

PSICOSIS Y TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS: CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON LA UTILIZACIÓN DE POLITERAPIA ANTIPSICÓTICA

Martínez-Riera R, Díaz-Digón L, Mateu-Codina G, Vallecillo-Sánchez G, Morro-Fernández L, Francisco-Salas E, Roig-Llesuy J, Castillo-Buenaventura C, Bulbena Vilarrasa A, Torrens-Mèlich M

Unidad de Patología Dual. Institut de Neurociències i Adiccions (INAD). Centre Fòrum-Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona (Spain)

INTRODUCCIÓN

La monoterapia con antipsicóticos se considera el 'gold standard' en el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Sólo 2 de las principales guías clínicas recomiendan el uso de la polifarmacia antipsicótica para aquellos pacientes refractarios a la monoterapia⁽¹⁾.

A pesar de las recomendaciones existentes para la utilización preferente de la monoterapia antipsicótica, la polifarmacia es generalizada y creciente en el tratamiento de la esquizofrenia (se ha pasado del 2% en 1989 al 43% en 1998 en pacientes hospitalizados). Estudios recientes sugieren que la prevalencia de polimedicación se sitúa entre el 25% y el 50% de los pacientes ingresados⁽²⁾. En determinadas situaciones clínicas, el tratamiento combinado con varios antipsicóticos puede resultar superior a la monoterapia⁽³⁾.

OBJETIVOS

Describir las características diferenciales entre los pacientes que reciben tratamiento con dos o más fármacos antipsicóticos (COMBI) y los que reciben monoterapia antipsicótica (MONO), en un grupo de pacientes con psicosis y trastornos por uso de sustancias (TUS) comórbido.

MATERIAL Y MÉTODO

Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y administrativos de todos los pacientes con diagnóstico de psicosis ingresados en una Unidad de Patología Dual a lo largo de un período de 3 años. El diagnóstico psiquiátrico se obtuvo según criterios DSM-IV.

RESULTADOS

Se estudió una muestra de 319 pacientes con diagnóstico de psicosis (226 hombres, con duración del ingreso de $18,9 \pm 15,3$ días) (Tabla 1).

En los pacientes del grupo COMBI (N=177) se observó una mayor proporción de diagnóstico de psicosis primarias y en particular de esquizofrenia (Figura 1), una mayor prevalencia de TUS por cannabis (49,7% vs 36,6%; $p=0,023$) y un mayor número de TUS comórbidos (Figura 2).

Mediante la utilización de las escalas de gravedad global GEP y GAF se pudo observar como los pacientes del grupo COMBI presentaron una mayor gravedad tanto al principio como al final del ingreso (Tabla 2).

Tabla 1. Diferencias sociodemográficas y clínicas significativas entre ambos grupos

	COMBI N=177	MONO N=142	p
Datos Sociodemográficos			
Edad (años) [media, d.s.]	40,4±10,8	39,6±10,7	NS
Sexo (hombres)	71,2%	70,4%	NS
Estado civil (solteros)	50,3%	50,4%	NS
Nivel estudios (estudios secundarios)	51,0%	51,2%	NS
Datos clínicos			
Infección VIH	10,7%	14,8%	NS
Infección VHBc	19,8%	19,0%	NS
Infección VHC	23,7%	26,1%	NS
Coinfección VIH-VHC	9,8%	15,0%	NS
Motivo de ingreso			
Alucinaciones/Delirios	34,1%	34,8%	NS
Ideación suicida	22,0%	19,1%	
Otros	43,9%	46,1%	
Droga principal			
Cocaína	27,9%	26,2%	NS
Alcohol	45,3%	41,8%	
Heroína	5,8%	5,7%	
Metadona	1,7%	1,4%	
Sedantes	4,1%	7,1%	
Estimulantes	3,5%	2,1%	
Cánnabis	10,5%	14,9%	
Número de TUS Comórbidos	1,89±0,9	1,6±0,9	<0,01**
Diagnóstico no-TUS Eje I y Eje II	18,6%	17,6%	<0,01**
Psicosis primaria	92,7%	81,0%	<0,01**
Tratamiento previo al ingreso			
Antiparkinsoniano	31,6%	17,6%	<0,01**
Anticraving	5,6%	1,7%	0,068
Tratamiento clozapina al final del ingreso	15,8%	2,8%	<0,001**

