

CLOZAPINA

Hay muchos mitos en torno a las enfermedades mentales graves (SMI, por sus siglas en inglés) que no son exactos. Echemos un vistazo a los mitos comunes en torno a las SMI y la clozapina.

MITO

REALIDAD

No debe recetar clozapina hasta que todos los demás medicamentos hayan fallado.

No piense en la clozapina como una opción de último recurso. La Guía de práctica de la APA para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia recomienda la clozapina en los siguientes casos:

- ✓ Un paciente muestra una respuesta mínima o nula a dos medicamentos antipsicóticos a una dosis adecuada.¹
- ✓ El riesgo de intentos de suicidio o suicidio sigue siendo sustancial a pesar de otros tratamientos.¹
- ✓ El riesgo de comportamiento agresivo sigue siendo alto a pesar de otros tratamientos.¹

De hecho, algunos estudios sugieren que, si se retrasa el uso de clozapina para los pacientes que pueden beneficiarse de ella, puede conducir a peores resultados del tratamiento.^{2,3}

MITO

REALIDAD

Solo puede ser apto para recetar clozapina si tuvo capacitación específica durante la residencia.

Ciertamente, si tiene capacitación en la residencia u otros programas, eso puede ayudar. Sin embargo, un estudio descubrió que muchos médicos que recetan actualmente clozapina no tienen capacitación específica durante la residencia.⁴ Hoy en día, hay muchos recursos disponibles para ayudarle a obtener las habilidades que necesita para desarrollar su confianza si desea recetar clozapina. Por ejemplo, a través de los recursos del [Centro de Excelencia de Clozapina](#) de SMI Adviser, usted puede:

- ✓ Acceder a seminarios web en vivo y cursos bajo demanda.
- ✓ Unirse a una [comunidad de aprendizaje basada en debates](#).
- ✓ Descargar y compartir varios recursos.
- ✓ Enviar preguntas y recibir consultas gratuitas de médico a médico.
- ✓ Participar en colaboraciones interactivas de aprendizaje virtual de 12 semanas.

Estos recursos gratuitos le ayudan a identificar los candidatos correctos para la clozapina, usar Clozapina REMS de manera efectiva, encontrar información sobre la dosis, mitigar los efectos secundarios y más. Para hacer preguntas específicas, [utilice el servicio de consulta GRATUITA de médico a médico de SMI Adviser](#). Envíe una pregunta y reciba una respuesta personalizada de uno de nuestros expertos nacionales en un plazo de un día hábil.

MITO

REALIDAD

Las personas que toman clozapina pueden beneficiarse de una dosis estándar y no se necesita una dosis personalizada.

La dosis necesaria para maximizar la tolerabilidad y la eficacia de la clozapina puede variar considerablemente. La eficacia de la clozapina se relaciona más estrechamente con los niveles plasmáticos de clozapina que con la dosis. Los estudios sugieren que la mayoría de las personas responden con un nivel entre 350 y 600 ng/ml.^{5,6} En promedio, una mujer que no fuma necesita aproximadamente la mitad de la dosis de clozapina (265 mg) para llegar a un nivel de 350 ng/ml que un hombre que fuma (525 mg).⁷ Para obtener más información sobre cómo interpretar los niveles de clozapina, consulte los detalles en esta publicación de [SMI Adviser](#).

SMI Adviser ofrece un [planificador de dosis de clozapina](#) para ayudarle a estimar el nivel de una persona en función de su edad, sexo, peso y tabaquismo.

MITO

REALIDAD

Nunca se puede recetar clozapina a personas de ascendencia africana con un recuento absoluto bajo de neutrófilos.

Las personas de ciertos grupos étnicos pueden tener recuentos absolutos de neutrófilos que son más bajos que los rangos de laboratorio de referencia "estándar". Esto incluye a las personas afrodescendientes. Existe un algoritmo separado en Clozapina REMS para las personas que tienen neutropenia étnica benigna (BEN, por sus siglas en inglés). A veces, la BEN también se denomina neutropenia familiar benigna. Antes de comenzar el tratamiento con clozapina, las personas con BEN deben tener un recuento absoluto basal de neutrófilos de al menos 1000/μl. Las personas con BEN no son más propensas a desarrollar infecciones o neutropenia inducida por clozapina.⁸

Para obtener más información sobre BEN, consulte [esta publicación de SMI Adviser](#) y una [grabación del Foro Virtual de Clozapina y LA!](#).

MITO

REALIDAD

Solo existe un mejor estándar de titulación para una persona cuando comienza a tomar clozapina.

Un plan de titulación de clozapina debe individualizarse en función de una serie de factores. Esto incluye la edad, el sexo, el tabaquismo, otros medicamentos, el origen racial o étnico y la urgencia clínica. Las titulaciones de muestras publicadas para pacientes hospitalizados suelen ser más rápidas que las ambulatorias.⁹ Las titulaciones más lentas pueden tener menos probabilidades de dar lugar a miocarditis inducida por clozapina, y pueden ayudar a prevenir la interrupción prematura o el establecimiento de una dosis demasiado alta para el paciente.^{10,11} Quienes receten este fármaco deben ser flexibles cuando realizan nuevas titulaciones de clozapina. Es posible que tenga que ajustar el plan a medida que continúa la valoración. Para obtener más información sobre cómo valorar la clozapina, [consulte esta publicación de SMI Adviser](#).



