

# PATOLOGIA DUAL Y BENZODIACEPINAS

Lorena Marín  
María Cortés  
HUMT-R2  
Novembre 2013



## DOS CARAS DE UNA MISMA SUSTANCIA



¿HE SIDO YO?

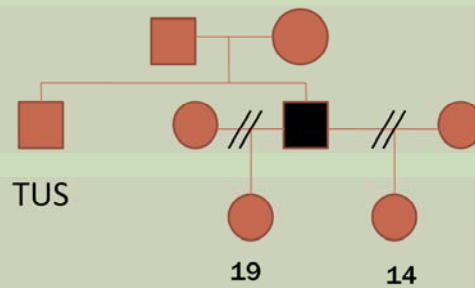


## ANTECEDENTES SOMÁTICOS

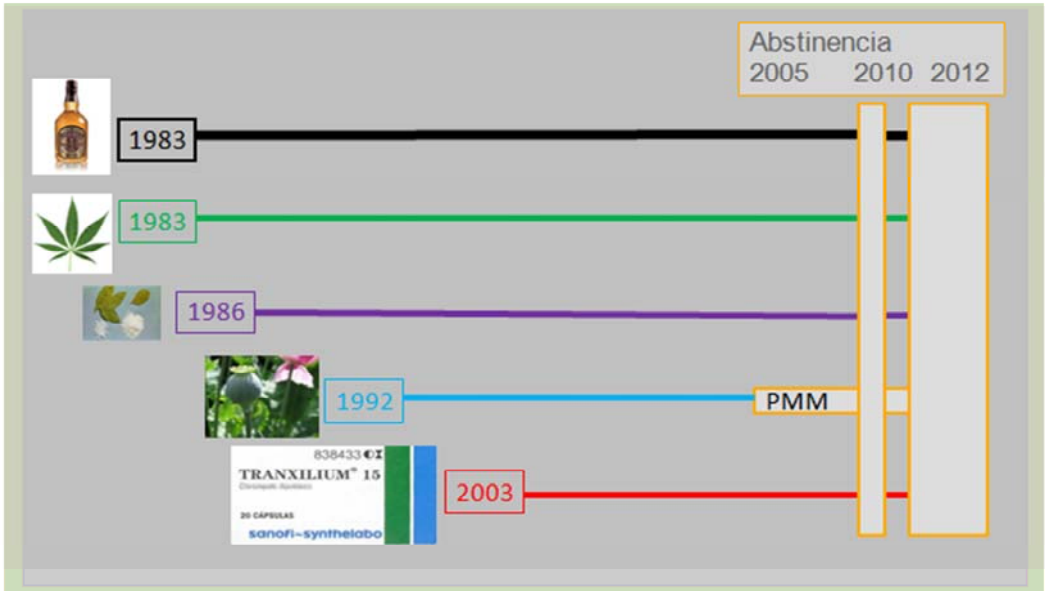
- ♂ 42a, derivado a CAS Terrassa desde piso terapéutico en Septiembre de 2013:
  - Dependencia enólica, cocaína, heroína, THC en remisión
  - Antecedentes de abuso de ansiolíticos
  
- Antecedentes somáticos:
  - Sin AMC
  - VHC (2009)
  - Dos TCE (1981 y 2006)
  - PPD +
  - IQ: hernia inguinal, artroscopia rodilla I

# psicobiografía

- Nivel de estudios: EGB
- Carnicero, ILT
- Dos ingresos en prisión
- Escaso círculo social y familiar
- Reside en piso terapéutico en Terrassa



# ANTECEDENTES toxicológicos



## Antecedentes psiquiátricos

- Inicio de alteraciones
- Clonazepam
- Abuso de BZ
- 2000 Dr. L
- Post-irreg



ativo  
o  
n de  
ncial  
orma

## ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

- Dos ingresos en prisión (2005/2008): Episodio agresión grave, asociado a consumo OH + Clorazepato dipotásico
- Ingreso Comunidad Terapéutica 2010
- Período de 2010-2012: tres SIM
- 12/2012 Ingreso en UPD 3 meses. Posterior derivación a Comunidad terapéutica 6 meses
- Alta 09/2013: Piso terapéutico e inicio de seguimiento en CAS Terrassa



