

## **CLOZAPINA EN PRIMER BROTE PSICOTICO: A PROPOSITO DE UN CASO**

Patricia Bernal Garcia, María José Muñoz Algar, Sandra García Font

[patriciabernal@hotmail.es](mailto:patriciabernal@hotmail.es)

Clozapina. Primer brote psicótico. Primera opción.

### **RESUMEN**

La clozapina ha demostrado su superioridad sobre otros antipsicóticos en términos de eficacia y efectividad. A pesar de las recomendaciones de las guías clínicas, la clozapina se emplea con mucha menor frecuencia y más tardíamente de lo recomendado (1) MÉTODOS: Estudio retrospectivo del caso de un primer episodio psicótico en un paciente de 18 años. RESULTADOS: Desde el primer ingreso se instauró tratamiento antipsicótico con Risperidona que logró una remisión parcial de la sintomatología delirante. Al alta se deriva a Hospital de Día sustituyéndose Risperidona por Clozapina con recuperación completa. CONCLUSIONES: Es evidente la eficacia clínica de la Clozapina en referencia a los síntomas positivos y cognitivos frente a otros antipsicóticos atípicos (2). También hay estudios que demuestran el menor coste económico de este tratamiento así como la baja incidencia de efectos secundarios como los extrapiramidales y la discinesia tardía. El uso de Clozapina como primera opción en el tratamiento de los primeros episodios psicóticos llevaría una mejora en la esperanza y calidad de vida de estos pacientes

# CLOZAPINA EN PRIMER BROTE PSICOTICO: A PROPOSITO DE UN CASO

## 1.INTRODUCCIÓN

La clozapina ha demostrado su superioridad sobre otros antipsicóticos en términos de eficacia y efectividad, con un costo-efectividad comparable al aceptado para numerosas intervenciones médicas, habiendo sido un fármaco clave en la historia del tratamiento de la psicosis. A pesar de las recomendaciones de las guías clínicas, la clozapina se emplea con mucha menor frecuencia y más tardíamente de lo recomendado (1)

## 2.MÉTODOS

Se expone el caso de un primer episodio psicótico en un paciente de 18 años:

### 2.1 Antecedentes personales

- APM: No RAMc. No HTA. No DM. No DL. Asma infantil. Hiperbilirrubinemia puntual relacionada con probable S. de Gilbert. Hábitos tóxicos: Ex consumidor de cannabis (2 porros/día). En abstinencia desde el episodio psicótico
- APP: Un seguimiento en la infancia por Psiquiatría y Psicología por TDAH. No ingresos previos. En la actualidad toma Lexatín pautado por MAP, desde hace unos días.
- APF: Carece.
- SB: Natural de Madrid. Padres separados hace tres años. Ambiente hostil en la separación con denuncias de la madre hacia el padre. Vive con el padre por decisión propia. Relación complicada con la madre. Menor de tres hermanos. Las otras dos hermanas son hijas de una relación anterior de su madre (una vive con la abuela materna y otra independizada). Estudia 2º Bachillerato, en turno nocturno. Ha tenido dificultades académicas, repitió 4º de la ESO (coincidiendo con la separación). Tiene pareja.

### 2.2 Enfermedad actual

El paciente acude al SU porque en los últimos días ha presentado dificultades para conciliar y mantener el sueño, inquietud psicomotriz y comportamientos y verbalización de ideas extrañas. Según cuentan tanto el paciente como su padre, tiene la idea de que existe un protocolo gubernamental para controlar sus movimientos "porque sufro de psicosis, para que no haga tonterías". Fumador diario de cannabis, abstinentes desde hace una semana. Sus amigos que también consumen porros han hablado en alguna ocasión de riesgo de tener "psicosis" por fumar, por lo que se podría haber visto influenciado por estos comentarios. El nunca ha recibido este diagnóstico. El mismo identifica lo que le sucede como "paranoias" sin saber argumentar porque tiene estas ideas. El discurso es circunstancial y en ocasiones saltigrado, mezclando ideas inconexas. Relaciona esta situación con un encontronazo que tuvo la semana pasada con la familia de su novia, en el que al parecer llegó a decirle al padre de ésta como debía comportarse

