

A. Rodríguez Martínez
J. Castaño Asins

Seguridad de ziprasidona en intoxicación: a propósito de un caso

Servicio de Psiquiatría
IAPS
Hospital del Mar
Barcelona

Ziprasidona es un fármaco neuroléptico comercializado en España desde enero de 2003¹. Es una bencisotiazolilpiperacina. Por su mecanismo de acción (bloqueo de serotonina y dopamina) se incluye en el grupo de los antipsicóticos atípicos.

Ziprasidona produce un aumento de leve a moderado en el intervalo QTc del electrocardiograma (ELG), como se ha demostrado en diversos estudios².

Existe escasa experiencia descrita en la literatura con sobredosis de ziprasidona.

Clínicamente se ha descrito sedación, náuseas, vómitos, temblor, sudoración, cefalea, enlentecimiento del habla, enlentecimiento de la conducción cardíaca, inestabilidad hemodinámica, marcha inestable, insomnio, cuadro confusional, efectos anticolinérgicos y, de forma transitoria, inquietud, parkinsonismo e hipertensión arterial^{1,3-5}.

Presentamos el caso de una paciente de 49 años diagnosticada de trastorno bipolar tipo I. No tiene alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes somáticos de interés.

En cuanto a los hábitos tóxicos, tiene antecedentes de tabaquismo moderado sin otro consumo de sustancias. En los últimos años se había mantenido relativamente estable psicopatológicamente en tratamiento con ziprasidona 40 mg/día y topiramato 200 mg/día. En cuanto a la enfermedad actual, en el último mes y medio inicia un cuadro depresivo. En dicha situación realiza una sobreingesta medicamentosa de 235 comprimidos de ziprasidona 20 mg (4.700 mg) y 11 comprimidos de clorazepato dipotásico 5 mg con finalidad autolítica. La sobreingesta fue realizada aproximadamente

a la 1 de la madrugada. Fue atendida en urgencias de hospital general aproximadamente a las 8 h de la sobreingesta. En la exploración física a su llegada al centro destaca una paciente somnolienta que abre los ojos a la estimulación, pero que no responde ni obedece órdenes. La tensión arterial es de 89/64 mmHg, la saturación arterial de oxígeno (AA) de 97%, la frecuencia cardíaca de 68 ppm, estando afebril, las pupilas son mióticas normorreactivas. Moviliza las cuatro extremidades, no existe focalidad aparente de los pares craneales, los reflejos osteotendinosos están presentes y simétricos y la sensibilidad táctil está preservada. A la auscultación cardíaca destacan tonos rítmicos, sin presencia de soplos; se ausculta un tercer ruido.

A la auscultación respiratoria se detecta la presencia de murmullo vesicular conservado. El resto de la exploración física es anodino.

En el ECG se aprecia ritmo sinusal a 75 ppm, el eje a 60°, espacio QTc dentro de la normalidad, sin alteraciones de la repolarización.

En la analítica urgente no se aprecian alteraciones significativas. Se administran 2 mg de flumazenil endovenoso (e.v.), mejorando el nivel de conciencia. Se administra carbón activado. Se realiza hidratación e.v. y medidas básicas de control y soporte, incluyendo monitorización electrocardiográfica continua. Tras pasar aproximadamente 10 h orgánicamente estable, sin alteraciones destacables y con buen nivel de conciencia se decide traslado a servicio de psiquiatría para ingreso.

La prolongación crítica del QTc y la aparición de arritmias no se han observado en los casos publicados hasta la fecha de intoxicación exclusivamente con ziprasidona. Si se han producido alteraciones cardíacas significativas en aquellas sobreingestas que se acompañan de otras sobredosis de sustancias cardiotóxicas. No se han descrito secuelas graves referentes a alteraciones del sistema nervioso central u otros sistemas orgánicos tras sobredosis exclusiva con ziprasidona hasta la fecha. Podemos afirmar que ziprasidona es un fármaco relativamente seguro, incluso en casos de sobredosis importante, en aquellos casos en los que no existen con-

Correspondencia:
Alfonso Rodríguez Martínez
Servicio de Psiquiatría
IAPS
Hospital del Mar
Paseo Marítimo, 25-29
08003 Barcelona
Correo electrónico: 94047@imas.imim.es

traindicaciones para su uso (pacientes con prolongación del intervalo QT o pacientes con tratamientos que puedan prolongar el intervalo QTc).

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez-Criado MS, Bernardo M, Flórez T, Gutiérrez JR, Gándia R, Ayani T. Ziprasidone overdose: cases recorded in the database of Pfizer-Spain and literature review. *Pharmacotherapy* 2005;25: 1660-5.
2. Harrigan EP, Miceli JJ, Anziano R, Watsky E, Reeves KR, Cutler NR, et al. A randomized evaluation of the effects of six antipsychotic agents on QTc, in the absence and presence of metabolic inhibition. *J Clin Psychopharmacol* 2004;24:62-9.
3. Trenton AJ, Ourrier GW, Zwemer FL. Fatalities associated with therapeutic use and overdose of atypical antipsychotics. *CNS Drugs* 2003;17:307-24.
4. Insa Gómez FJ, Gutiérrez Casares JR. Ziprasidone overdose: heart security. *Actas Esp Psiquiatr* 2005;33:398-400.
5. Arbuck DM. 12.800 mg ziprasidone overdose without significant ECG changes. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27:222-3.

J. Giner, et al.

X

J. Giner, et al.

X