**P < .05; la ausencia de * indica no significancia.

Tabla 2. Diferencias de gravedad clínica entre ambos grupos

	COMBI N=177	MONO N=142	p
GAF			
Inicial	40,2±11,7	37,13±13,1	0,05**
Final	58,8±14,9	53,81±14,4	<0,01**
GEP			
Inicial	17,32±6	17,08±5,02	NS
Final	12,8±5,5	10,8±5,3	0,05**
Final-Inicial	31,34±16,6	38,2±20,8	NS

**P < .05; la ausencia de * indica no significancia.

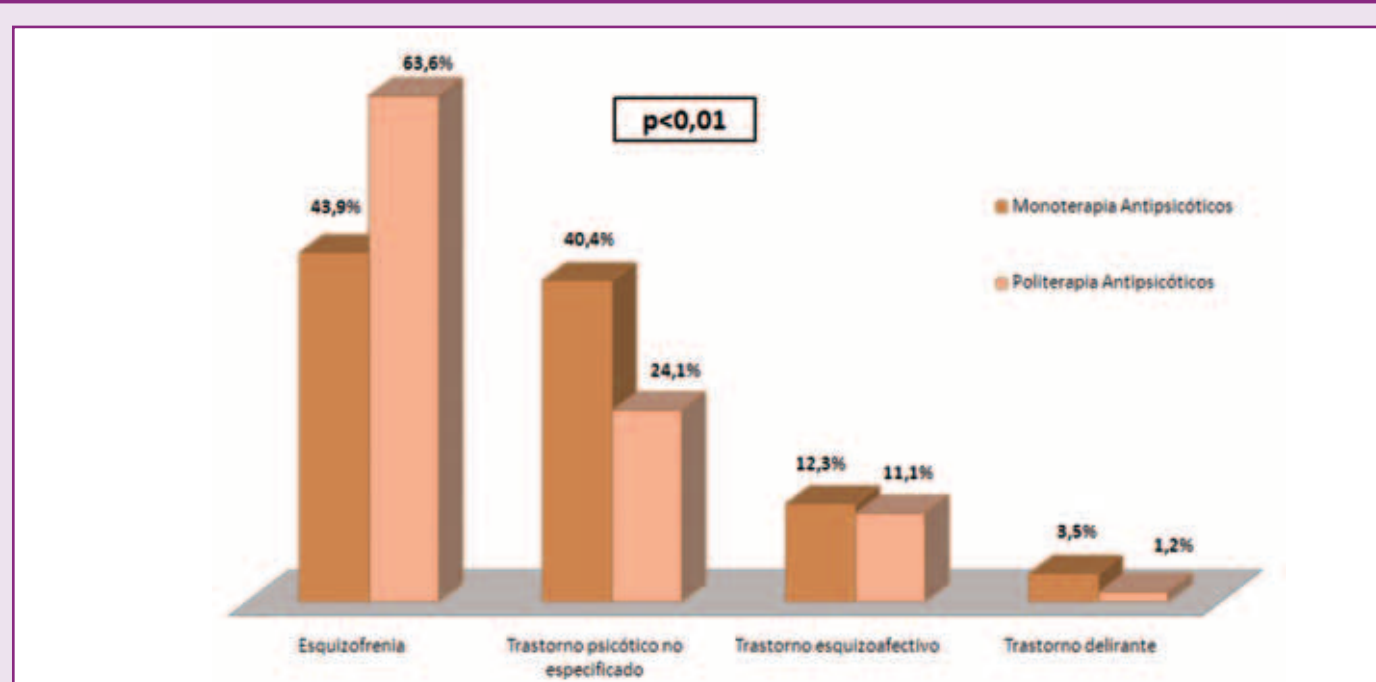


Figura 1. Descripción comparativa de los diversos diagnósticos de psicosis en ambos grupos

