

# Patología Dual y Benzodiazepinas

Carla Contreras Narváez  
MIR3  
Hospital de Mataró  
ConSORCI Sanitari del Maresme

# Índice

- **Caso Clínico.**
- **Uso de Benzodiazepinas en Patología Dual.**
- **Preguntas y Comentarios.**

# Caso Clínico

- **Motivo de Consulta:**

Paciente de sexo masculino de 35 años consulta en UCIAS traído por sus padres por alteración de conducta en domicilio en contexto de consumo de tóxicos.

# Caso Clínico

- **Antecedentes Somáticos:**

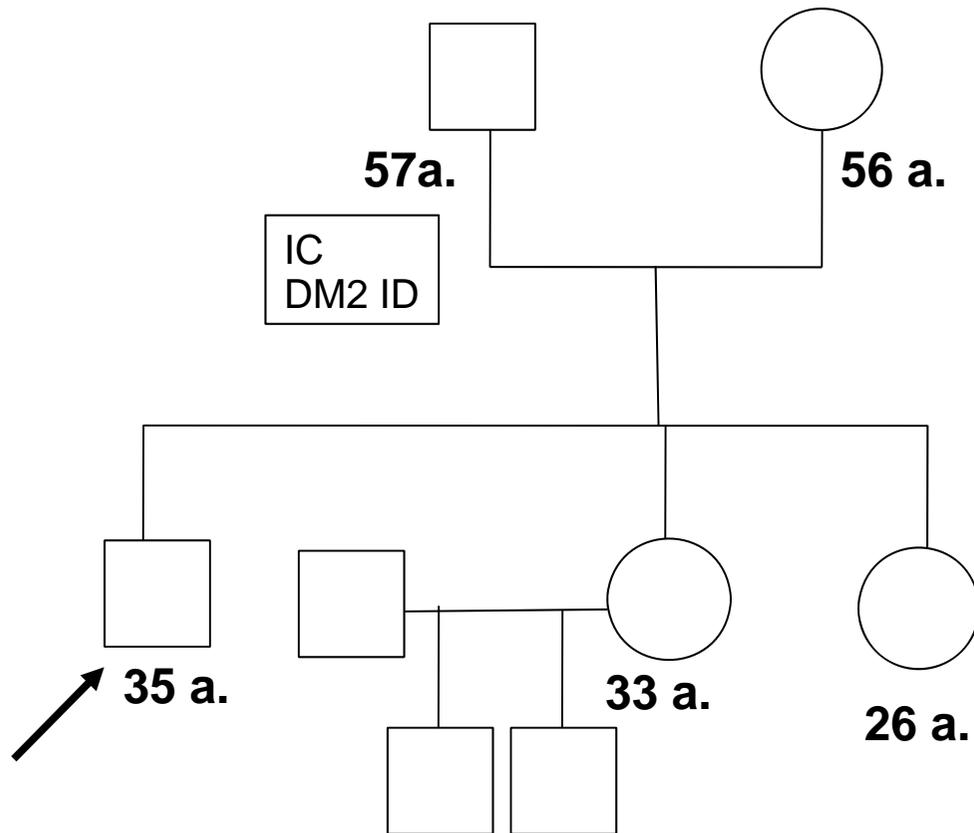
- No AMC.

- Asma Bronquial.

- IQ: ruptura de ligamento cruzado anterior de rodilla izquierda a los 19 años.

- **No presenta antecedentes Psiquiátricos familiares.**

# Psicobiografía



- Natural de Badalona.
- A los 8 años cambio de domicilio a Vilassar de Dalt.
- Padres trabajan en taller mecánico propio.

# Psicobiografía

Embarazo normal.  
Parto vaginal eutócico.

Nacimiento



37 a.



# Psicobiografía

Embarazo normal.  
Parto vaginal eutócico.

Nacimiento



37 a.

2 primeras semanas  
en incubadora.  
Lactancia artificial.

# Psicobiografía

Embarazo normal.  
Parto vaginal eutócico.

Nacimiento



37 a.

2 primeras semanas  
en incubadora.  
Lactancia artificial.

Desarrollo psicomotor  
normal.

# Psicobiografía

Embarazo normal.  
Parto vaginal eutócico.

Nacimiento



37 a.

2 primeras semanas  
en incubadora.  
Lactancia artificial.

Desarrollo psicomotor  
normal.

No signos de  
neurosis infantil.

# Psicobiografía

Embarazo normal.  
Parto vaginal eutócico.

Nacimiento

37 a.

1,5 - 3 años  
guardería

# Psicobiografía

Embarazo normal.  
Parto vaginal eutócico.

Nacimiento

3 a.

Colegio

37 a.

# Psicobiografía

Embarazo normal.  
Parto vaginal eutócico.

Nacimiento

3 a.

Colegio

Buena adaptación.  
Rendimiento en la media.

37 a.

# Psicobiografía

Embarazo normal.  
Parto vaginal eutócico.

Nacimiento

3 a.

Colegio

8 a.

Cambio  
De  
Domicilio

37 a.

# Psicobiografía

Embarazo normal.  
Parto vaginal eutócico.

Nacimiento

3 a.

Colegio

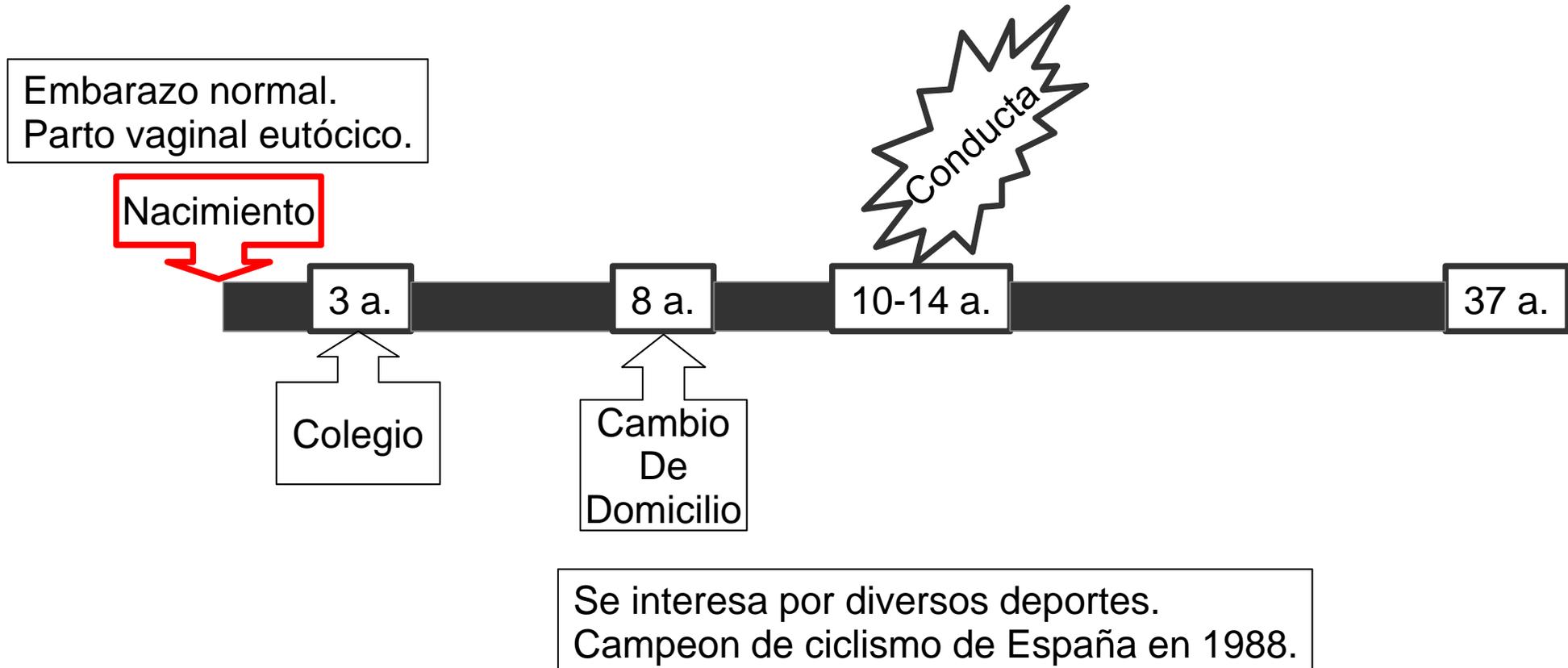
8 a.