Primera visita CAS Terrassa, hasta 20/11. total de 2



## Antecedentes psiquiátricos

### ■ COMPULSIONES VARIAS:

- Rituales contar (pasos, escalones)

### ■ OBSESIONES DIVERSAS:

- Números de la suerte
- Números cognición negativa  Conductas evitación

OD: TOC

## EVOLUCIÓN DIAGNÓSTICA

- Trastorno dependencia alcohol en remisión [303.93]
- Trastorno dependencia THC en remisión [304.33]
- Trastorno dependencia opiáceos en remisión [304.03]
- Trastorno dependencia cocaína en remisión [304.23]
- Trastorno abuso ansiolíticos [305.4]
- TOC [300.3]
- Psicosis tóxica [292.1]
- Trastorno adaptativo alteración mixta de emociones y comportamiento [300.1]

## BENZODIACEPINAS Y REACCIONES PARADÓJICAS

- Desinhibición, exceso de confianza, irritabilidad, menor tolerancia a la frustración, comportamiento agresivo + amnesia anterógrada
- Prevalencia de 1% población general<sup>1</sup>
- Factores vulnerabilidad<sup>2</sup>:
  - Tipo benzodiacepina
  - Edad: Niños, ancianos
  - RM, TCE
  - TGD
  - Personalidad previa (TLP, TPA)

## ATRAPADO EN SUS ORÍGENES



### SÓLO TITULO

El caso clínico lo he titulado atrapado en sus orígenes y creo que la imagen es muy representativa de la esencia del cuadro clínico y TODA LA sintomatología que presenta el paciente!!

## MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES Somáticos/psiquiátricos

### ■ Motivo de consulta:

- Varón de 34 años que acude derivado por MAP por presentar sintomatología ansiosa depresiva
- Inicia seguimiento en CSMA a finales del 2008

### ■ Aa somáticos:

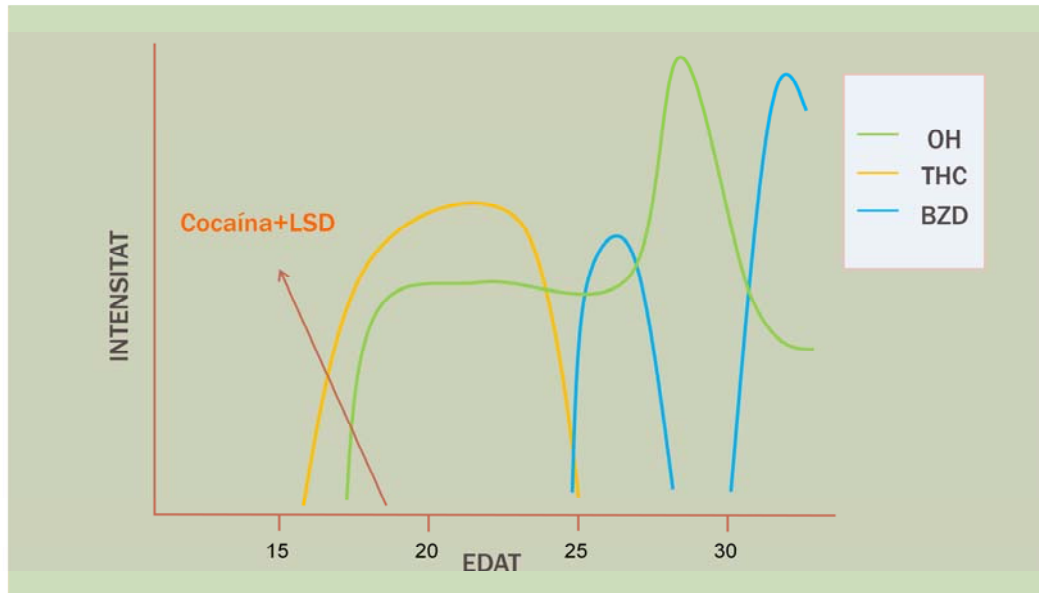
- Sin AMC
- Niega otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés

