



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

Subdirección Xeral
de Saúde Mental e Drogodependencias



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



La Patología Dual en la red de adicciones de las áreas sanitarias de Porto y Coruña

IX Jornadas PLDA

As adicções en tempos de crise

3ª Xornada NEUROPSICOLOXÍA E REHABILITACIÓN
NEUROCOGNITIVA EN DROGODEPENDÊNCIAS

Vigo, 13 de decembro de 2013

J. A. Santos Silva

Carlos Vasconcelos

DICAD - ARS Norte, IP, Porto



La Patología Dual en la red de adicciones de las áreas sanitarias de Porto y Coruña

- ☒ **Introducción a la Patología Dual**
- ☒ **Análisis de una experiencia:**
 - **metodología**
 - **análisis de resultados**
- ☒ **Conclusiones y propuestas operativas**

DROGODEPENDENCIAS

en las últimas décadas

MARCO CLINICO

- ❑ Del monoconsumo al aumento de las politoxicomanías
- ❑ Evolución de la pandemia VIH/SIDA, VHC
- ❑ Cambios en vías de administración y en las conductas de riesgo: implantación de las políticas de reducción de daños
- ❑ Progresiva importancia de la Patología Dual

Trastornos, diagnóstico o patología DUAL

- Enfermos con diagnóstico de abuso o dependencia de sustancia/s droga
- que presentan además otra/s patología/s psiquiátrica/s asociada/s

*patología dual
patología dual*

- Enfermos psiquiátricos
- con abuso o dependencia de sustancia/s droga

RELEVANCIA CLÍNICA

- ❑ Patología emergente, habitual en la práctica clínica, particularmente en Servicios de Urgencias
- ❑ Etiología desconocida y fuente de confusión diagnóstica y terapéutica
- ❑ Fuente de sentimientos ambivalentes, con frecuencia negativos
- ❑ Implicaciones negativas para el pronóstico de ambos trastornos: **PROTOTIPO DEL ENFERMO MENTAL DIFÍCIL**
- ❑ ↗ **gasto sanitario:** ↗ prescripción de psicofármacos en adicciones, creación de Unidades específicas de Patología Dual.

EPIDEMIOLOGIA - I:

Prevalencia vida de cualquier trastorno psiquiátrico en población general (s/abuso de drogas): **22,5%**

- ✓ T. de ansiedad: 14,6%
- ✓ T. afectivos: 8,3%
- ✓ T. esquizofrénico: 1,4%

Prevalencia vida de cualquier tipo de abuso/dependencia de drogas: **16,7%**

- ✓ T. abuso/dependencia alcohol: 13,5%
- ✓ T. abuso/dependencia otras drogas: 6,1%



EPIDEMIOLOGIA - II:

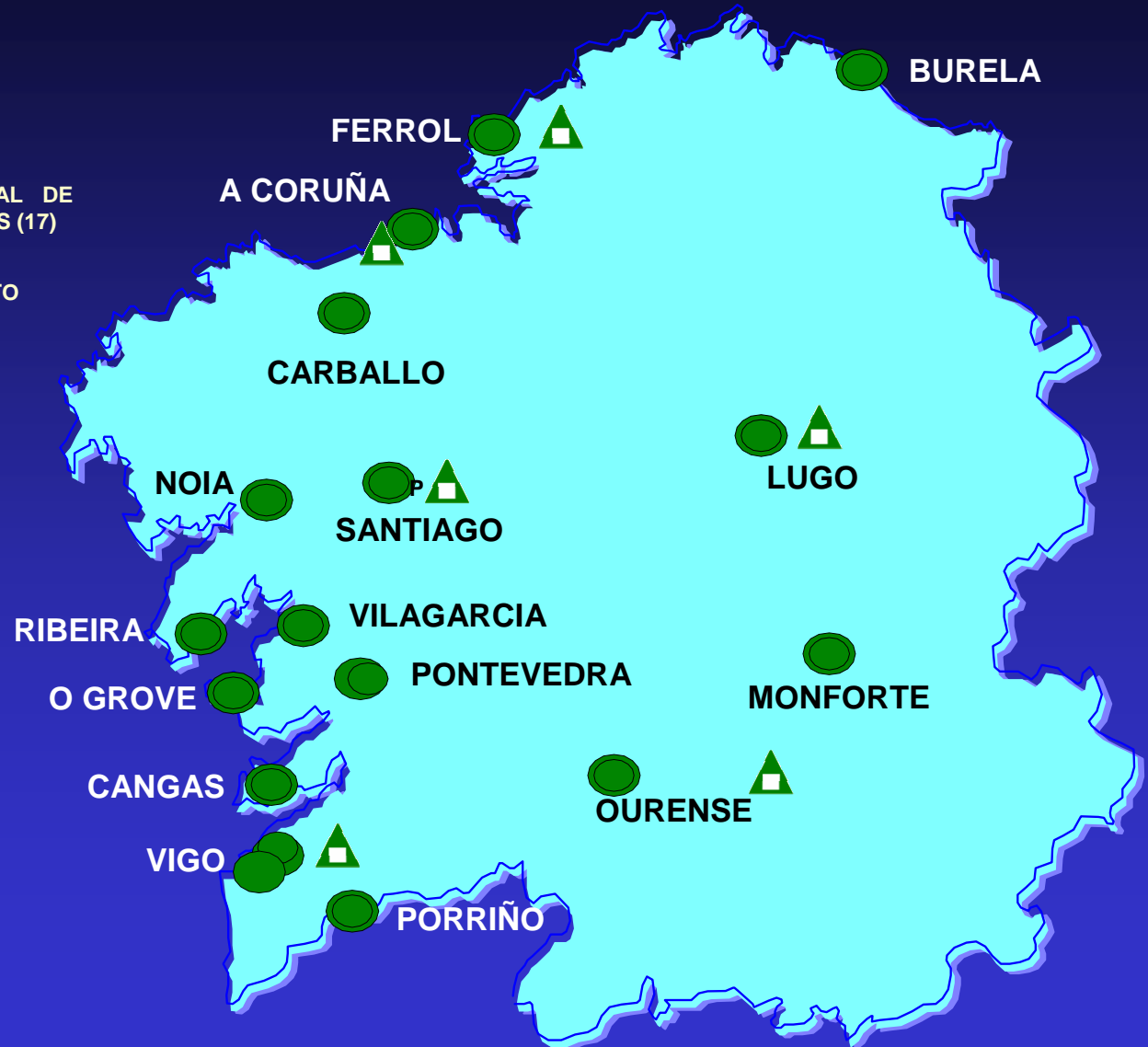
Trastornos psiquiátricos específicos en drogodependientes