Cambio  
De  
Domicilio

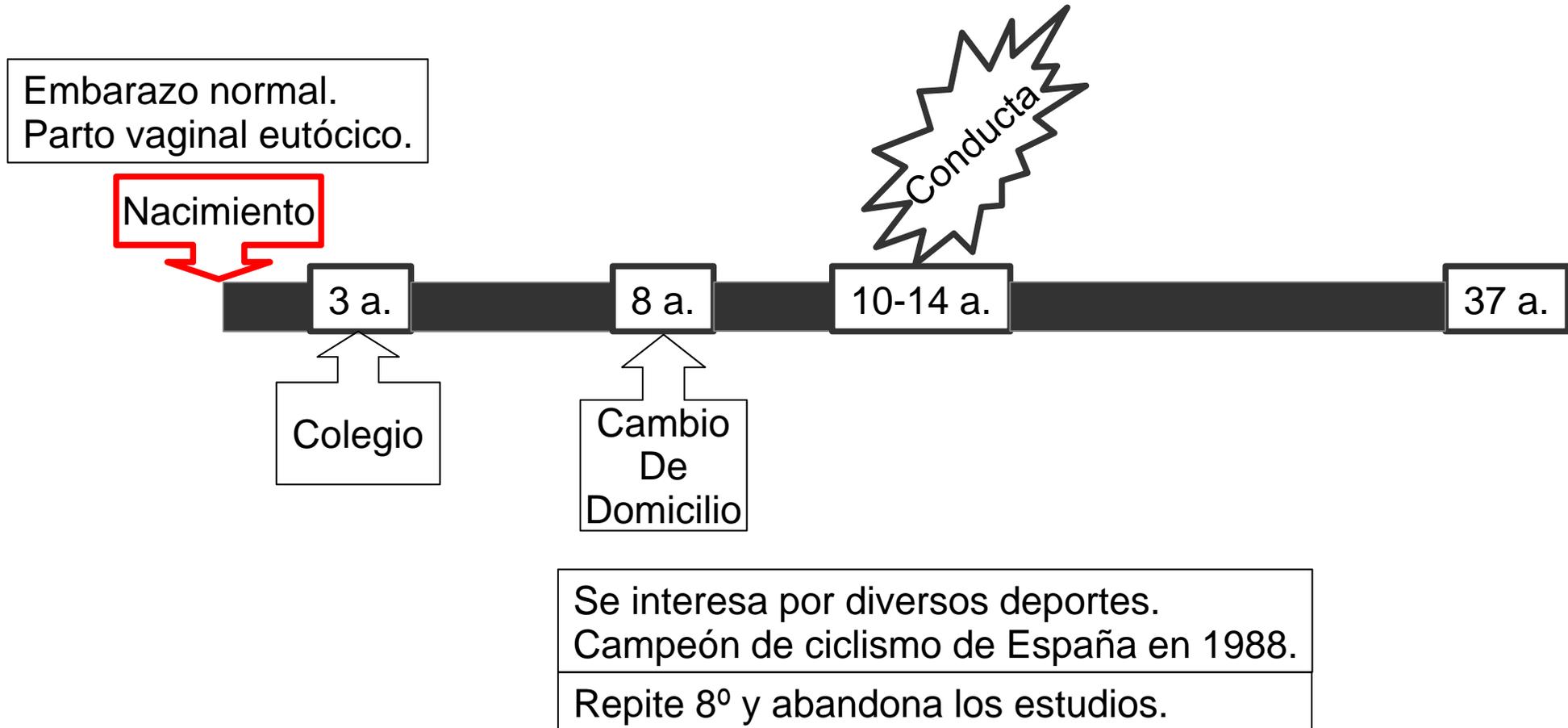
Cambio de colegio.  
Repite 3º primaria.

37 a.

# Psicobiografía



# Psicobiografía



# Psicobiografía

Embarazo normal.  
Parto vaginal eutócico.

Nacimiento

3 a.

Colegio

8 a.

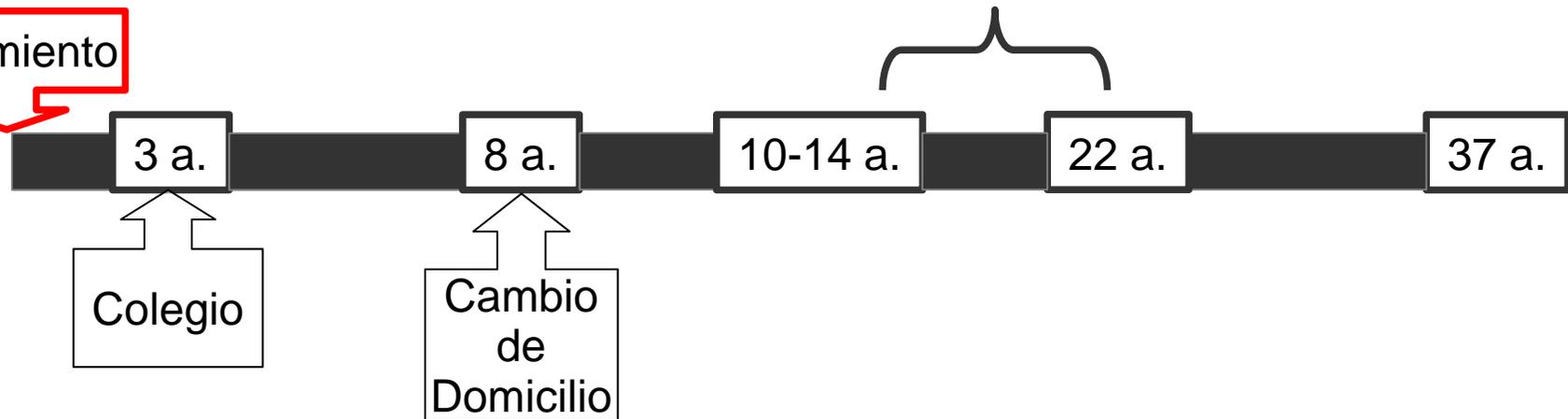
Cambio  
de  
Domicilio

10-14 a.

22 a.

37 a.

Diversos cursos de mecánica que  
no finaliza.  
Trabajos esporádicos en talleres.



# Psicobiografía

Embarazo normal.  
Parto vaginal eutócico.

Nacimiento

3 a.

Colegio

8 a.

Cambio  
de  
Domicilio

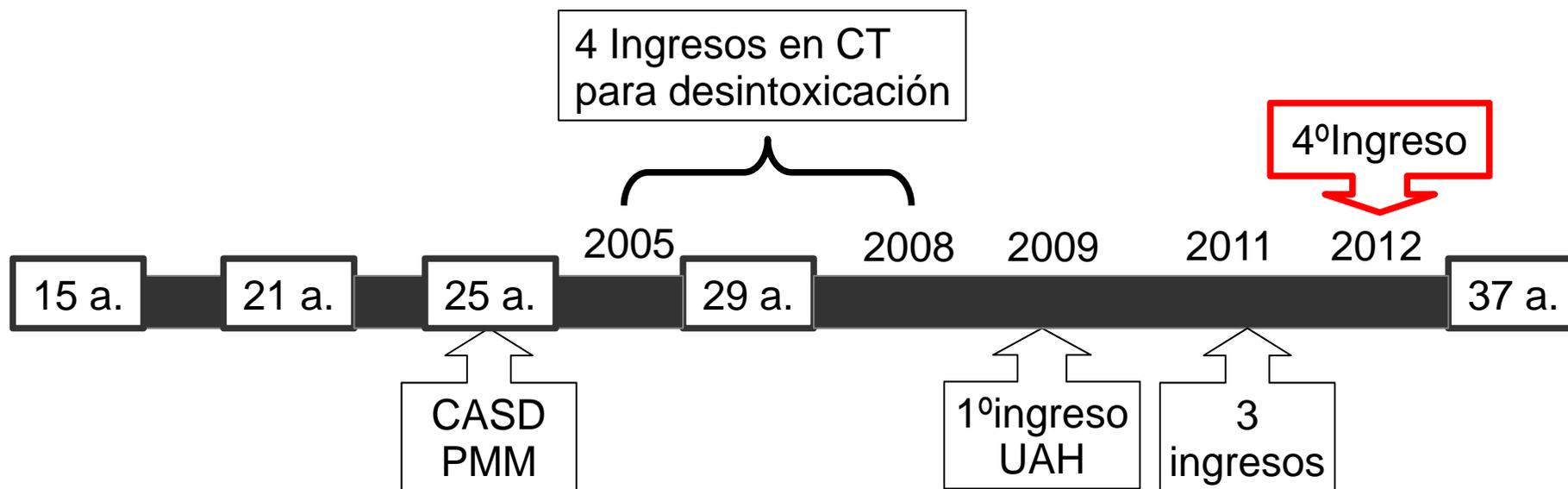
10-14 a.

30 a.

37 a.

