

Utilidad y eficacia de la Duloxetina en el tratamiento de pacientes con trastorno por uso de sustancias y diagnóstico adicional de trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad generalizada

J.M. Vázquez, I. Román, C. Fos, F.J. López, F. Pérez,
CAS de Sants i Sarrià (Agencia de Salud Pública de Barcelona - ABD)

Introducción

Evaluar diferentes trastornos del Eje I asociados al T.U.S. y el uso de psicofármacos es primordial en psiquiatría.

Objetivos

Evaluar la eficacia de la duloxetina en el tratamiento de T.U.S con T.D.M. y/o T.A.G. en relación a: craving, recaídas, efectos secundarios, niveles de transaminasas, sintomatología depresivo-ansiosa y calidad de vida.

Material i Método

Estudio abierto, observacional, no controlado, de “imagen en espejo” en 60 pacientes ambulatorios con evolución tórpida evaluados por DSM-IV, EVA, ICG, UKU, BDI, analítica hepática y SF36, en situación basal, al tercer y sexto mes, en los que se procede a la sustitución exclusiva del antidepresivo previo utilizado por Duloxetina.

Se presentan datos correspondientes a 37 pacientes que han finalizado los 6 meses de estudio, de los cuales hubo 4 abandonos.

Características sociodemográficas de la población:

51,4% varones; edad media 44 años; 51,4 % vivían solos, 51,4 estudios primarios, 40,5% trabajaban.

Características psicopatológicas de la población:

Dependencia 43,2 opiáceos, 37,8% OH, 13,5% cocaína, 2/3 presentaban codependencia, siendo la cocaína con un 37,8% la más prevalente; la dependencia de opiáceos fue el trastorno que presentó mayor cantidad de codependencias.

La totalidad de los pacientes estudiados presentaban un trastorno depresivo mayor.

El 51,4% de pacientes presentó un diagnóstico adicional en Eje II correspondiendo el 24,3% al trastorno personalidad no especificado y un 21,6% a trastornos de personalidad clúster (siendo T.L.P. el más prevalente con un 16,2%)

El 91,9% de pacientes recibía tratamiento con ISRS, siendo fluoxetina y citalopram los más utilizados. Los pacientes recibían tratamiento farmacológico adicional, siendo los fármacos más prevalentes: metadona en un 67,6%, BZD en un 40,5%, eutimizantes en un 32,4% y neurolépticos en un 13,5%.

Resultados

1. La sustancia más prevalente en la muestra de depresivos con diagnóstico adicional de T.L.P. fue la cocaína.

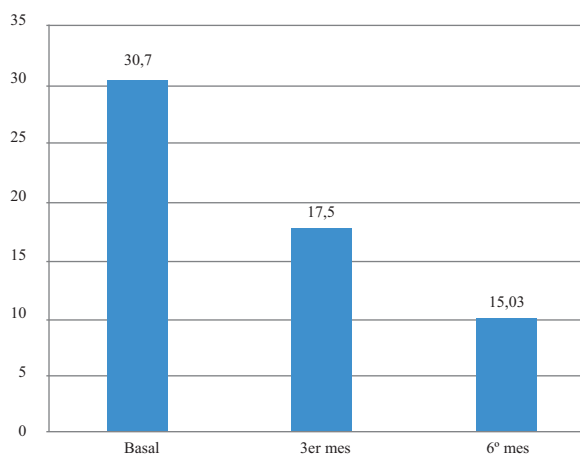
2. La sustancia más prevalente en la muestra de depresivos con diagnóstico adicional de Tr. personalidad no especificado ó T.A.S. fueron los opiáceos.

3. La dosis media final de la duloxetina utilizada fue de 92,7 mg.

4. Duloxetina fue bien tolerada según escala UKU, no presentando efectos secundarios relevantes. La reacciones adversas notificadas con más frecuencia fueron: náuseas, sequedad de boca, cefalea y diarrea. La mayoría de efectos adversos fueron de grado leve o moderado, comenzaron al principio del tratamiento y desaparecieron durante la monitorización del mismo.

5. El grado de satisfacción de los pacientes experimentó un aumento muy apreciable. El estar parado, depender a opiáceos o cocaína, codepende de cannabis, o tener diagnóstico adicional de T.A.S. podrían ser factores que dificultarían la percepción de la mejoría clínica.

Fig.1. Valores medios TDI

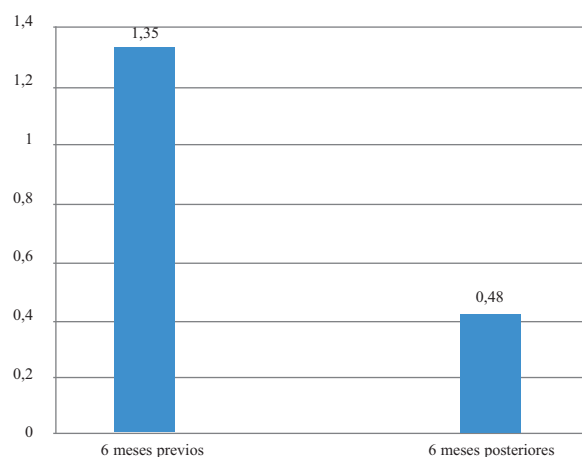


6. Duloxetina favoreció la remisión en la sintomatología depresiva relevante, evaluada según escala

BDI. La mejoría clínica es más evidente en pacientes con estudios medios o superiores, estabilidad económica, o con dependencia a alcohol y BZD. El tener dependencia a cocaína o opiáceos o un diagnóstico adicional de T.A.S. serían factores que dificultarían la mejoría clínica.