<u>PAT. PSIQUIÁTRICA</u>	<u>ODDS-RATIO</u>	<u>%COMORBILIDAD</u>
T. Antisocial	29,6	83,6%
T. Bipolar I	7,9	60,7%
T. Esquizofrénico	4,6	47%
T. Angustia	2,9	35,8%
T. Afectivos	2,6	32%
T. Obsesivo-compulsivo	2,5	32,8%
T. Fóbico	1,6	22,9%

- ❑ En poblaciones clínicas presentan patología dual:
cerca del 45% de pacientes de USM y del 75% de UAD

COPISIAD 2011

-  UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS (17)
-  UNIDADE TRATAMIENTO ALCOHOLISMO (6)

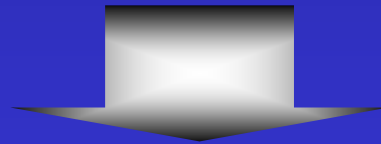


56,2%

FACTORES ASOCIADOS A MAL PRONÓSTICO

- ✓ Recaídas: ↑ nº y duración, hospitalización + frecuente y de > duración, ↑ urgencias.
- ✓ Alt. conductuales: conducta violenta, ↑ desajuste social y ↑ complicaciones legales.
- ✓ Problemas familiares: ↑ desajuste familiar, casos de abuso y maltrato, falta de contención familiar.

- ✓ Infección VIH/VHC: ↑ por conductas de riesgo.
- ✓ Tratamiento: Disminución de adherencia terapéutica.
- ✓ Pérdida de autonomía personal: dificultades laborales y para la vida diaria.
- ✓ Inestabilidad residencial: domicilio inestable, incluso “sin techo”.



MARGINACIÓN SOCIAL

PROGRAMAS ASISTENCIALES INTEGRADOS

- ❑ Equipo asistencial único y abordaje multidisciplinar
- ❑ Intervenciones de demostrada eficacia: motivacionales, psicoeducativas, terapia grupal, familiar y técnicas cognitivo-conductuales
- ❑ **Psicoterapia y grupos de autoayuda aplicados de forma aislada no resultan efectivos**
- ❑ Care management (gestión de casos): facilita coordinación
- ❑ Tratamiento farmacológico: tomas supervisadas, depot
- ❑ Adecuación de recursos: ingresos hospitalarios, régimen residencial, tratamientos intensivos
- ❑ Planes de tratamiento individualizados y flexibles, potenciando el establecimiento de una sólida alianza terapéutica con el paciente, para favorecer la adherencia terapéutica.

Análisis de una experiencia

Objetivos

- ✓ **Estudio** sobre la situación asistencial de los enfermos con patología dual en la red de adicciones de las áreas sanitarias de Porto y Coruña
- ✓ **Propuestas** para la mejora de la calidad asistencial de los cuidados prestados

Metodología - I

- ☑ **Estudio de seguimiento longitudinal:** (24 meses) de pacientes que re/iniciaron Tto (OEDT) en centros de adicciones de Porto y Coruña
- ☑ **Muestra:** casos re/admitidos en ultimo semestre de 2010 en centros de conductas adictivas de Porto (n= 3 centros y 687 pacientes) y Coruña (n= 2 centros y 310 pacientes)
- ☑ **Instrumentos:**
 - ✓ Historia clínica para el registro de P. Dual (CIE-10)
 - ✓ Sistema de Información Multicéntrico derivado de los proyectos de cooperación transfronteriza Galicia-Norte de Portugal, ha permitido unificar en las dos redes asistenciales la recogida sistemática de datos homogéneos: variables del perfil descriptivo de pacientes, tipología de intervenciones y criterios de calidad asistencial

Metodología - II

✓ **Indicadores:**

- ☑ dimensión del problema
 - ✓ medidas de prevalencia
 - ✓ características del perfil de pacientes
- ☑ efectividad de los tratamientos empleados
 - ✓ permanencia y conducta de consumo

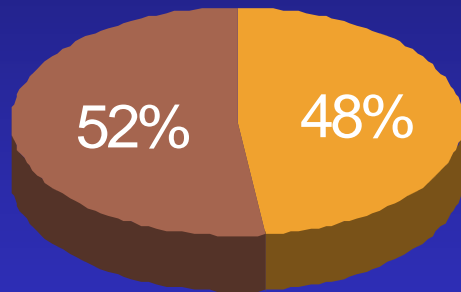
✓ **Propuestas para mejorar calidad asistencial:**