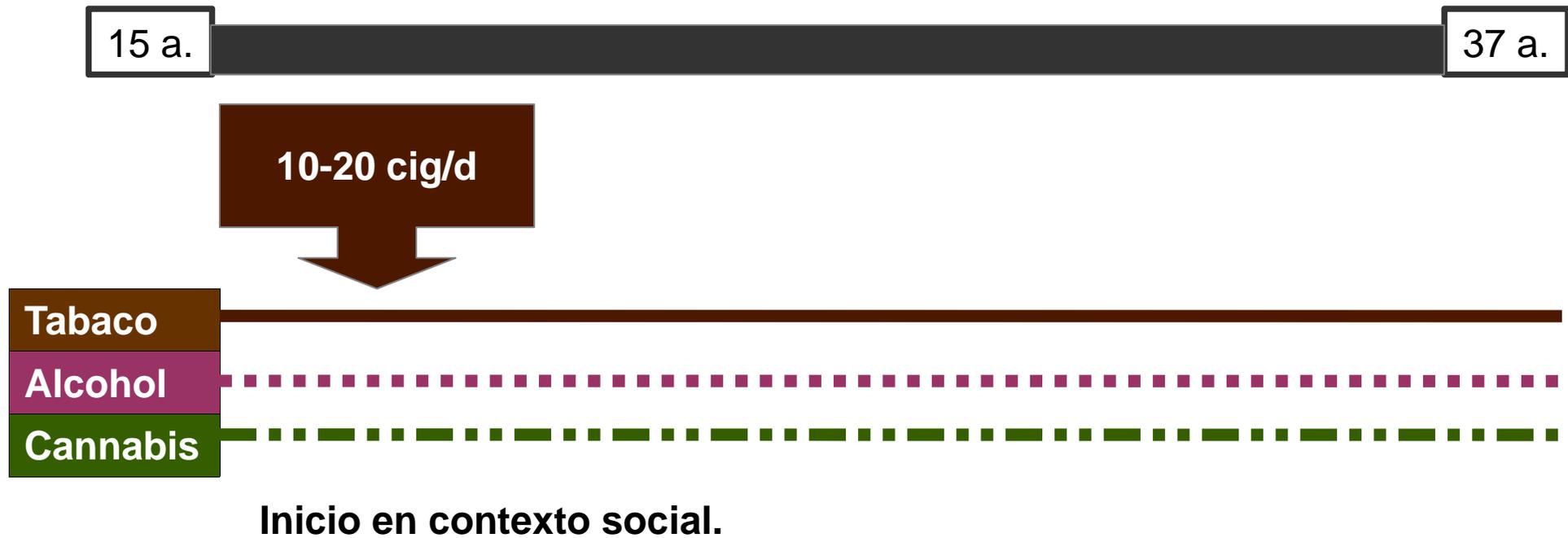
**Desde los 30 años vive con sus  
padres.  
No trabaja. Desde 2011 recibe PIRMI.  
Soltero, no tiene hijos.  
Escasa actividad social.  
Relación familiar aceptable.**

# Antecedentes Psiquiátricos Personales



Tabaco	—————
Alcohol	- - - - -
Cannabis	- - - - -
Cocaína	—————
Heroína	—————
BZD	—————

# Hábitos Tóxicos:



# Hábitos Tóxicos:

15 a.

37 a.

2-6 UBE/semana

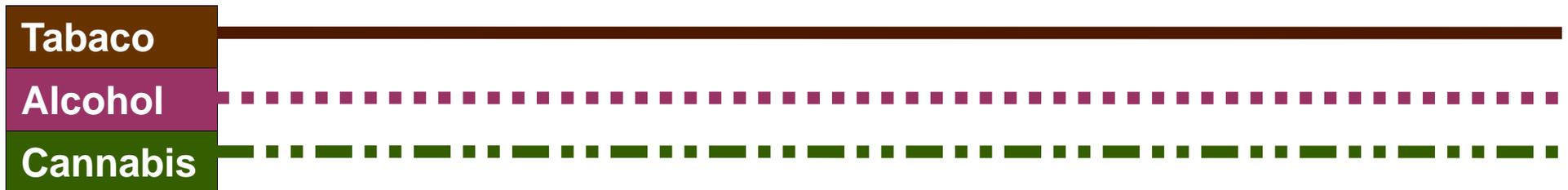
Tabaco

Alcohol

Cannabis

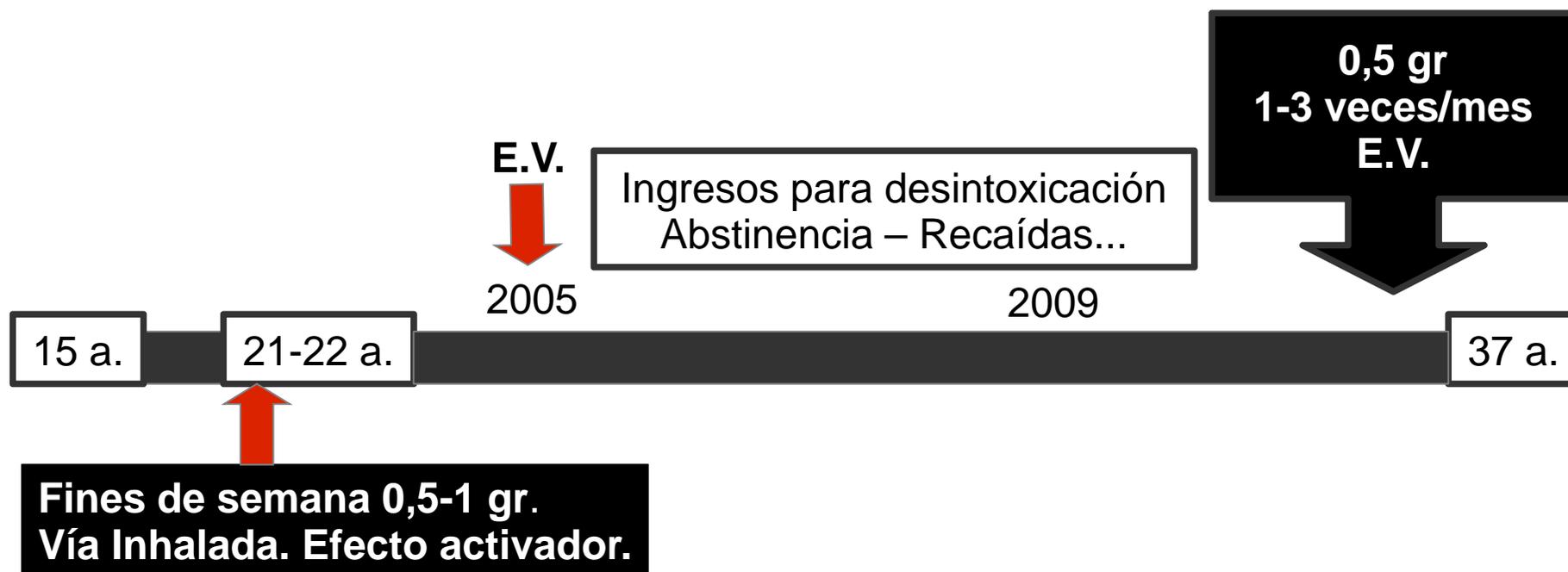
Inicio en contexto social.