### ■ Aa psiquiátricos familiares:

- Dependencia enólica y Sd. depresivo en familiar de 1° G
- TDAH en seguimiento en CSMIJ en ambos hijos

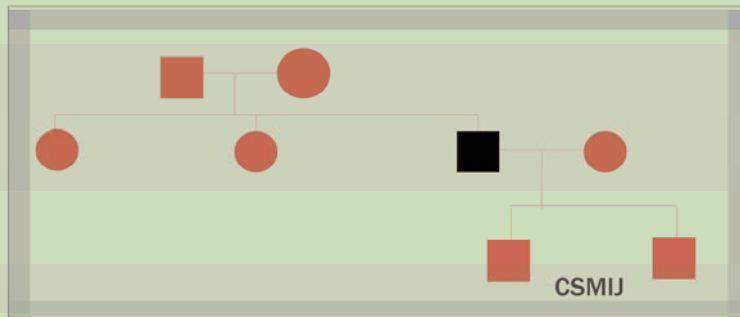
Paciente de 34 a que inicia seguimiento en CSMA por sintomatología ansiosa depresiva derivado por su Medico de atención primaria  
Niega antecedentes somáticos de interés  
Como antec familiares destacan....  
Hijos de 8 y 12 años

## ANTECEDENTES toxicològics



# PSICOBIOGRAFÍA

- Estudios FP no finalizados
- Negocio propio, venta ambulante
- Círculo social y familiar muy estrecho vinculado con la religión evangelista



## ENFERMEDAD ACTUAL

- Seguimiento dos años previos con humor bajo persistente sin desencadenantes
  - ID: Trastorno depresivo no especificado [311]
- Refiere disforia, fatigabilidad, ansiedad psíquica abatimiento, irritabilidad, apatía, insomnio persistente, apetencia por los dulces, manteniendo una reactividad emocional
- Personalidad Premórbida: extroversión, impulsividad y evitación
- ID: Trastorno depresivo con síntomas atípicos [296.90]

(1º VISITA A CSMA): Sintomatología ansiosa-depresiva reactiva a estresores familiares-laborales así como abuso de hipnosedantes

El paciente inicia seguimiento en los 2 años previos por humor bajo persistente sin desencadenante con el DG de tr. Depresivo no especificado. En el momento de la visita lo que predominaba era... DIAPO

Todo esto reactivo ESTRESORES familiares y laborales y en este contexto abusa de hipnosedantes, decir tal cual: (los cuales tienen una IMPORTANT REPERCUSSION EN LA SEVA VIDA), se trata de una familia de creencias evangelistas, sent el pare predicador d'una església amb molts fieles a Terrassa, figura reconocida o conocida en este ambito, S'ESPERA QUE ELL SIGUI EL SUCCESOR, Temor a la pérdida de fieles por falta de exemple, expectativas de su padre respecto a él en cuanto al futuro pastor de la iglesia, i estado delicado del padre "mi padre lo ha conseguido todo y ahora mucha gente esta pendiente de mi, tienes que seguir nuestros pasos, soy el señalado por no estar cumpliendo con las expectativas, tienes que ser el mejor, " todo esto gira continuamente entorno al cuadro clínico

y alejamiento de la mujer de la iglesia (tatuajes prohibidos en la religión) confrontaciones con familia de origen por como se comporta con la mujer, le dicen como debe posicionarse respecto a su mujer

Se objetiva Síntomas depressius de predomini matutí: anergia, apatia, fatiga... + ansietat (psíquica predominantment, irritabilitat, inquietut i sobrepreocupació).

Difícil concretar si la dominancia clínica del cuadro; fenòmens depressius atípics (fatiga, irritabilitat,) o bé en altres ocasions ansiosos.

