable LD + Tratamiento Usual
Vs.
Placebo + Tratamiento Usual

	Fase Doble Ciego	
	Placebo+TU (n=67)	Ri-LD+TU (n=72)
Bipolar (%)		
Tipo I	88,1	90,3
Tipo II	11,9	9,7
Edad de comienzo *años (DS)*	25,2 (9,0)	28.2(8,4)
Nº episodios *(últimos 12 meses)*	5,3	5,6
Episodio más reciente (%)		
Depresivo	23,9	40,3
Maníaco	58,2	44,4
Mixto	6,0	6,9
Hipomaníaco	11,9	8,3
Tiempo transcurrido del episodio más reciente (semanas)	7,1	7,1

Macfadden, " Adjunctive Risperidone lon-acting inyectable is effective in delaying relapse..."

Poster C. Internationale Nuero-Psychopharmacologicum, 2008 Annual Meeting, Munich, Germany

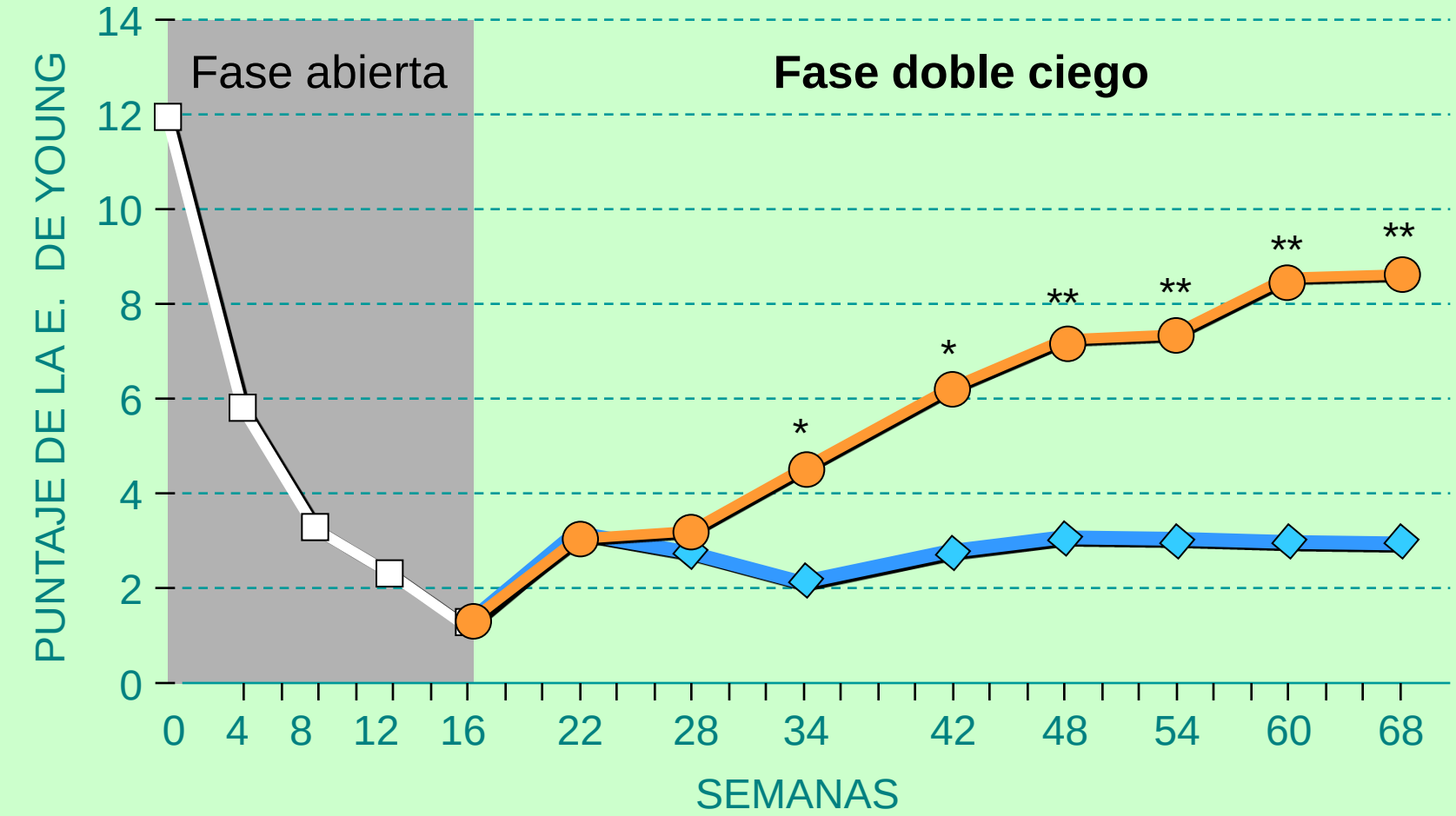
Risperidona Inyectable LD + Tratamiento Usual
Vs.
Placebo + Tratamiento Usual