# Hábitos Tóxicos:

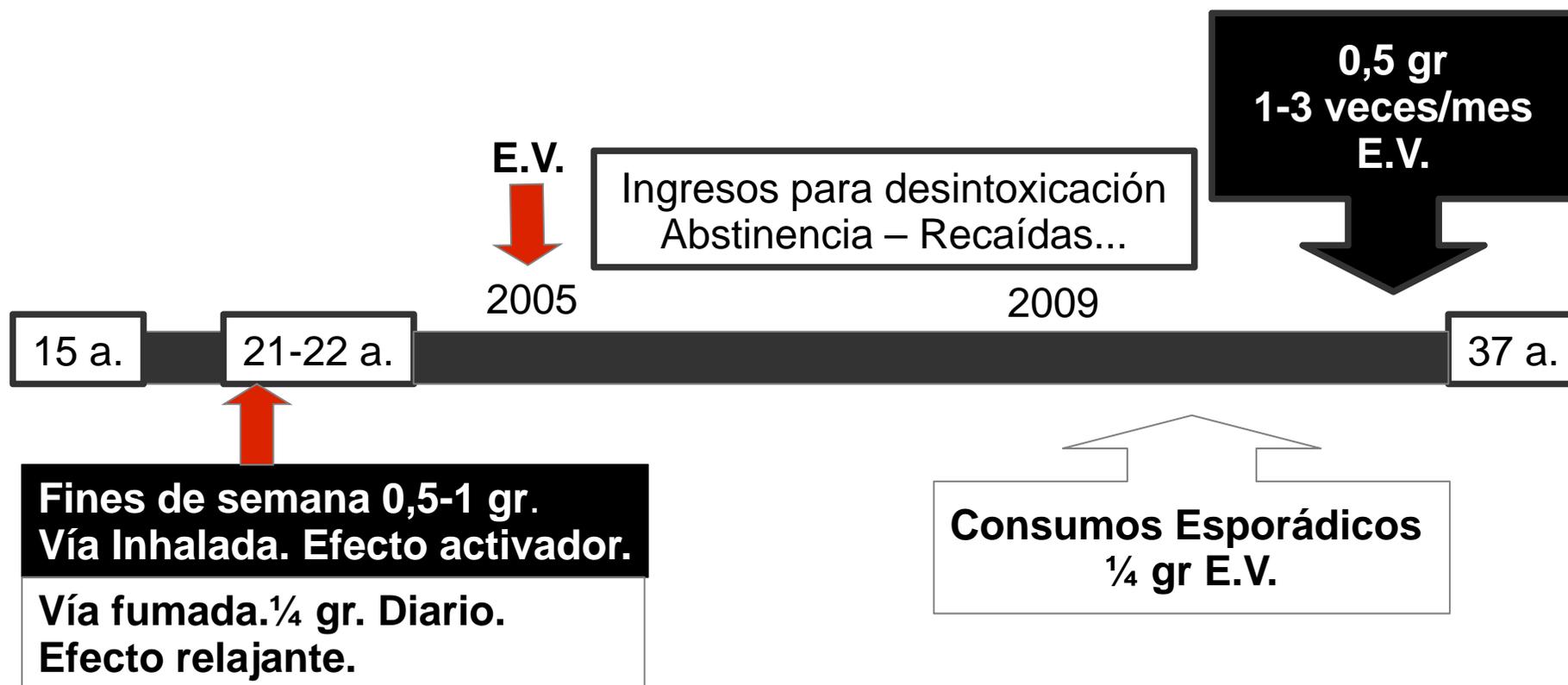


**Inicio en contexto social.  
Efecto ansiolítico, somnífero.  
Consumo constante de 1-3 U/d con períodos de meses de abstinencia.**