Se inicia tto con citalopram y Gabapentina



## EVOLUCIÓN CSMA (2011-inicio 2013)

- Mejoría relativa del estado de ánimo con temporadas breves libre de síntomas
- Adherencia terapéutica irregular
- Abuso de BZD + hipnosedantes + alcohol con estrategias de manipulación del entorno
- Evolución tórpida
- En noviembre 2012 → REORIENTACIÓN TERAPÉUTICO
- En mayo 2013 refiere CRAVING INTENSO → CAS

A lo largo del seguimiento en el CSM el paciente presenta inicialmente Mejoría del EA (en relación a que la mujer le controla la medicación para evitar el abuso, le ayuda a controlar los estímulos que le llevan al abuso). Temporadas breves (1 semana-10 días) asintomático con recaídas con o sin desencadenante aparente

Desvinculación → Reaparece después de 8 meses, **sin concretar el motivo de la desvinculación "creía que no eran necesarias"**. Nuevo episodio de ansiedad consulta a MAP que lo deriva a CSMA (meclobemida)

**Abuso de BZD:** Acude de imprevisto por Refiere haber presentado una reacción inesperada y en absoluto similar a la que experimentaba meses atrás con las mismas dosis de lorazepam: tuvo LEVE ACCIDENTE DE TRÁFICO POR ESTE MOTIVO.

Excesiva sedación, Fatiga intensa, Dificultades para pensar, Hipomimia facial y pérdida de reflejos

**Manipulación del entorno:** falsificación o robo de recetas, manipulando a la madre para que refiere insomnio al MAP, manipulación de los amigos, pasando la mayor parte del día pensando en cómo conseguirlo

A pesar de prescripción condicionada persiste ABUSO, no tiene suficiente: Mucha asociación a la medicación con desconexión y descanso del nerviosismo habitual, necesidad de evadirse...plazo hasta setiembre 2012

**Persiste ansiedad:** existe un estado constante de preocupación (debido a la incapacidad de hacer frente a las demandas del entorno)+además presenta inquietud, irritabilidad tensión muscular, dificultad para tener la mente en blanco; Conductas adictivas que hacen la función de tapar la ansiedad flotante condicionada por la presión del entorno

### **Noviembre PLAN DE ACCIÓN:**

- 1.- período ventana después del cual si aún no se siente capaz de iniciar abandono de la sustancia será derivado a CAS
- 2.- pauta REGULAR de tranquilizantes que le permita normal funcionamiento y que no porti a l'abús. BZD VIDA MITJA LLARGA Rivotril 0'5 (2-1-1-2)

## Abordaje terapéutico CSMA

### Estrategias farmacológicas ensayadas:

#### ■ **ANTIDEPRESIVOS:**

- Citalopram 20mg/día, Escitalopram 30mg/día, Bupropión 150mg/día y Moclobemida 300mg/día

#### ■ **ANTIPSIÓTICOS:**

- Quetiapina 100mg/día

#### ■ **ANSIOLÍTICOS:**

- Lorazepam 15mg/día y Clonazepam 3mg/día

#### ■ **ANSIOLÍTICOS NO BENZODIACEPÍNICOS:**

- Gabapentina 900mg/día

#### ■ **HIPNÓTICOS:**

- Zolpidem 30mg/día

Se utilizan de forma secuencial diversas estrategias farmacológicas Va abandonar AD (bupropión y escitalopram) mesos enrere sense presentar especial empitjorament. Se pauto Lorazepam para intentar suspender zolpidem k no fue posible por reaccion inesperada

ATP con INTENCIONALIDAD hipnótica para evitar prescripción de BZD

La Gabapentina tb con finalidad ansiolítica y para evitar pautar BZD Y en caso de disminuir BZD una deprivación(RIESGO DE CONVULSIONAR, ESTAR MUY NERVIOSO) por BZD

## EVOLUCIÓN diagnóstica CSMA

- Trastorno depresivo con síntomas atípicos [296.90]  
vs. **Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]**

- Trastorno por abuso de BZD [305.40]

- Trastorno por abuso de sustancias hipnosedantes [305.40]

- Abuso de alcohol [305.00]