## **CLOZAPINA EN PRIMER BROTE PSICOTICO: A PROPOSITO DE UN CASO**

con su propia hija, hecho que le ha tenido alterado desde entonces. Su padre se muestra desbordado siendo incapaz de ofrecer la contención suficiente. Refiere que el comportamiento del paciente es desorganizado, que verbaliza cosas extrañas y tema que pueda causarse algún daño. El otro día comentó que había micros en casa "del protocolo", porque vio uno de ellos en el sofá y ayer acudió a urgencias por ansiedad, sin ser valorado por Psiquiatría. Hoy acude con nota de derivación de A.Primaria.

Se pide valoración a M.interna para despistaje orgánico por la clínica que presenta y la ausencia de antecedentes psiquiátricos previos que justifiquen el cuadro.

### **2.3 Pruebas complementarias**

- ANALÍTICA: Bilirrubina:2,1, resto normal. Screening tóxicos: + a BZD y cannabis.
- Rx Tórax: Normal
- TAC craneal: normal

### **2.4 Evolución en el ingreso**

Siendo explorado por M.interna , el paciente presenta un cuadro de agitación psicomotriz que precisa de CMT , Haloperidol y Cloracepato D. intramuscular, llegando a romper una correa de sujeción. Es ingresado en Psiquiatría. Durante el primer día está confuso y perplejo. Lentamente se va aclarando la clínica todavía de forma incipiente en cuanto a poder despejar las incógnitas de la magnitud del impacto psicótico. Parece que hay un antes y un después en relación con los porros que comenzó a fumar hace 6 meses y no ha dejado hasta hace una semana. No taba que le sentaban mal, pero no dejaba de fumarlos y al mismo tiempo los relaciona con la "psicosis "que dice sufrir. Parece que ha habido también factores estresantes concomitantes como la expulsión del Instituto, tras la agresión con otro alumno (le cambiaron de turno y perdió a sus amigos) y la relación con su novia, con la que se siente confuso. Se instaura tratamiento con Risperidona hasta 6 mg/día. Poco a poco va haciendo crítica de la supuesta trama en la que críe verse envuelto y que el vigilaba, a la que hacía referencia como "el protocolo". Hay una evolución lentamente positiva de la clínica psicótica, caracterizada en todo momento por vivencias de significación de hechos nimios que adquieren características de significados específicos para el paciente en la línea de su dinámica delirante. Asimismo llaman la atención falsos reconocimientos y vivencias de significación relativas a los pacientes de la planta y al propio médico a los que vive como participantes de un teatro en el que todos seríamos actores de su drama. Entra y sale de la crítica de esta significación global sin ser capaz de momento de afirmar o rechazar de forma global esta vivencia. Atribuye igualmente sentidos a algunas de las vivencias reales como determinantes de su cuadro, "desde pequeño tengo una psicosis", "todo vienen por haber fumado tantos porros". Tras casi dos semanas de ingreso se constata la persistencia de vivencias de significación delirante, falsos reconocimientos y un cierto grado de resignificación delirante

## **CLOZAPINA EN PRIMER BROTE PSICOTICO: A PROPOSITO DE UN CASO**

de acontecimientos de su pasado inmediato y remoto. Dada la situación se plantea la derivación a H. de Día para continuidad del tratamiento

### **2.3 Juicio Cínico**

- Trastorno Esquizofreniforme, en remisión (295.40)
- Abuso de cannabis, en abstinencia (305.20)
- Reacción adaptativa post episodio psicótico (309.0)