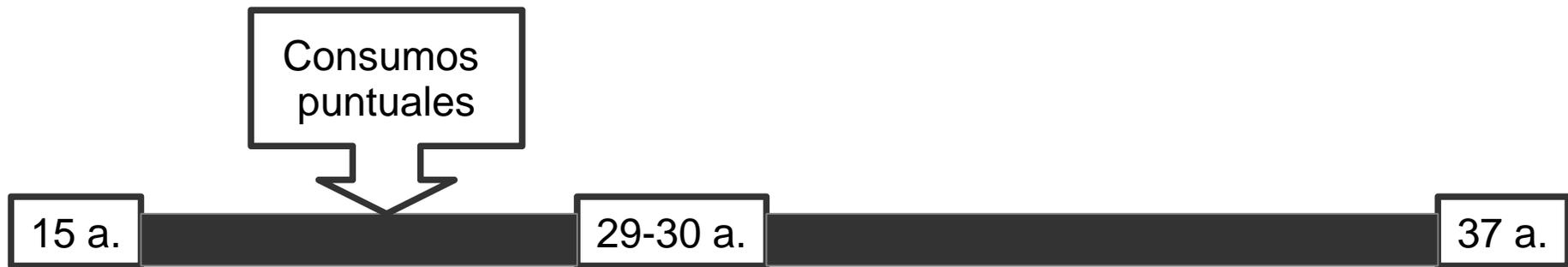
# Hábitos Tóxicos: Cocaína y Heroína



# Hábitos Tóxicos: Cocaína y Heroína

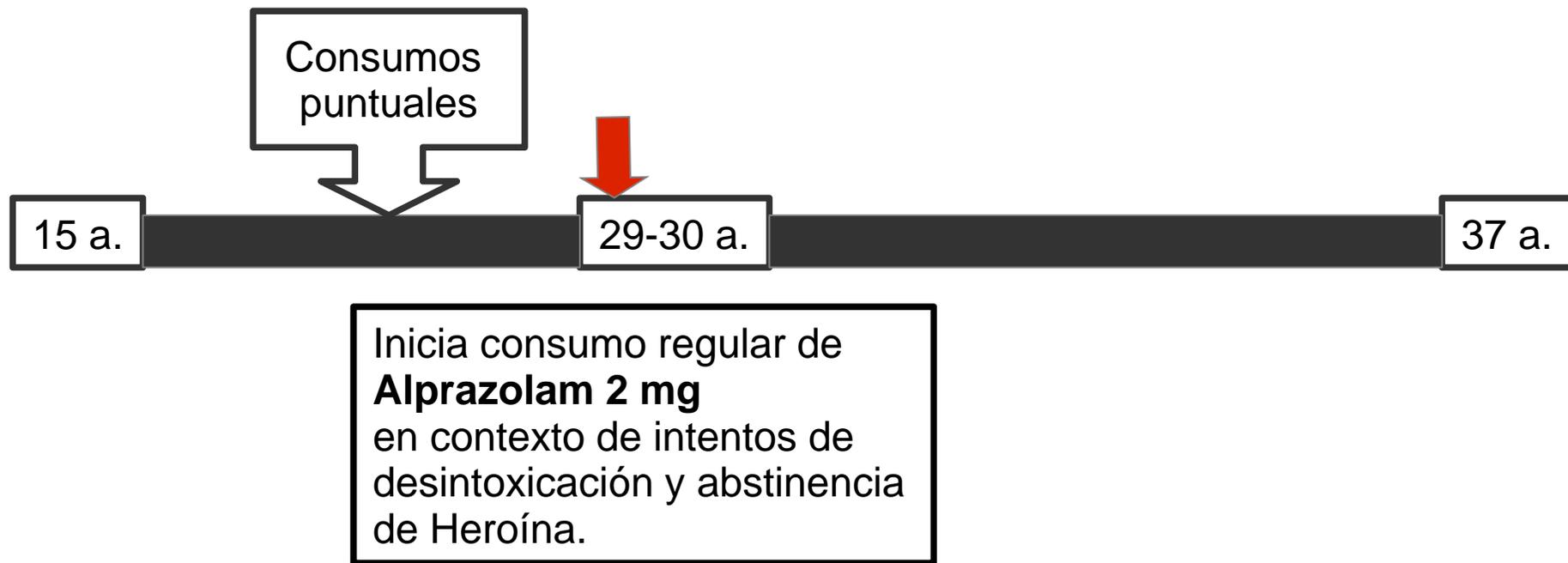


# Hábitos Tóxicos: BZD



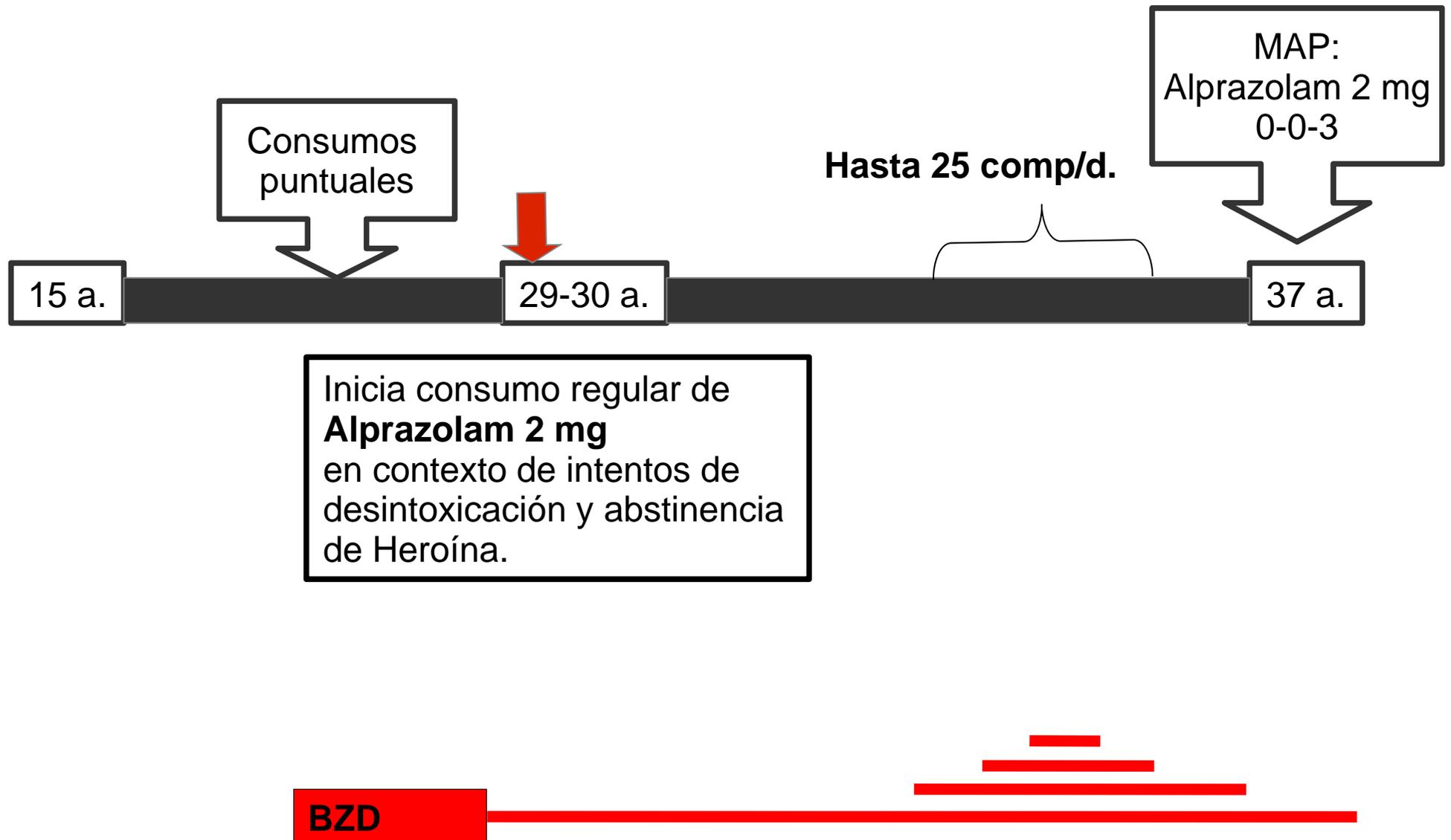
**BZD**

# Hábitos Tóxicos: BZD

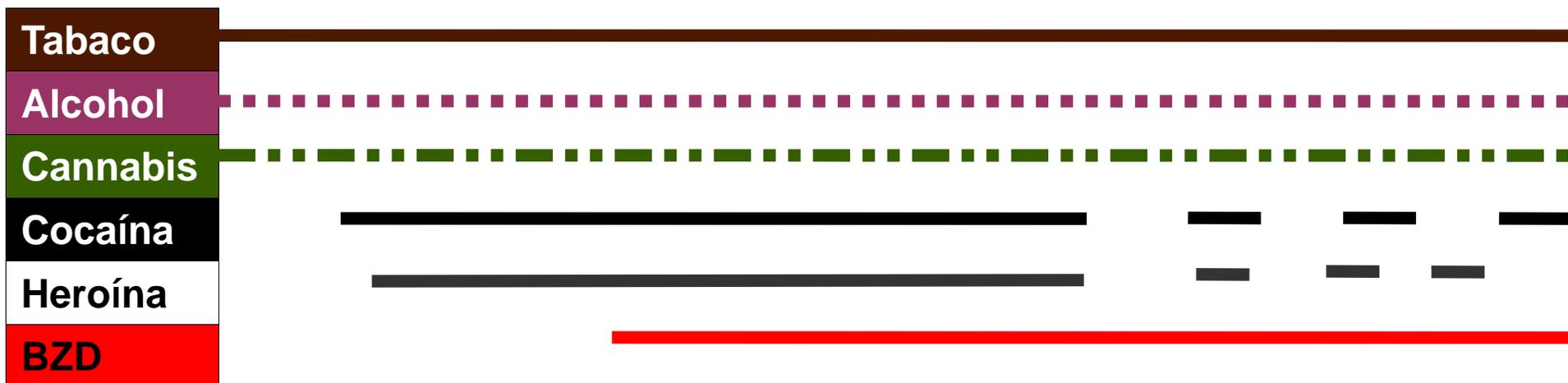
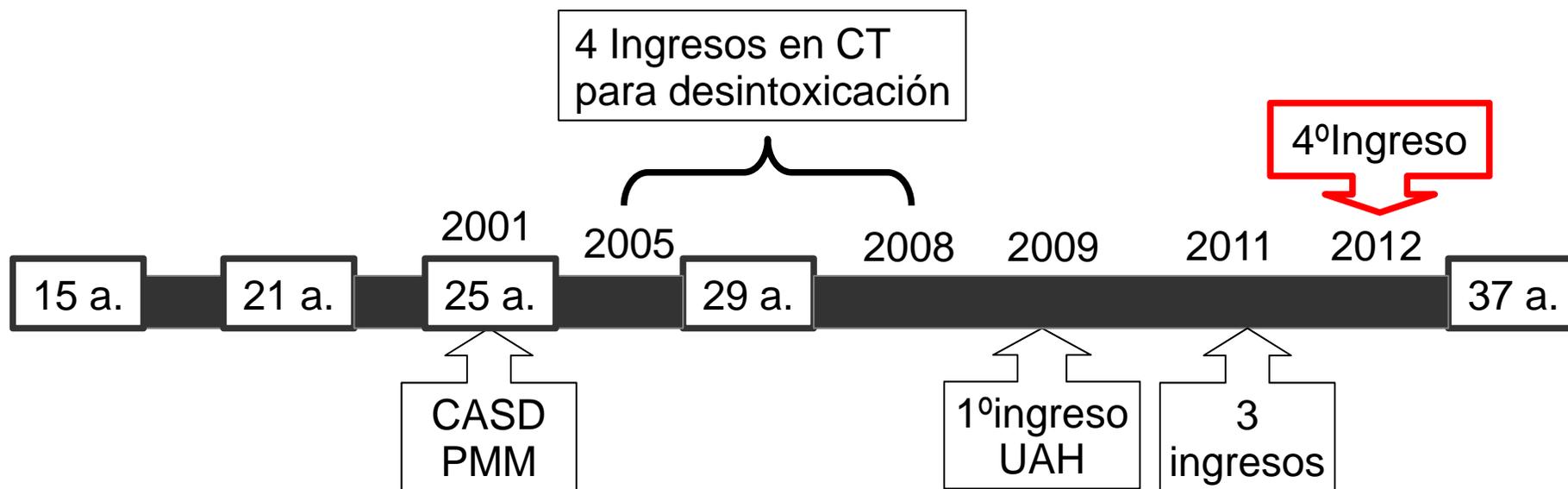


**BZD**

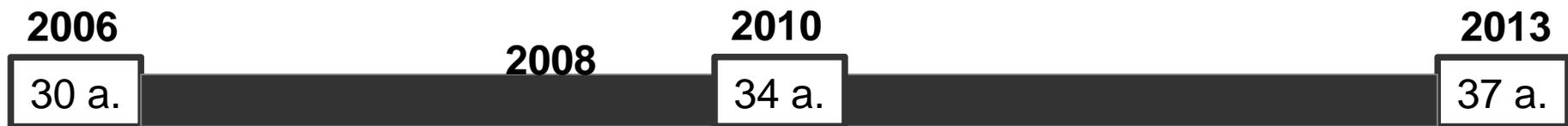
# Hábitos Tóxicos: BZD



# Antecedentes Psiquiátricos Personales



# Evolución:



Junio '06  
Ingreso en UHD  
Al alta:  
ALPRAZOLAM 2 mg/d.

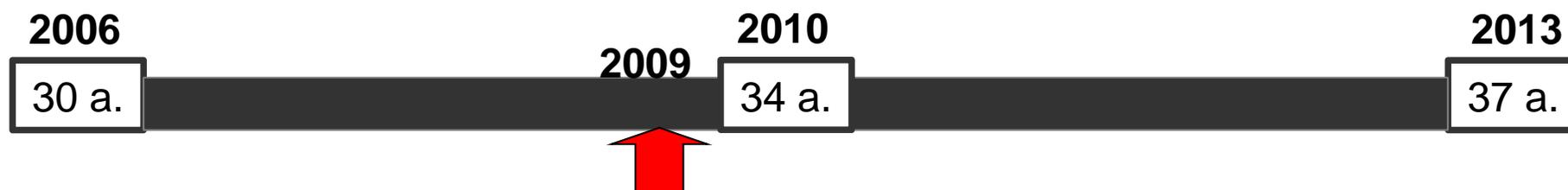
# Evolución:



**Abril '08**  
cuadro febril  
alucinaciones visuales y  
auditivas.  
Cocaína E.V.  
Al alta:  
Diazepam 30 mg/d.

# Primer Ingreso Unidad de Agudos:

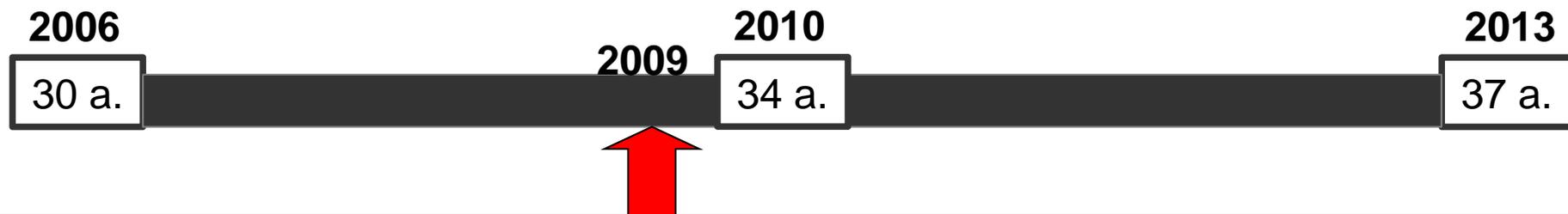
**MC: ingresa proveniente de UCIAS por clínica maniforme.**



EA	cuadro clínico de 4 semanas de evolución caracterizado por cambios de humor repentinos y verbalización de ideas “extrañas”.
EP	Ideación delirante autorreferencial, de perjuicio y megalomaniaca de base principalmente interpretativa no estructurada (él ayudaría a la policía a saber el paradero de traficantes de droga...).
TO	<b>BZD+</b> , THC+, Cocaína -, Opiáceos -.
	<b>OD: Episodio maníaco con síntomas psicóticos.</b> Se inicia Valproato. Olanzapina hasta 40 mg/d y <b>Diazepam hasta 40</b> mg/d en pauta descendente.