- Rasgos desadaptativos de personalidad

## EVOLUCIÓN CAS

### ▪ EPP:

- Consciente, alerta y orientado. Irradiación ansiosa. Conducta colaboradora, confiada y **seductora**
- Discurso coherente, fluido y espontáneo en tono y ritmo normal
- Eutímico. No apato-abulia. Hedonismo conservado. Sentimientos de inseguridad. **Ansiedad basal elevada que relaciona con exigencias del entorno laboral-familiar**, mostrando una **actitud pasiva** frente a estas. Abuso de Zolpidem con **consciencia parcial de trastorno**
- Niega ideas de muerte ni clínica psicótica ni rituales obsesivos. Juicio de realidad conservado

Refiere abuso de [Zolpidem 6cp/día](#)

↑↑↑ Craving

Repercusión en el funcionamiento diario (dependencia: pensando la mayor parte del día como conseguir la sustancia)

Seductora: deseos de agradar y de no entrar/evitar en conflicto, **manteniendo en todo momento actitud colaboradora, educada, hipercomplaciente**, manteniendo las formas **Actitud pasiva “yo trago y no digo nada, todos alucinan de lo bien que me lo tomo todo”**

Consciencia parcial “acepta abus pero no dispuesto a cambiar la forma de posicionarse con respecto a su entorno”

IMPRESIONA QUE ACUDE A LA VISITA PARA OBTENER ZOLPIDEM

En la 1ª visita refiere abuso únicamente de zolpidem, si bien en las sucesivas acaba reconociendo abuso concomitante de clonazepam después de presentar un sd. De abstinencia

## Abordaje terapéutico CAS

- Estrategias farmacológicas ensayadas:
    - Topiramato 150 mg/día
    - Olanzapina 5mg/día
    - Trazodona 100mg/día
    - Pregabalina 150mg/día
- } Mala tolerancia
- Se realiza tutelaje de medicación diario
  - Propuesta ingreso Unidad hospitalaria desintoxicación
  - En julio última visita

Se pauta tto alternativo para evitar cuadro de privación a BZD, pero el paciente no acepta medicación alternativa ALEGANDO por multitud de efc secundarios. Inicialmente se propuso reducción semanal pero no fue viable y se decide reducción mensual

Entrevista motivacional: PRECONTEMPLATIVO no ven que haya un problema  
CONTEMPLATIVO contemplan necesidad del cambio, pero no hace nada al respecto  
ACCIÓN: se proponen firmemente el cambio

**Abordaje MULTIDISCIPLAR;** que no funcionan por parte del paciente PSC, PSQ, INFERMERIA, UHD

Tutelaje de la medicación (no convencido del tutelaje, fallando inicialmente a la busca diaria de medicación porque tenia medicación en casa por lo q persistia el abuso), a pesar de la supervisión persistina los abusos. Finalmente la pauta acordada era de Zolpidem 3-2 a dias alternos ya que durante el período vacacional siempre presentava empeoramiento (incapaz de bajar a 2cp./Dia)

**Medicación hasta 02/09, en octubre acude a MAP que prescribe zolpidem 1c/8h anual no vuelve a CAS**

## Evolución diagnóstica cas

- Trastorno por dependencia de sustancias hipnosedantes [304.10]
- Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]
- TDAH [314.01]?

Predomini d'ansietat!!! Impulsivitat per això TDAH O TAG

TDAH Pendent de proves cribatge

TP cluster B y C (DEPENDENT EVITATIU IMPULSIU) TRETOS DE PERSONALITAT DISFUNCIONALS

No clínica depresiva franca, no resposta a tto

## DISCUSIÓN

- **Importancia coordinación entre dispositivos**
- **Valorar antecedentes toxicológicos en pacientes CSMA y antecedentes psiquiátricos en paciente CAS**
- **Preguntar sobre reacciones paradójicas**
- **Existencia de iatrogenia con la prescripción de tratamiento ansiolítico fuera de ficha técnica**

## BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup>Miller PR. Drug surveillance utilising epidemiologic methods. A report from the Boston collaborative Drug Surveillance Program. Am J health Syst Pharm 1973;30:584-9
- <sup>2</sup> Jones KA. Benzodiazepines, Their role in aggression and why GPs (general prescribers) should prescribe with caution. Australian family physician. 2011; 40: 862-5



**GRACIAS POR VUESTRA  
ATENCIÓN**