7. La mejoría sintomatológica ha sido corroborada por la I.C.G. evaluada por psiquiatra. Tener un mayor nivel de estudios, actividad laboral o depender a alcohol o BZD serían factores favorecedores de la mejoría clínica.

Fig.2. Número de recaídas



8. El número de recaídas en los seis meses post versus los seis meses pre disminuyó dos tercios, no presentando diferencias estadísticas significativas entre los promedios del pre y del post. El grupo de parados, con estudios superiores o los que tomaban cocaína y opiáceos fueron los que más recayeron.

9. La E.V.A para *craving* refleja un descenso significativo de sus valores medios iniciales respecto a los finales. Vivir sólo, estar parado, dependencia a opiáceos o cocaína, la dependencia a cocaína asociada al consumo de cannabis, o un diagnóstico adicional de T.A.S., serían factores que dificultarían el mantenimiento de la abstinencia.

10. Normalidad en los valores medios de transaminasas.

Fig.3. E.V.A. Craving

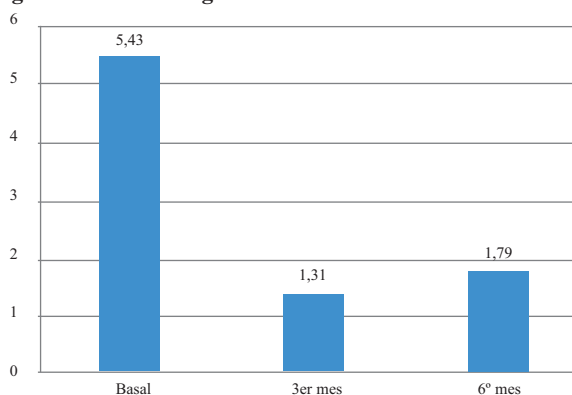


Fig.4. Valores medios evolutivos SF-36

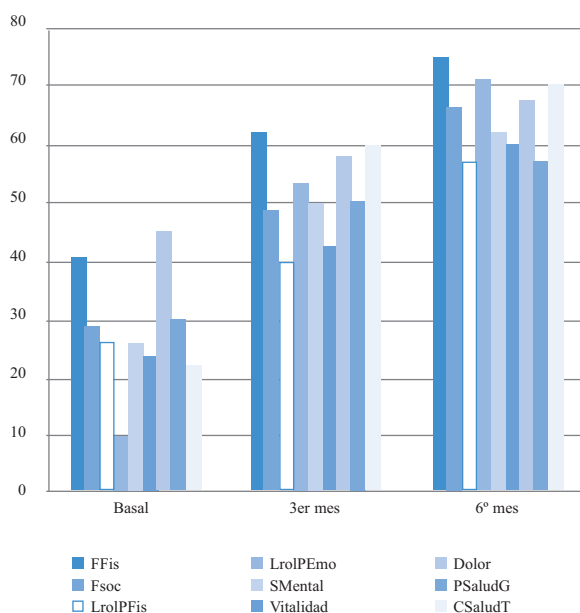


Tabla 1.

VARIABLES	Basal	3er mes	6º mes	Sign
G. STP	1,43	5,36	5,24	0,000
ICC	4,86	2,78	2,33	0,000
Nº recaídas	1,35	---	0,46	0,082
E.V.A. <i>craving</i>	5,43	1,31	1,79	0,000
B.D.I.	30,70	17,50	15,03	0,000
F. Física	42,97	64,64	75,30	0,000
F. Social	29,59	47,44	65,79	0,000
Lim...	27,03	40,00	56,82	0,001
Lom....	10,59	54,83	72,21	0,000
Salud mental	26,46	50,56	63,45	0,000
Vitalidad	24,46	43,61	59,48	0,000
Dolor	45,73	57,89	67,45	0,000
Per. Salud g.	31,35	50,83	58,33	0,000
Per. Salud ...	24,86	60,42	71,06	0,000

11. Los valores del SF-36 en su conjunto experimentan un incremento durante el período de estudio, indicando una mejoría de calidad de vida de los pacientes. La estabilidad económica, vivir acompañado o tener estudios superiores son factores favorecedores. Por el contrario, un bajo nivel de estudios, no tener actividad laboral, la dependencia a cocaína, la dependencia a opiáceos con codependencia a cocaína, o un diagnóstico adicional de T.A.S. / T.L.P. serían factores que dificultarían una buena evolución en el SF- 36.

12. En la siguiente tabla se observa que las variables analizadas en el estudio presentaron significación estadística (Tabla 1).

Conclusiones

1. La inclusión de la duloxetina en la pauta farmacológica ha demostrado ser efectiva de una forma significativa:

a. En la disminución del *craving* (E.V.A) (Fig. 3).

b. En la disminución de la sintomatología depresiva (BDI), corroborada por psiquiatra según escala I.C.G.

2. Los pacientes experimentaron una mejoría del grado de satisfacción respecto a la nueva pauta farmacológica.

3. Se evidencia una mejoría en la calidad de vida, evaluada según escala SF-36 (Fig. 4).

4. No hay interferencia significativa en los parámetros biológicos (transaminasas).

5. Duloxetina fue bien tolerada, según escala UKU.

6. Entre los factores desfavorecedores de una mejoría clínica destacaríamos: un bajo nivel de estudios, no actividad laboral, dependencia a cocaína, codependencia a opiáceos con dependencia de cocaína, y un diagnóstico adicional de T.A.S.