# Primer Ingreso Unidad de Agudos:

**MC:** ingresa proveniente de UCIAS por clínica maniforme.



## **Evolución:**

- A las cuatro semanas de ingreso mantiene clínica maniforme y escasa conciencia de enfermedad.

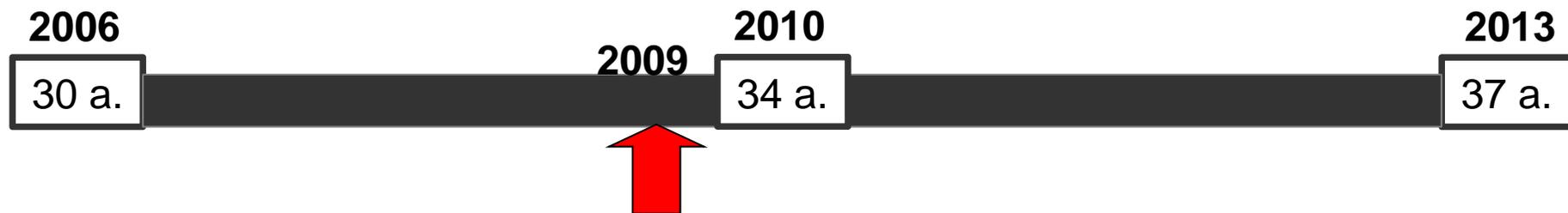
**PLAN:** Traslado a centro de subagudos para continuar tratamiento.

## **Tratamiento:**

- Olanzapina 10 mg 40mg/d
- Valproato 1000 mg/d
- Risperidona depot 75mg/15 d IM
- **Diazepam 10 mg/d en pauta desc.**

# Primer Ingreso Unidad de Agudos:

**MC: ingresa proveniente de UCIAS por clínica maniforme.**



## Diagnósticos al alta DSM IV TR:

**Eje I:** T. Esquizoafectivo tipo bipolar.  
T. Dependencia de varias sustancias.

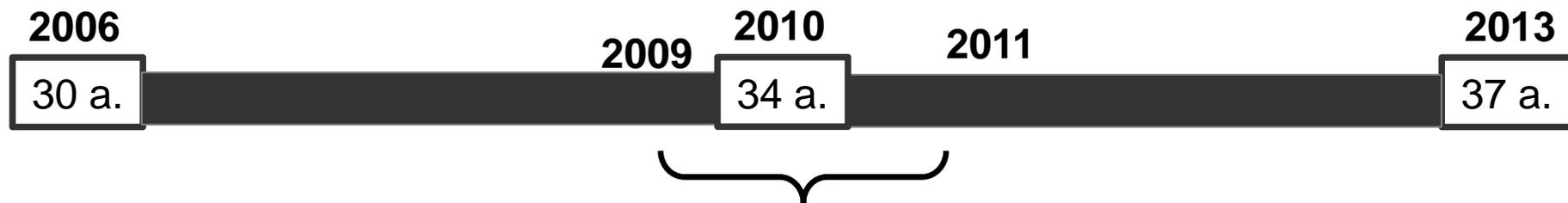
**Eje II:** Sin diagnóstico.

**Eje III:** Sin diagnóstico.

**Eje IV:** Sin diagnóstico.

**Eje V:** EEAG al ingreso 25    EEAG al alta 50

# Subagudos



## Agosto - Septiembre 2009

Al alta en tratamiento con Quetiapina 300mg/d y **Lorazepam 5 mg/d.**

Tras el alta recaída tóxicos. Reconsulta en UCIAS. Es rederivado a Sub Agudos.

## Septiembre 2009 – Octubre 2009

Al alta en tratamiento con Risperidona 4 mg/d y **Lorazepam 5 mg/d.**

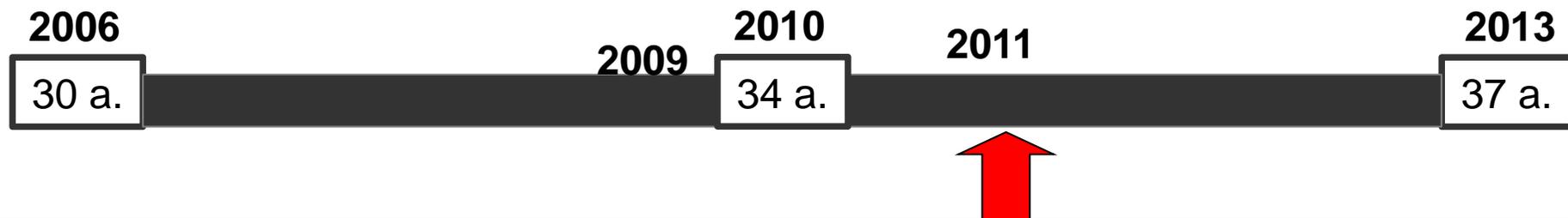
Tras el alta recaída. Reconsulta en UCIAS en Diciembre 2010. Rederivado a Subagudos.

## Diciembre 2010 - Febrero 2011

Tratamiento: **Haloperidol 5mg/d**, Biperideno 4 mg/d y **Alprazolam 3 mg/d.**

# 2º Ingreso Unidad de Agudos:

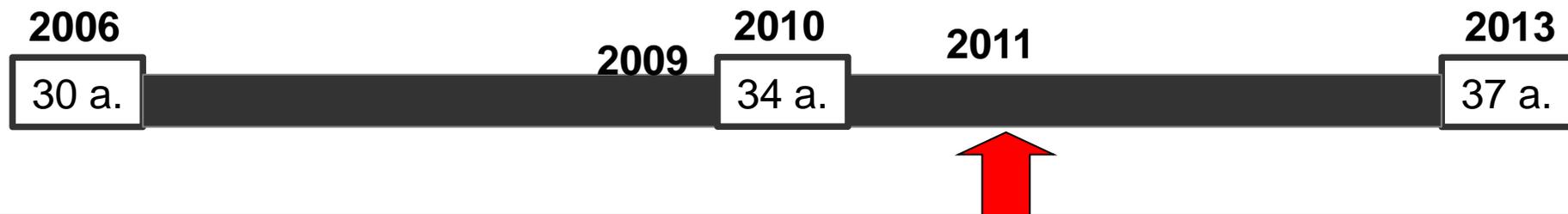
**MC: ingresa proveniente de UCIAS por clínica depresiva.**



EA	Describe desinterés generalizado, abandono de la higiene personal, cefalea y vértigo.
EP	Discurso coherente. No clínica psicótica. Ideación de muerte no estructurada.
Ex	Tóxicos en orina (-).
	Se orienta como posible sintomatología negativa (Haloperidol) Vs síntomas depresivos. Se retira el Antipsicótico manteniendo la clínica depresiva.

# 2º Ingreso Unidad de Agudos:

**MC:** ingresa proveniente de UCIAS por clínica depresiva.



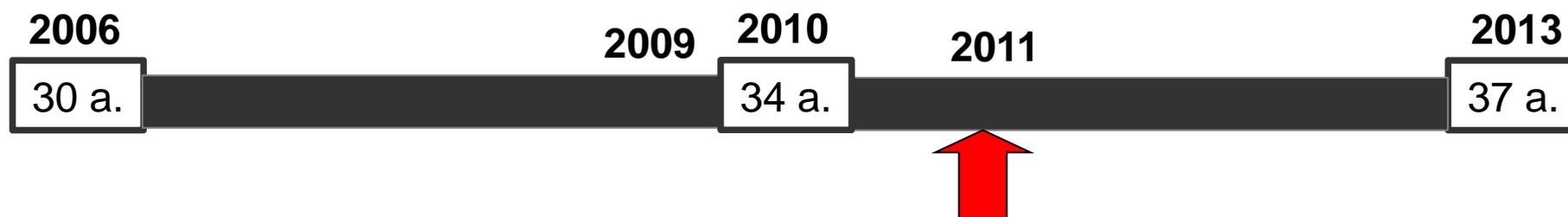
## **Evolución:**

- Se inicia Venlafaxina hasta 375 mg/d y Valproato hasta 1000 mg/d, requiriendo 2º eutimizante vs potenciador Sales de Litio 800 mg/d. Buena respuesta.