- ☑ criterios de calidad asistencial
- ☑ circuito asistencial

Análisis de resultados

PATOLOGÍA DUAL

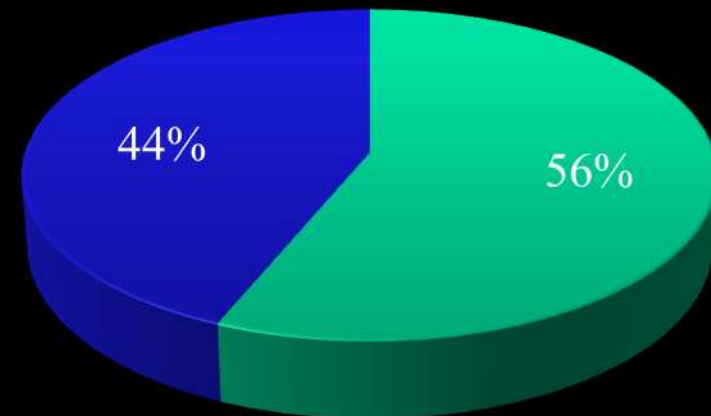
Coruña



■ S

■ NO

Porto

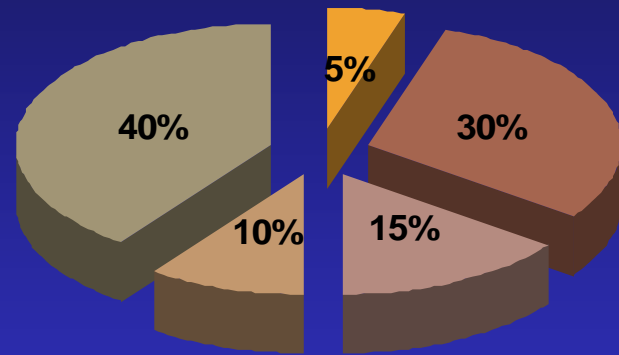


■ Com Patologia Dual

■ Sem Patologia Dual

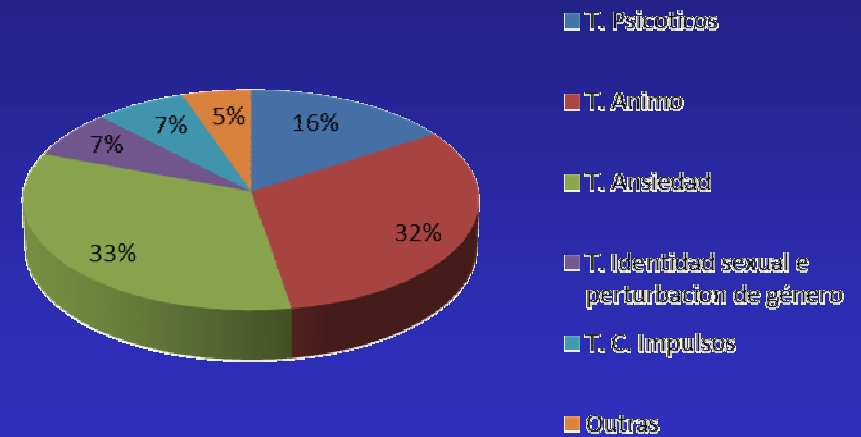
EJE I

Coruña (UAD)



- Psicosis
- T. del Humor
- T. Ansiedad
- T. Adaptativo
- T. infatojuvenil

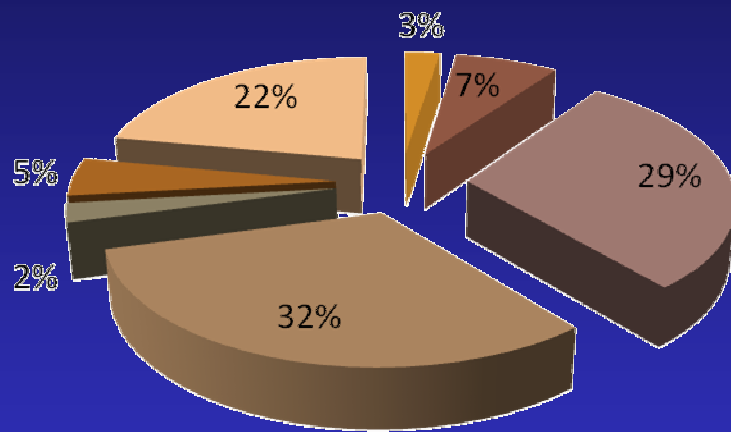
Porto (CRI)



- T. Psicoticos
- T. Antimo
- T. Ansiedad
- T. Identidad sexual e perturbacion de género
- T. C. Impulsos
- Outras

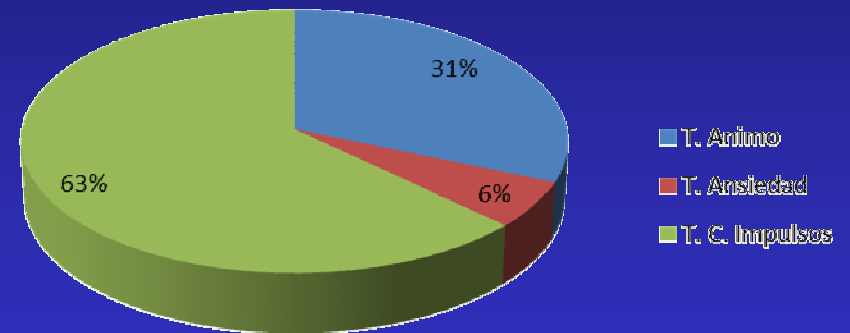
EJE I

Coruña (UAA)



- T. Cognitivos
- T. Psicológicos
- T. Anímo
- T. Ansiedad
- T. Somatomorfos
- T. C. Impulsos
- T. Adaptativo