	Fase Doble Ciego	
	Placebo+TU (n=67)	Ri-LD+TU (n=72)
Medicaciones		
Ninguna	3%	6%
1 Medic	52%	49%
2 Me	36%	33%
3 Medi	10%	12%
Estabilizadores del ánimo	95%	90%
Antidepresivos	20%	31%

Ri LD:
67% 25 mg %
30% 37.5 mg

Macfadden, " Adjunctive Risperidone lon-acting inyectable is effective in delaying relapse..."
Poster C. Internationale Nuero-Psychopharmacologicum, 2008 Annual Meeting, Munich, Germany

Risperidona Inyectable LD + Tratamiento Usual Vs. Placebo + Tratamiento Usual

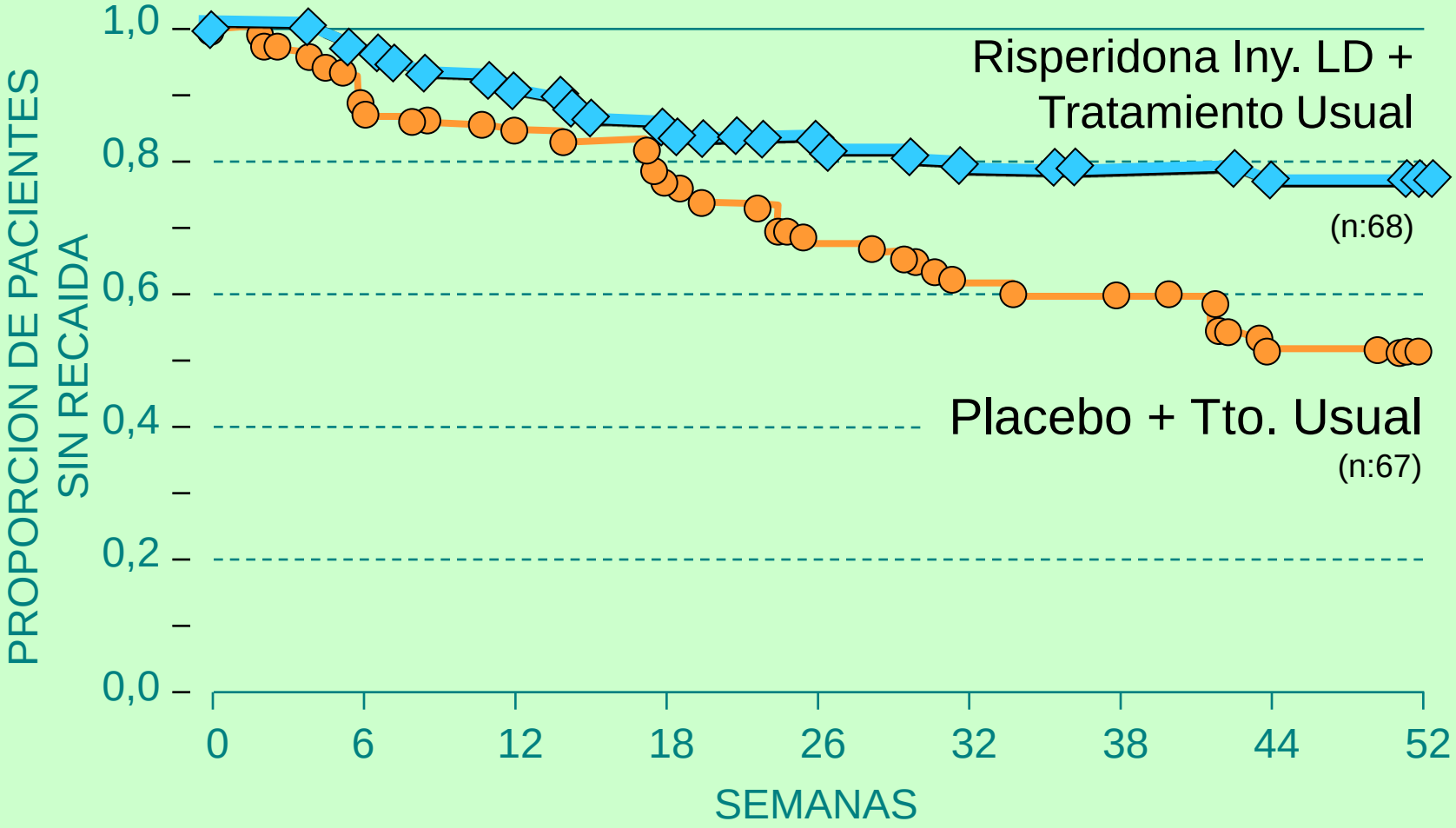


Placebo + Tto Usual (n:65)

Risperidona Iny. LD + Tto Usual (n:68)

Macfadden, " Adjunctive Risperidone lon-acting inyectable is effective in delaying relapse..."
Poster C. Internationale Nuero-Psychopharmacologicum, 2008 Annual Meeting, Munich, Germany