### **2.4: Tratamiento**

- Risperidona sol 1-0-5
- Diazepam 5 mg 0-0-1

### **2.5 Evolución en H. de Día**

Ingresa con los objetivos de recupera una rutina diaria, hacer una observación clínica prolongada, favorecer una comprensión y elaboración de las experiencias psicóticas vivenciadas y promover su funcionamiento a nivel grupal. Al comienzo de su estancia persisten en le paciente interpretaciones y reinterpretaciones delirantes de hechos pasados. Se muestra con importante angustia que requiere aumento de medicación antipsicótica. Dada la ausencia de respuesta adecuada con Risperidona y las características clínicas de su cuadro se plantea el cambio de pauta farmacológica a Clozapina, tras hablarlo con el paciente y su familia. Con la Clozapina a dosis bajas, se produce una mejoría significativa de la sintomatología psicótica que va remitiendo paulatinamente hasta desaparecer. Se realizan analíticas de control semanales que no han dado alteraciones significativas. A nivel relacional el paciente se muestra participativo y dispuesto en los grupos, mostrando buena interacción con los demás. Ha mostrado una buena capacidad de mentalización e introspección, si bien se ha visto interferida por su propio proceso personal de adaptación al episodio psicótico que ha sufrido. Durante las últimas semanas la asistencia ha sido irregular, produciéndose progresivamente una desvinculación con el resto de compañeros y la terapia. Se flexibiliza por tanto el requerimiento de asistencia del paciente al dispositivo para impulsar la realización de actividades y proyectos personales, pero éstos no acaban de cristalizar. La asistencia últimamente se reduce a la realización de la analítica semanal por lo que se pacta el alta cuando finalice las 18 semanas de analíticas semanales. Seguimiento en su CSM de zona.

### **2.6: Evolución en CSM**

El paciente ha acudido a las dos consultas de seguimiento. Presenta una conciencia de lo negativo del consumo de cannabis en su situación actual y la persistencia de una intención de no reiniciar su consumo. Se muestra sin sintomatología psicótica activa y con un estado de ánimo subdepresivo congruente con su situación vital actual (duelo por el episodio psicótico, conciencia de sus dificultades a nivel familiar y relacional, dudas sobre su proyecto académico; va a

## **CLOZAPINA EN PRIMER BROTE PSICOTICO: A PROPOSITO DE UN CASO**

preparar el acceso a grado superior) que corresponde a un proceso adaptativo vital a todos los niveles. A pesar de la remisión de la sintomatología y la buena evolución del cuadro clínico no se ha logrado profundizar en los detalles de su experiencia psicótica y el paciente desea acudir tan solo a las citas estrictamente necesarias y se niega a cualquier abordaje psicoterapéutico.

### **2.7 Tratamiento actual**

- Clozapina 100 mg 0-0-1/2

### **CONCLUSIONES**

Es evidente la eficacia clínica de la Clozapina en referencia a los síntomas positivos y cognitivos frente a otros antipsicóticos atípicos (2). También hay estudios que demuestran el menor coste económico de este tratamiento así como la baja incidencia de efectos secundarios como los extrapiramidales y la discinesia tardía (3). Por otro lado, estudios recientes indican que la incidencia y mortalidad asociadas a la agranulocitosis por clozapina serían inferiores a las estimadas en estudios previos. La mortalidad asociada a la Clozapina es substancialmente inferior a la asociada con otros neurolepticos (4). Sin embargo los estudios sobre uso y eficacia de clozapina frente a otros antipsicóticos en primeros episodios psicóticos son prácticamente inexistentes.

El uso de Clozapina como primera opción en el tratamiento de los primeros episodios psicóticos llevaría una mejora en la esperanza y calidad de vida de estos pacientes (5).

### **BIBLIOGRAFIA**

1. Vera I et al. "Clozapine as treatment of first choice in first psychotic episodes. What do we know?". *Actas Esp Psiquiatr* 2012;40(5):281-9
2. Asenjo Lobos C, Komossa K, Rummel-Kluge C, et al. Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;10(11):CD006633.
3. Tarsey D, Baldessarini KJ, Tarazi FI. Effects of newer antipsychotics on extrapyramidal function. *CNS Drugs*. 2003;1(3):20-2.
4. Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, et al. 1 year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*. 2009;374:620-7.
5. Wang PS, Ganz DA, Benner JS, et al. Should clozapine continue to be restricted to third-line status for schizophrenia? A decision-analytic model. *J Ment Health Policy Econ*. 2004;7:77-85.