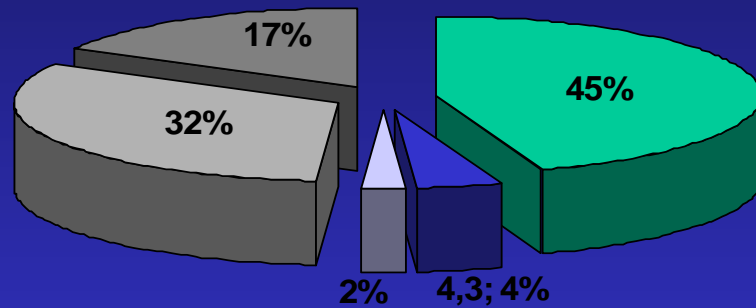
Porto (UA)



- T. Anímo
- T. Ansiedad
- T. C. Impulsos

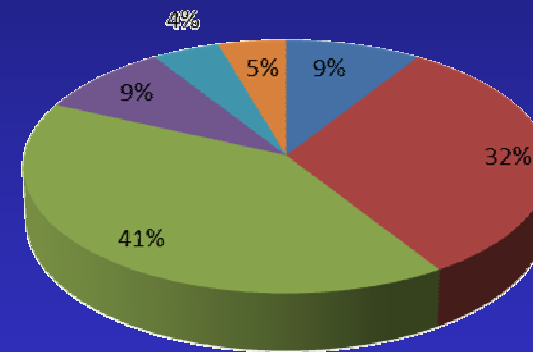
EJE II

Coruña (UAD)



- TP Límite
- TP Anancástico
- TP no Espec
- TP Histriónico
- TP Antisocial

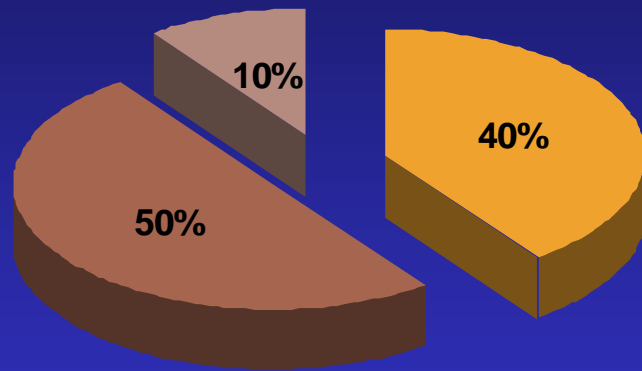
Porto (CRI)



- TP Antisocial
- TP Dependencia
- TP Límite
- TP Narcisica
- TP Paranoide
- TPOC

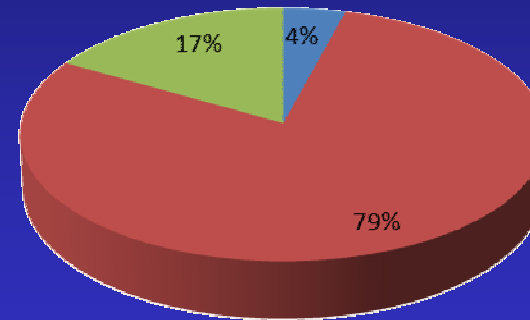
EJE II

Coruña (UAA)



- TP Límite
- TP Antisocial
- TP Obsesivo-Compulsivo

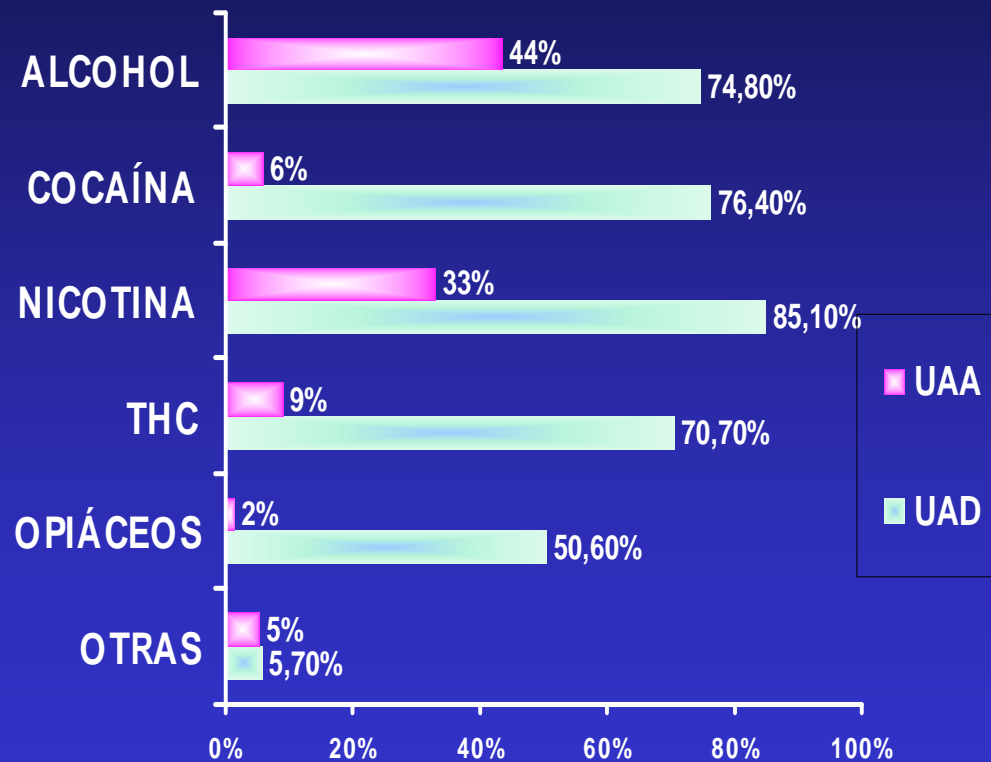
Porto (UA)