Risperidona Inyectable LD + Tratamiento Usual Vs. Placebo + Tratamiento Usual



Macfadden, " Adjunctive Risperidone lon-acting inyectable is effective in delaying relapse..."
Poster C. Internationale Nuero-Psychopharmacologicum, 2008 Annual Meeting, Munich, Germany

Risperidona Inyectable LD + Tratamiento Usual
Vs.
Placebo + Tratamiento Usual

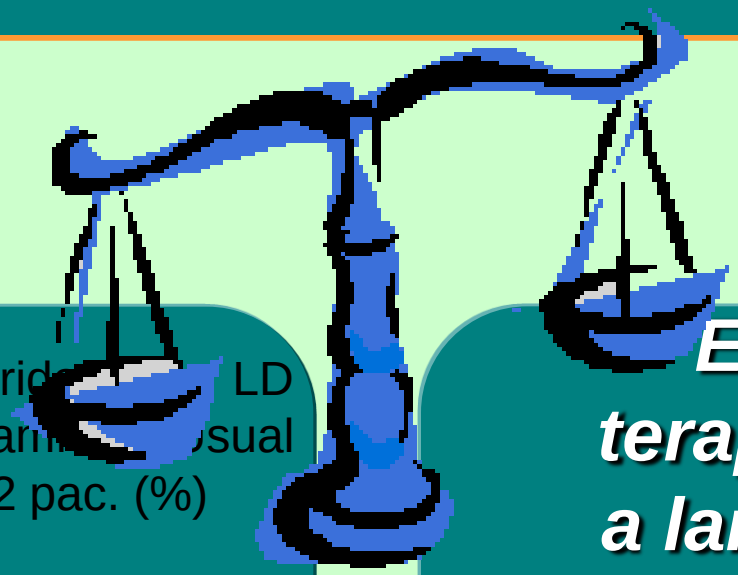
% de Recaída	*Placebo + Trat. Usual*	*Risperidona Iny. LD + Trat. Usual*
TOTAL	48 %	**22 %**
Manía	21 %	**7 %**
Depresión	21 %	**12 %**
Mixto	6 %	**3** %

Risperidona Inyectable LD + Tratamiento Usual Vs. Placebo + Tratamiento Usual

Efectos secundarios	**Risperidona Iny. LD +Tratamiento Usual 72 pac. (%)**	**Placebo +Tratamiento Usual 67 pac. (%)**
Temblores	23,6%	16,4%
Insomnio	19,4%	23,9%
Rigidez muscular	11,1%	6%
Aumento de peso	6,9%	1,5%
Hipoquinesia	6,9%	0%