**PLAN:** Alta a su domicilio.

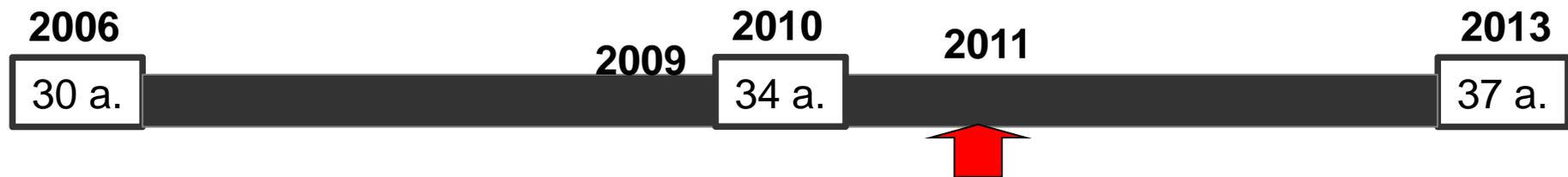
# 3º Ingreso Unidad de Agudos:

**MC: ingresa proveniente de UCIAS por alteración de conducta en contexto de Intoxicación por cocaína EV.**



EA	2 semanas de evolución de abandono de tratamiento. Consumo de tóxicos: Cocaína y heroína E.V. y alcohol.
EP	Irritabilidad, disforia. Taquipsiquia subjetiva. Ansiedad somática importante. Logorreico con pérdida del hilo conductor. No alteraciones del contenido del pensamiento. Inquietud psicomotriz. Disminución de las horas de sueño. Nulo insight.
Ex	Tóxicos en orina Cocaína+. <b>BZD + (niega consumo)</b> , Etanol 70 mg/dL. Litemia 0,3. Se reinicia doble eutimización (Litio y Valproato) y tratamiento antipsicótico con Olanzapina hasta 30 mg/día.

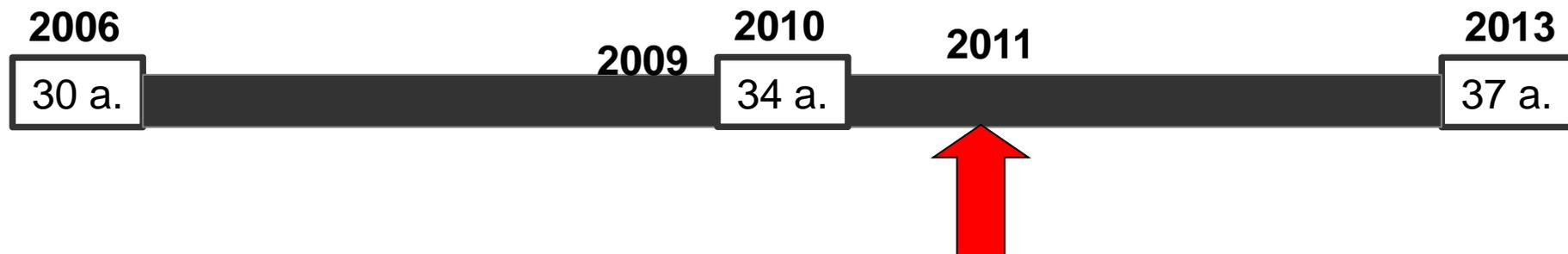
# 3º Ingreso Unidad de Agudos:



**El 8º día de ingreso inicia cuadro fluctuante:**

- alteración de conciencia (inatención)
- fallos de la memoria
- alteración del lenguaje
- desorientación
- alucinaciones táctiles, visuales y auditivas.

# 3º Ingreso Unidad de Agudos:



El 8º día de ingreso inicia cuadro fluctuante:

- alteración de conciencia (inatención)
- fallos de la memoria
- alteración del lenguaje
- desorientación
- alucinaciones táctiles, visuales y auditivas.

 TAC y analítica normales.

# 3º Ingreso Unidad de Agudos:



El 8º día de ingreso inicia cuadro fluctuante:

- alteración de conciencia (inatención)
- fallos de la memoria
- alteración del lenguaje
- desorientación
- alucinaciones táctiles, visuales y auditivas.

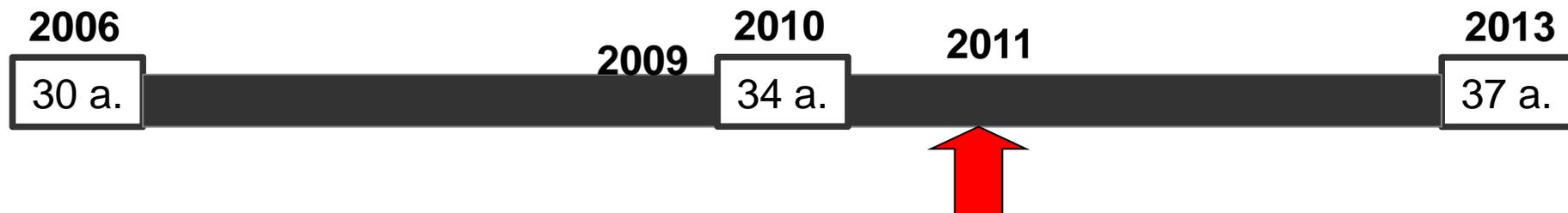
 TAC y analítica normales.

**DELIRIUM POR ABSTINENCIA A BZD**

Cede con Diazepam 50 mg/día.

**El paciente admite haber tomado Alprazolam 2 mg 20 comprimidos/día antes del ingreso.**

# 3º Ingreso Unidad de Agudos:



**Al alta se revincula a CSM y CASD de zona**

## Tratamiento al alta:

- Valproato 800 mg/d.
- Sales de Litio 100m mg/d.
- Olanzapina 7,5 mg/d
- **Diazepam 30 mg/d.**

# Resumen:

1. Paciente politoxicómano que inicia consumo habitual de BZD en contexto de desintoxicación de heroína.
2. Presenta un primer episodio psicótico en período de abstinencia a opiáceos y cocaína (THC+ BZD+).
3. Mantiene la sintomatología tras la abstinencia orientándose como Trastorno Esquizoafectivo tipo Bipolar.
4. Evolución tórpida, mantiene el consumo de tóxicos destacando una escasa conciencia de enfermedad así como una baja adherencia terapéutica.
5. Mantiene el consumo de BZD prescritas y no prescritas.
6. Episodio de delirium por abstinencia a BZD.

# Patología Dual: definición

- Presencia de un trastorno adictivo y un trastorno mental en un individuo, en un período concreto (Volkow,2007).
- La coexistencia de estas entidades podría deberse a un origen común, así como a la situación de que la existencia de una determine el surgimiento de la otra.
- Estudios prospectivos describen una mayor probabilidad de presentar trastorno por uso de sustancias en personas con un trastorno psiquiátrico de base (Grant et al., 2009; Hasin, Stinson, Ogburn & Grant, 2007; Huang et al., 2009; Lenzenwenger, Lane, Loranger & Kessler, 2007).

# Patología Dual: epidemiología

- Estudios epidemiológicos en población general:
  - ECA (1990)
  - NCS (National Comorbidity Survey, 1997)
  - NCSR (National Comorbidity Survey Replication, 2005)
  - NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, 2004).
- Todos muestran que distintos trastornos psiquiátricos tienen fuertes vínculos con el uso de alcohol y otras drogas, siendo la relación causal más elevada para dependencia que para abuso (Compton WM et al AM J Psychiatry 2005).

# Patología Dual: epidemiología

- En EEUU 6 de cada 10 pacientes que consultan por trastorno por uso de sustancias presenta patología Dual (Compton WM, Thomas YF, Conway KP, Colliver JD. Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders. Am J Psychiatry. 2005 Aug;162(8):1494-502).
- En España se estima una prevalencia de Patología Dual de **53.3%** (Szerman, N., Arias, F., Vega, P., Babin, F., Mesias, B., Basurte, I. ... Poyo, F. (2013) “Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente” Adicciones 25, 118-127).

# Patología Dual Y BZD

- Las BZD constituyen los psicofármacos mas frecuentemente prescritos en el mundo (Coach 1990).
- Estudios revelan que el abuso de BZD en EEUU se ha triplicado entre 1998 y 2008 (SAMHSA, 2011).
- Comunmente se usan en conjunto con otras drogas, las mas frecuentes, los opioides (Crane and nemanski, 2004, SAMHSA, 2001).

# Patología Dual Y BZD

- Respecto a la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con trastorno por uso de Benzodiazepinas se describe:
  - 75% en EEUU (estudio ECA, Rieger et al., 1990).
  - 100% en Eje I y 50 % en Eje II en España (Martínez-Cano H, de Iceta Ibáñez de Gauna M, Vela-Bueno A, Wittchen H. DSM-III-R comorbidity in benzodiazepine dependence. Addiction. 1999 Jan;94(1):97-107).
- La recomendación general es a usar BZD en un período corto de tiempo debido a su riesgo de crear dependencia (Gorgles et al.,2001).
- En pacientes con patología dual su uso es controversial.