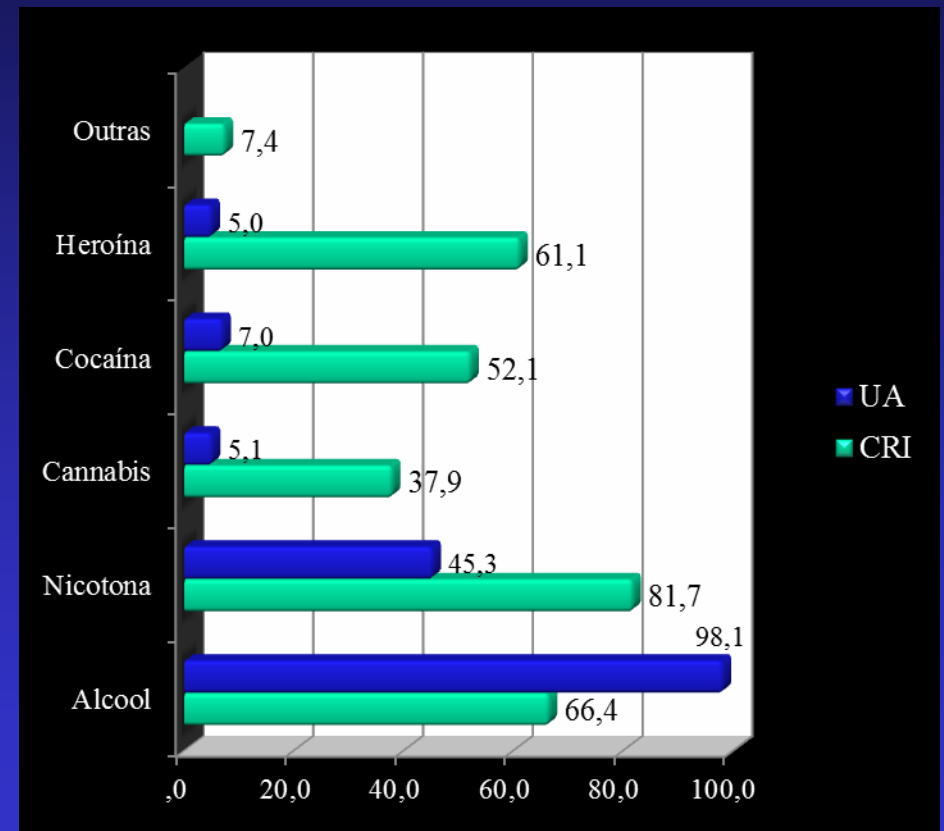
- TP Antisocial
- TP Dependencia
- TP Límite