**¿Tiene más preguntas sobre la clozapina?
Pregúntenos en [SMIadviser.org/submit-consult](https://www.smiadviser.org/submit-consult).**

Únase a nuestro programa **#MissionForBetter** en [SMIadviser.org](https://www.smiadviser.org).

Fuentes:

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2020). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia (Guía de práctica de la Asociación Americana de Psiquiatría para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia), tercera edición 2020 [9/24/2020]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines>.
- Chan S., Chan H., Honer W., Bastiampillai T., Suen Y., Yeung W., et al. (2021). Predictors of Treatment-Resistant and Clozapine-Resistant Schizophrenia: A 12-Year Follow-up Study of First-Episode Schizophrenia-Spectrum Disorders (Predictores de esquizofrenia resistente al tratamiento y resistente a la clozapina: un estudio de seguimiento de 12 años de trastornos del espectro de la esquizofrenia de primer episodio). Schizophrenia Bulletin, 47(2):485-94.
- Yoshimura B., Yada Y., So R., Takaki M., Yamada N. (2017). The Critical Treatment Window of Clozapine in Treatment-Resistant Schizophrenia: Secondary Analysis of an Observational Study (La ventana crítica de tratamiento de la clozapina en la esquizofrenia resistente al tratamiento: análisis secundario de un estudio observacional). Psychiatry Research, 250:65-70.
- Cotes R., Janjua A., Broussard B., Lazris D., Khan A., Jiao Y., et al. (2021). A Comparison of Attitudes, Comfort, and Knowledge of Clozapine Among Two Diverse Samples of US Psychiatrists (Una comparación de actitudes, comodidad y conocimiento de la clozapina entre dos muestras diversas de psiquiatras estadounidenses). Community Ment Health J, 58(3):517-525. doi: 10.1007/s10597-021-00847-0.
- Schoresanitis G., Kane J., Correll C., Marder S., Citrome L., Newcomer J., et al. (2020). Blood Levels to Optimize Antipsychotic Treatment in the Clinical Practice: A Joint Consensus Statement of the American Society of Clinical Psychopharmacology and the Therapeutic Drug Monitoring Task (Niveles sanguíneos para optimizar el tratamiento antipsicótico en la práctica clínica: una declaración de consenso conjunta de la Sociedad Americana de Psicofarmacología Clínica y la tarea de monitorización de fármacos terapéuticos). Force of the Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie. J Clin Psychiatry, 81(3):19cs13169. doi: 10.4088/JCP.19cs13169.
- Northwood K., Pearson E., Arnaoutovska U., Kisely S., Pawar M., Sharma M., et al. (2023). Optimising Plasma Clozapine Levels to Improve Treatment Response: An Individual Patient Data Meta-Analysis and Receiver Operating Characteristic Curve Analysis (Optimización de los niveles plasmáticos de clozapina para mejorar la respuesta al tratamiento: un análisis de datos de pacientes individuales y un análisis de la curva de características operativas del receptor). British J Psychiatry, 222(6):241-5. doi: 10.1192/bjp.2023.27.
- Rostami-Hodjegan A., Amin A., Spencer E., Lennard M., Tucker G., Flanagan R. (2004). Influence of Dose, Cigarette Smoking, Age, Sex, and Metabolic Activity on Plasma Clozapine Concentrations: A Predictive Model and Nomograms to Aid Clozapine Dose Adjustment and to Assess Compliance in Individual Patients (Influencia de la dosis, el tabaquismo, la edad, el sexo y la actividad metabólica en las concentraciones plasmáticas de clozapina: un modelo predictivo y nomogramas para ayudar a ajustar la dosis de clozapina y evaluar el cumplimiento en pacientes individuales). J Clin Psychopharmacol, 24(1):70-8. doi: 10.1097/01.jcp.0000106221.36344.4d.
- Manu P., Sarvaiya N., Rogozea L., Kane J., Correll C. (2016). Benign Ethnic Neutropenia and Clozapine Use: A Systematic Review of the Evidence and Treatment Recommendations (Neutropenia étnica benigna y uso de clozapina: una revisión sistemática de la evidencia y las recomendaciones de tratamiento). J Clin Psychiatry, 77(7):e909-16.
- Cotes R. (2023). Are slow clozapine titrations safer than fast ones? Poster Presentation at the Schizophrenia International Research Society Annual Congress (¿Son más seguras las titulaciones lentas de clozapina que las rápidas? Presentación de póster en el Congreso Anual de la Sociedad Internacional de Investigación sobre Esquizofrenia).
- Cotes R., Goldsmith D. (2022). The Tortoise Beats the Hare: The Case for Slow Clozapine Titrations with Serial CRP Monitoring (La tortuga vence a la liebre: el caso de las titulaciones lentas de clozapina con monitoreo serial de PCR). Psychiatria Danubina, 34(3):428-9.
- Ronaldson K., Fitzgerald P., Taylor A., Toplis D., Wolfe R., McNeil J. (2012). Rapid Clozapine Dose Titration and Concomitant Sodium Valproate Increase the Risk of Myocarditis with Clozapine: A Case-Control Study (La titulación rápida de la dosis de clozapina y el valproato de sodio concomitante aumentan el riesgo de miocarditis con clozapina: un estudio de casos y controles). Schizophr Res, 141(2-3):173-8.