# Uso de BZD en Patología Dual

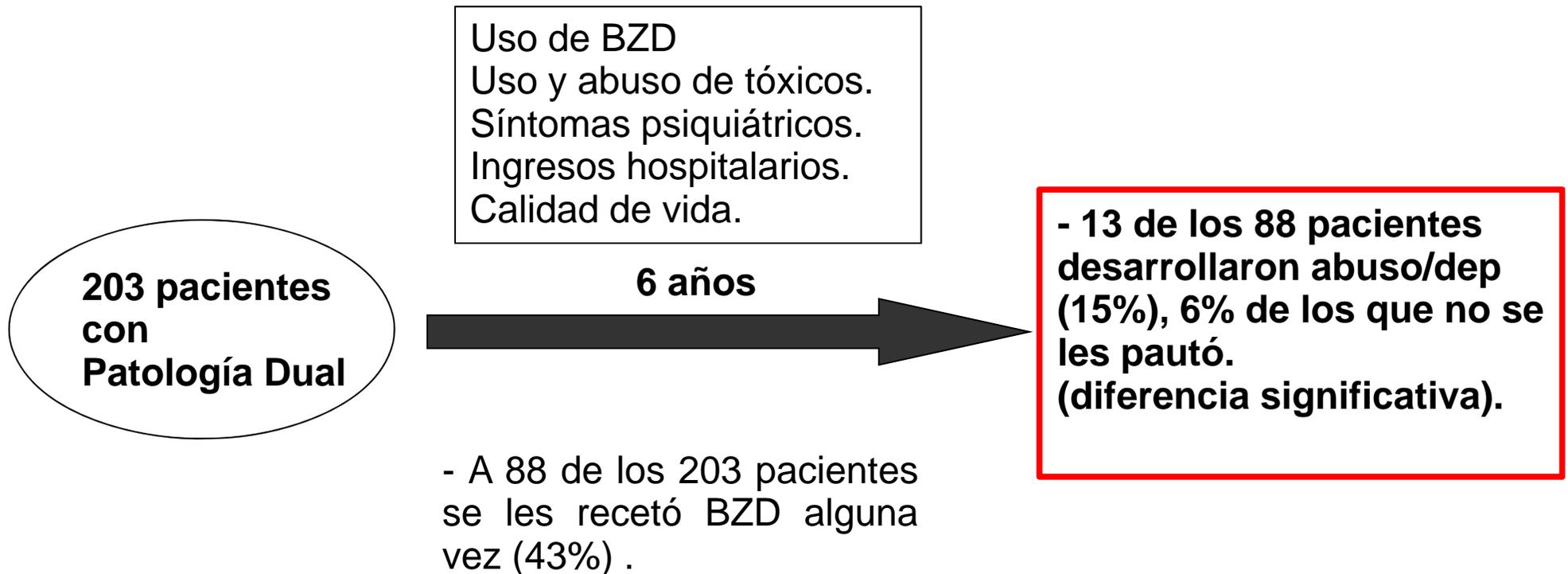
- **A favor:**

- Utilidad indiscutida en ansiedad.
- Alivio de efectos secundarios de otros psicofármacos.
- Algunos expertos recomiendan su uso bajo supervisión (Ciraulo 1988).

- **En contra:**

- Pueden exacerbar un trastorno por uso de sustancias.
- Pueden iniciar un trastorno por uso de sustancias.

# Uso de BZD en Patología Dual



# Uso de BZD en Patología Dual

## Conclusiones:

- A un alto número de pacientes en patología dual se les prescriben BZD.
- Un alto número de dichos pacientes desarrollan adicción a BZD.
- La prescripción de BZD parece no contribuir a la mejoría clínica ni a la remisión de la patología.
- **Recomendación:** no utilizar BZD en Patología Dual.

# Abuso de BZD y Opioides

- En EEUU se estima una prevalencia de uso de BZD en pacientes en PMM es entre 51% y 70% (Gelkpor et al., 1999; Hartog and Tusel, 1987; San et al., 1993; Sitzler et al., 1981).
- En España se describe un 46.5% de uso de BZD en pacientes en PMM (Fernández-Sobrino et al., 2009).
- El efecto buscado sería el de potenciar el efecto del opioide (Panlilio et al., 2005; Walker and Ettenberg, 2001, 2003, 2005).

# Uso de opioides y BZD

Autores	n	Resultados
Pond et al., 1982	4	Diazepam usado para inhibir el metabolismo de la metadona.
Farqui et al., 1983	88	11 pacientes que recibieron Buprenorphina sufrieron depresión respiratoria requiriendo ventilación mecánica.
Preston et al., 1984	5	Diazepam 40 mg aumentó significativamente los efectos subjetivos del opioide.
Farre et al., 1998	10	Flunitrazepam 4 mg produjo aumento significativo de efecto eufórico del opioide.
Spiga et al., 2001	5	Diazepam 10-20 mg aumentó significativamente el efecto placentero del opioide.
Lintzeris et al., 2006	16	Diazepam 10-20 mg produjo aumento de sedación y duración del efecto del opioide.
Lintzeris et al., 2007	12	Diazepam 40 mg aumenta la intensidad de los efectos subjetivos del opioide.
Zacny et al., 2012	20	Alprazolam 0,5 mg y Oxycodone 10 mg combinadas produjeron efectos mas potentes a nivel psicomotor.

# Formas de Abstinencia a BZD

<b>Lo mas común</b>	<b>Ansiedad de rebote o insomnio. 1-4 días tras la retirada. (dependerá de t1/2)</b>
<b>Infrecuente &lt;10%</b>	<b>7-14 días tras la retirada.</b>
<b>Otro tipo</b>	<b>Ansiedad que no cede sin un nuevo tratamiento.</b>

# Tratamiento

- No existe un consenso internacional respecto al tratamiento de desintoxicación y deshabituación de BZD.
- La recomendación en textos Españoles es:
  - Sustitución de la BZD por otra de vida media larga.
  - Disminución gradual de la dosis.
  - Añadir antidepresivos con perfil ansiolítico u otros agentes no BZD como Propanolol, Clonidina, Carbamacepina, Gabapentina, Pregabalina...
- También se ha descrito el uso de “tratamiento de mantenimiento de BZD” usando BZD de vida media larga (Liebrenz et al., 2010; Icro et al., 2013) en formato similar a PMM.

# Conclusiones

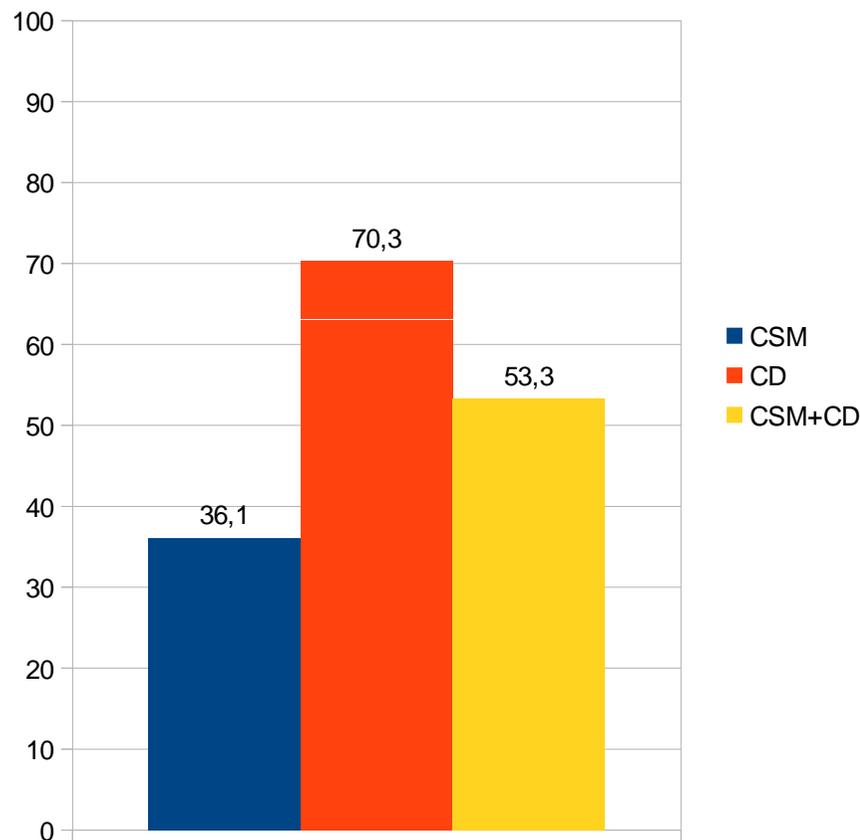
- Se debe evitar el uso de BZD en pacientes con patología Dual debido al alto riesgo de crear una nueva adicción.
- Es necesario mejorar la comunicación y coordinación entre los servicios de atención Primaria, Urgencias y Salud mental con el objetivo de promover la prescripción racional de Benzodiazepinas.

Gracias por su atención.



# Patología Dual: epidemiología

Prevalencia de Patología Dual en Madrid



- N= 837 pacientes que se atienden en Centros de atención a drogodependencias y CSM.
- 53,3% Patología Dual.
- CD 70,3%
- CSM 36,1%

Szerman, N., Arias, F., Vega, P., Babin, F., Mesias, B., Basurte, I. ... Poyo, F. (2013) "Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente" Adicciones 25, 118-127).