POLICONSUMO DROGAS EN DUALES

Coruña

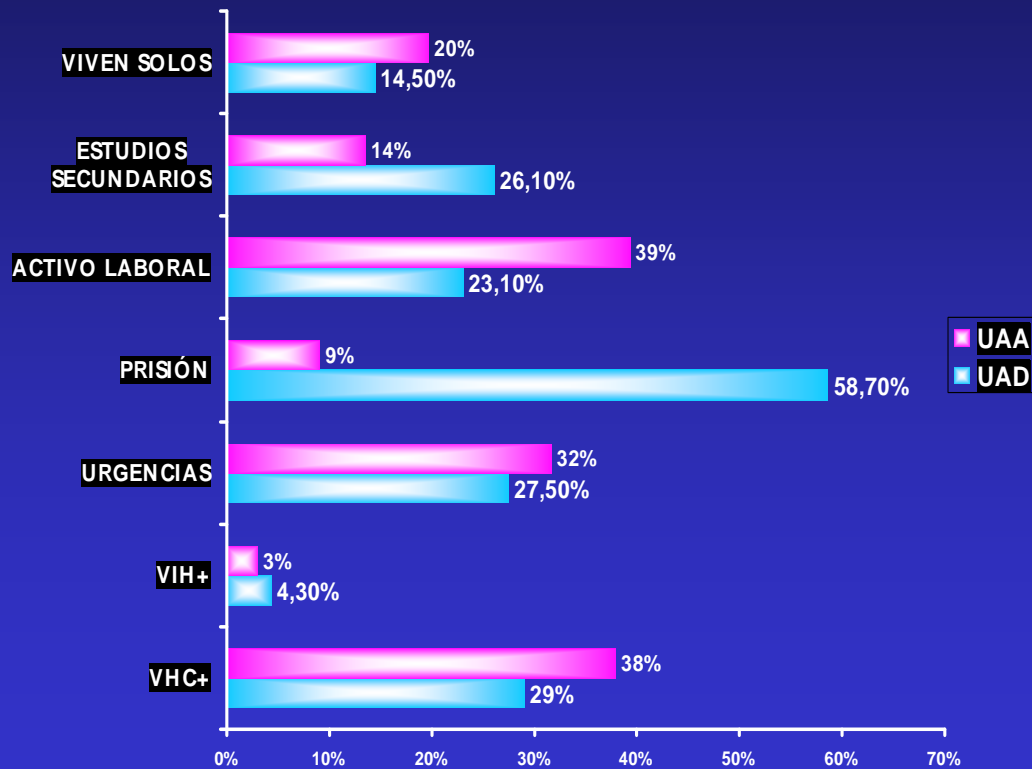


Porto

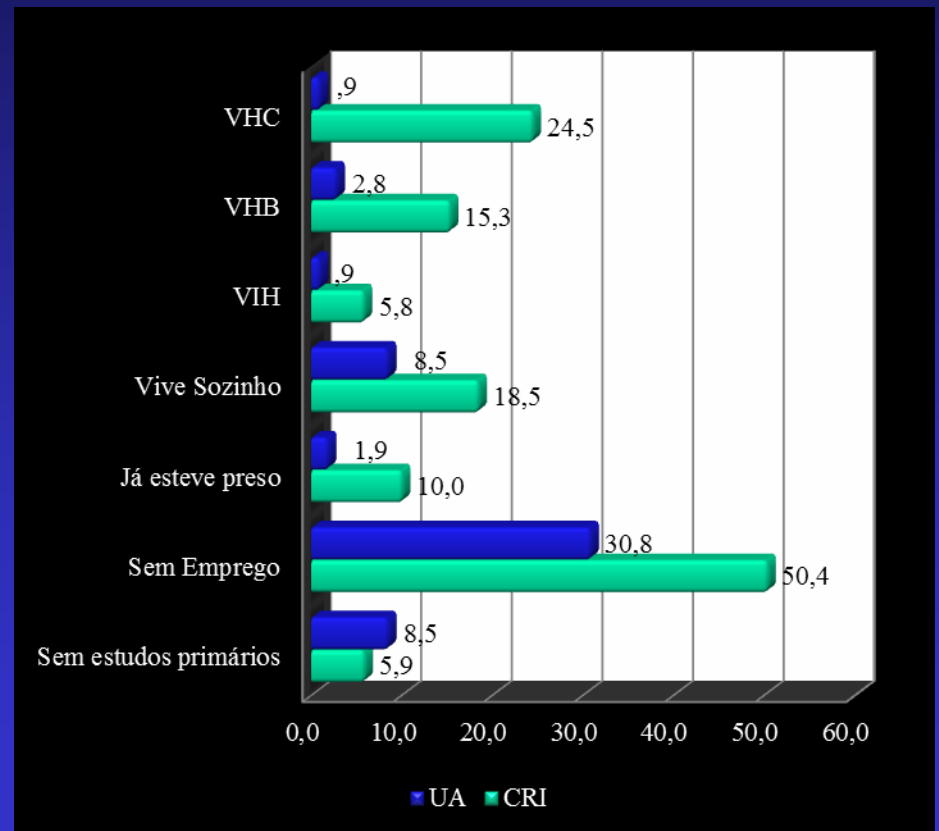


PERFIL DUALES

Coruña

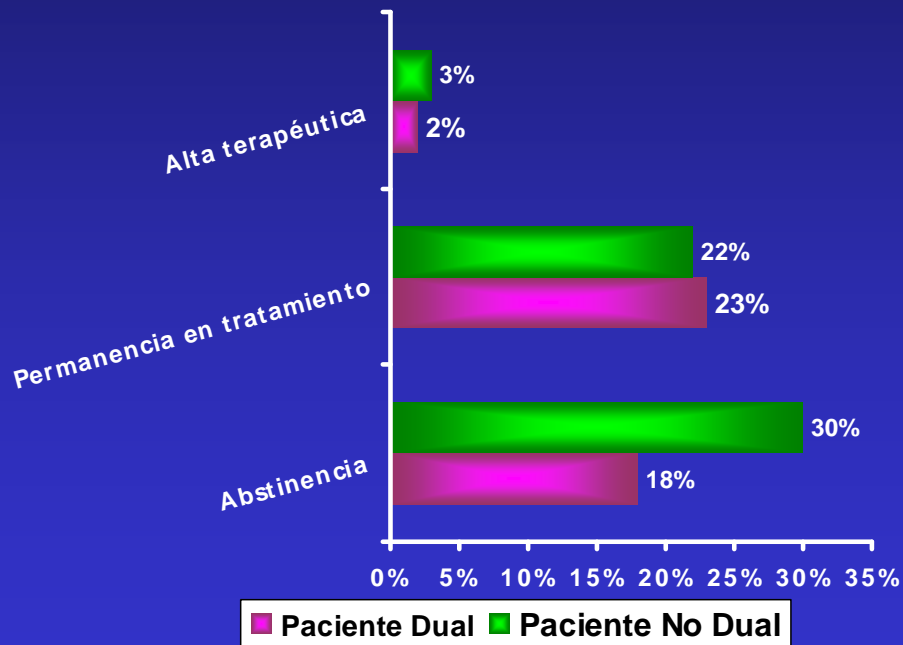


Porto

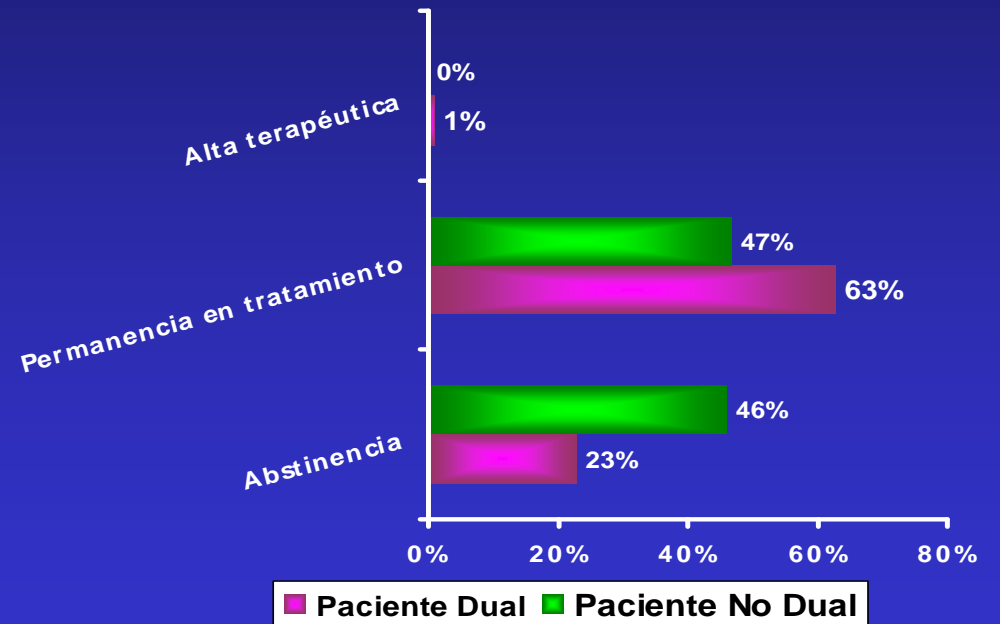


DATOS EVOLUTIVOS (24 MESES SGTO)