Macfadden, " Adjunctive Risperidone lon-acting inyectable is effective in delaying relapse..."
Poster C. Internationale Nuero-Psychopharmacologicum, 2008 Annual Meeting, Munich, Germany

Risperidona Inyectable LD + Tratamiento Usual



Efectos secundarios	Risperidona LD +Tratamiento Usual 72 pac. (%)
Temblores	23,6%
Insomnio	19,4%
Rigidez muscular	11,1%
Aumento de peso	6,9%
Hipoquinesia	6,9%

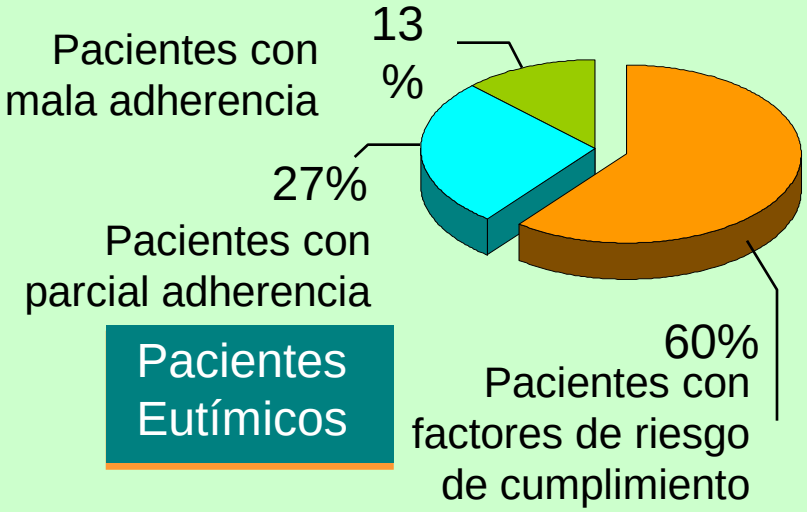
Efectos terapéuticos a largo plazo

- ***Mejor adherencia***
- ***Menores recaídas***
- ***Mejor calidad de vida***

Macfadden, " Adjunctive Risperidone lon-acting inyectable is effective in delaying relapse..."
Poster C. Internationale Nuero-Psychopharmacologicum, 2008 Annual Meeting, Munich, Germany

Risperidona inyectable de Duración Prolongada

Vieta, E.:"A long term prospective study on the outcome of bipolar ...",
World J Biological Psychiatry 2008; 9 (3): 219-224



n: 29 n: 21 a 2 años	Basal Histórico	**Risperidona Inyectable LD (12- 36 meses)**	p <
Hospitalizacion/paciente	2.24	**1**	< 0.006
Tiempo de hospitalización (días)	46	**15**	< 0.001
Tiempo a recaída (días)	262	**527**	< 0.0001
Intentos suicidas	24%	**17%**	< 0,688
Episodios hetero-agresividad	76%	**28%**	< 0.0001

Conclusiones

I

¿ Se puede lograr la adherencia en el Trastorno Bipolar ?

C O N C L U S I O N E S

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

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

¿ Se puede lograr la adherencia en el Trastorno Bipolar ?

C O N C L U S I O N E S

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

- El uso de un antipsicótico inyectable de larga duración presenta una ventana para la mejoría en el largo plazo.

XXV Congreso Argentino de Psiquiatría

"La Salud Mental: Un problema de Salud Pública.
Crisis en la Prevención, el Diagnóstico, y la Terapéutica"

Encuentro Regional del Cono Sur de APAL
22 al 25 abril de 2009 - Sheraton Hotel - Mar del Plata

Con el auspicio de la Asociación Mundial de Psiquiatría

Co-organizado con la Asociación de Psiquiatras de Neuquén

SIMPOSIO

"Optimización de recursos: **Dual, Bipolar, Esquizofrenia"**

MUCHAS GRACIAS

Viernes 25 abril 2009
de 14.30 a 16.30 hs.
Sala Vélez Sársfield
SHERATON HOTEL
MAR DEL PLATA

Julio Moizeszowicz

Director Docente
F. de Docencia e Investigación Psicofarmacológica (FundoPsi),
Ex Profesor de Salud Mental Facultad de Medicina (UBA)