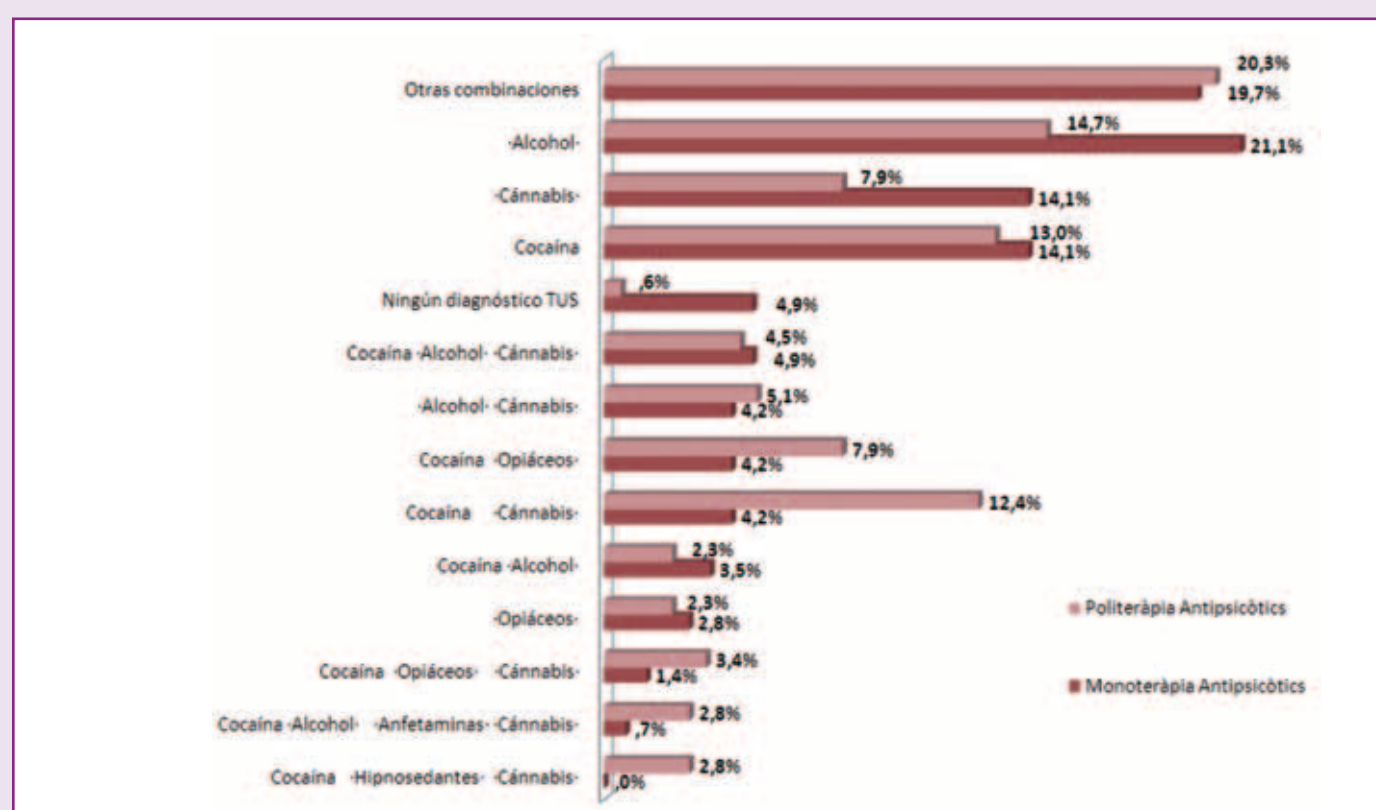


Figura 2. Descripción de las diversas combinaciones de trastornos por uso de sustancias en ambos grupos

CONCLUSIONES

Existe un subgrupo de pacientes psicóticos que no responden adecuadamente a monoterapia antipsicótica y que se caracterizan en nuestro estudio por una mayor gravedad clínica y comorbilidad con TUS (especialmente cánnabis). A nivel farmacológico tienen un mayor requerimiento de tratamientos antiparkinsonianos así como una mayor prevalencia de resistencia al tratamiento antipsicótico requiriéndose en muchos casos tratamiento con clozapina.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Lerma-Carrillo I. Antipsychotic polypharmacy in patients with schizophrenia in a brief hospitalization unit. Clin Neuropharmacol 2008;31(6):319-Dec.
- (2) Ranceva N. Antipsychotic polypharmacy in outpatients at Birch Hill Hospital: incidence and adherence to guidelines. J Clin Pharmacol 2010;50(6):699-704.
- (3) Correll CU. Antipsychotic combinations vs monotherapy in schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials. Schizophr Bull 2009;35(2):443-57.