Coruña



Porto



Síntesis principales resultados

- **la prevalencia de la patología dual es similar en ambas áreas sanitarias: más del 50% de los enfermos atendidos en ambas redes**
- **el diagnóstico predominante en eje I, es el T. ansioso-depresivo y en eje II, los TP del clúster B**
- **se evidencian diferencias diagnósticas entre centros de alcoholismo y los de “otras adicciones” en ambas redes, pero se observan más similitudes en la praxis diagnóstica de estos últimos (“otras adicciones”)**
- **el colectivo dual presenta un mayor deterioro en su perfil, lo que se manifiesta en el pobre comportamiento de los parámetros evolutivos (permanencia y abstinencia), evidenciando la dificultad en el abordaje terapéutico de estos enfermos.**

*Conclusiones y
propuestas operativas*

CONCLUSIONES

- La comorbilidad entre T. adictivos y otros T. mentales se ha convertido en una patología de **alta prevalencia**: una praxis clínica de calidad implica aceptar que, progresivamente y referido a procesos crónicos, la forma clínica más frecuente será la **coexistencia en un mismo individuo de diferentes perturbaciones psicopatológicas, incluyendo siempre uno o varios cuadros adictivos**
- Para poder ofertar una asistencia de calidad, debemos evitar los abordajes individualizados de cada una de las patologías por separado, procurando tratarlos como enfermos únicos que presentan “dos enfermedades”



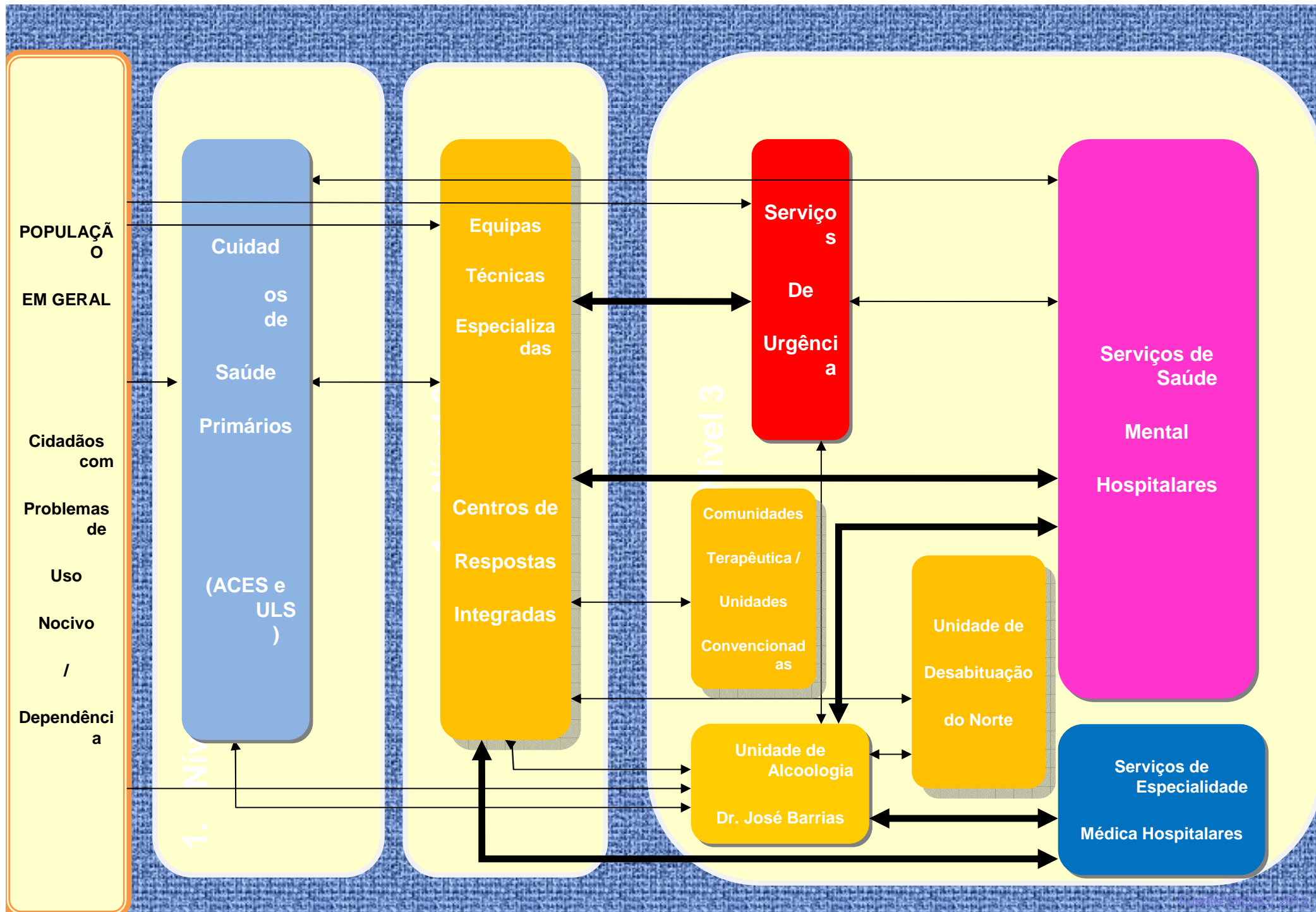
modelo integral evitando lo que se ha denominado como
“síndrome de la puerta equivocada”

Criterios para un abordaje asistencial de calidad

- Centros sanitarios autorizados:** evitar modelos no profesionales
- Intervenciones con evidencia científica disponible:** planes Tto. individualizados, flexibilidad terapéutica y exposición gradual a grupos
- Continuidad terapéutica:** funcionamiento en red, asegurando coordinación entre recursos ambulatorios y semi/residenciales para responder a necesidades del enfermo durante su proceso terapéutico
- Enfoque/modelo integral:** evitar síndrome “puerta giratoria”
- Formación especializada de equipos asistenciales**
- Calidad de la alianza terapéutica**

Bateman A.: Am. J. Psychiatry, 2012

GERD-CICAD: Manual de Patología Dual, 2010

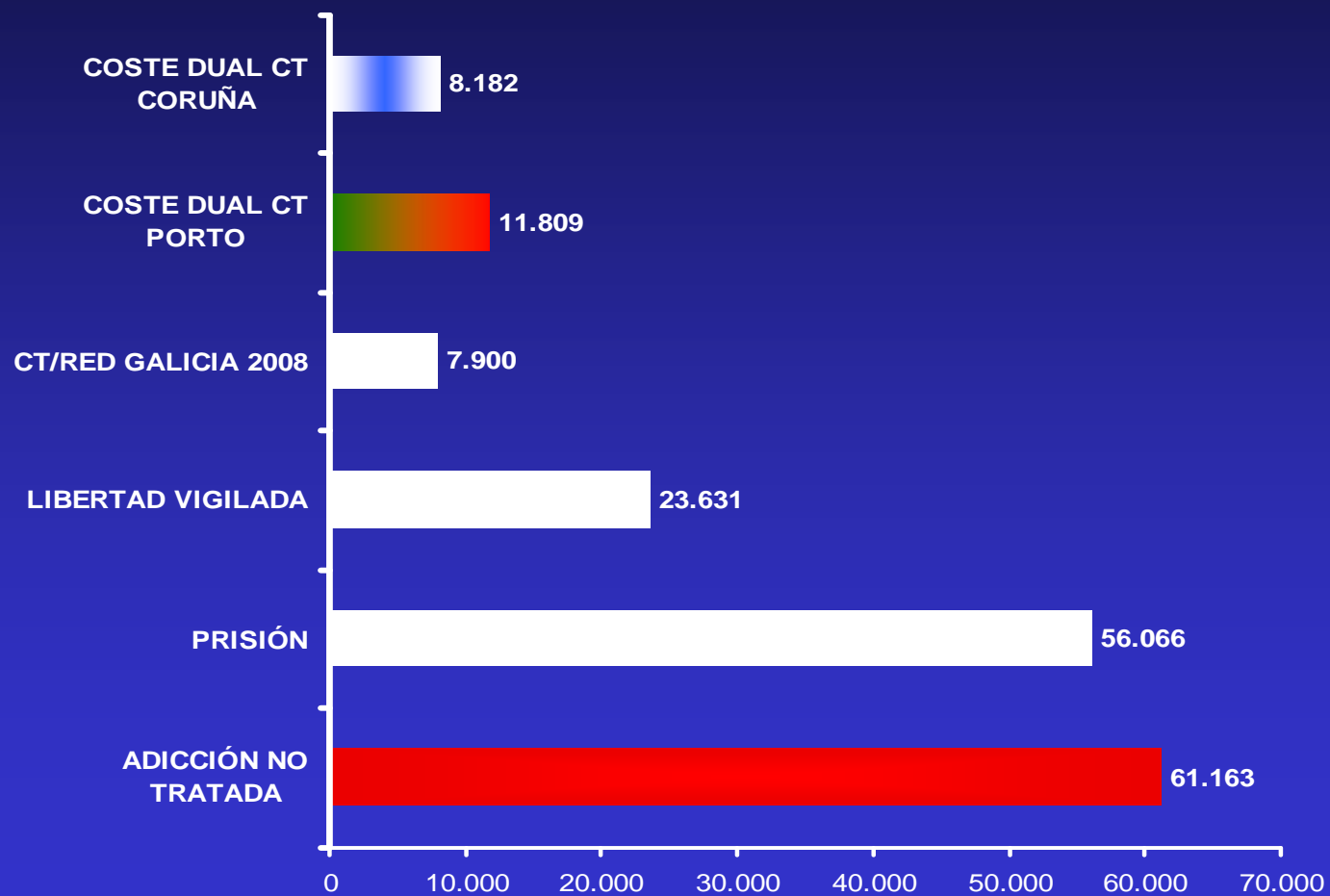


ASEGURAMIENTO FINANCIERO DEL RECURSO:

Ventajas de INTEGRACIÓN en red sanitaria general:

- Desestigmatización y normalización de la atención
- Mejora de la accesibilidad y cobertura sanitaria
- Mejora de la coordinación con otros dispositivos sanitarios (↑ calidad de atención a patologías asociadas)
- Optimización y racionalización de recursos, asegurando su viabilidad en la red sanitaria general y asegurando también la necesaria **EQUIDAD** en el sistema sanitario

Coste/paciente/año (€)



**“Cuando los hermanos trabajan
juntos, las montañas se
convierten en oro”**

proverbio chino



MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN

carlos.vasco@outlook.com