

Sobre el uso de antipsicóticos de depósito y anticolinérgicos parenterales.

About the use of depot antipsychotics and parenteral anticholinergic drugs.

Señores Editores:

Aunque no existen estadísticas al respecto, en nuestro medio puede verificarse con cierta frecuencia la administración concomitante de antipsicóticos de depósito (por ejemplo, decanoato de flufenazina o decanoato de haloperidol) junto a un fármaco anticolinérgico como el biperideno, ambos por vía intramuscular como tratamiento de mantenimiento en pacientes psicóticos crónicos. Supuestamente la finalidad de esta mixtura es prevenir la eventual presentación de síntomas extrapiramidales, sobre todo distonías agudas, en los pacientes a quienes se prescribe dichos neurolépticos.

Queremos discutir brevemente la racionalidad farmacológica de esta combinación: sabido es que casi el 95% de los casos de distonía aguda -el más precoz de los efectos extrapiramidales secundarios a antipsicóticos- suele presentarse antes de las 96 horas de aplicación del neuroléptico (1). Asimismo, aunque la profilaxis de la distonía aguda es asunto donde no hay unicidad de criterios, pues algunos autores sugieren prescribir el anticolinérgico solamente a pacientes con alto riesgo mientras otros prefieren condicionar su uso a la presencia del efecto secundario, el punto aquí es que, al oscilar la vida media del biperideno parenteral entre 18 a 24 horas (2), difícilmente se podría argüir que su administración intramuscular eliminará suficientemente el riesgo de distonía aguda en una persona a quien se inyecta decanoato de flufenazina o de haloperidol. Adicionalmente, aunque se ha descrito un pico de concentración plasmática en las primeras horas luego de la inyección del neuroléptico de depósito (3), no se ha encontrado correlación clínica de tal acmé con los efectos extrapiramidales -sobre todo parkinsonismo-, sino que éstos suceden recién tres a

diez días luego de la administración del neuroléptico de depósito, es decir, cuando el biperideno inyectado se ha desvanecido ya del organismo (4).

Hemos tenido oportunidad de atender pacientes a quienes se habían prescrito “las dos ampollas juntas cada mes” -antipsicótico de depósito y biperideno- y prescindían del primero en su creencia de que bastaba el anticolinérgico, suscitándose el consiguiente deterioro de su condición clínica. Siendo conocidos los potenciales efectos adversos del uso de anticolinérgicos: desde la mayor predisposición a discinesias tardías, las molestias por sus efectos autonómicos y centrales, además del riesgo adictivo de estos medicamentos -entre otros resultados deletéreos- es imperativo racionalizar su empleo: en el caso de neurolépticos de depósito, sería suficiente prescribir anticolinérgicos orales sólo a aquellos pacientes con alto riesgo de desarrollar efectos extrapiramidales y por el tiempo mínimo posible (5).

Existe una errónea percepción de que los antipsicóticos de depósito causan mayores efectos extrapiramidales que los antipsicóticos orales y ello suele acarrear una polifarmacia irracional (6) como la que acabamos de mencionar y que debiera abandonarse, sobre todo en un medio como el nuestro donde el uso de antipsicóticos de depósito sigue siendo de primera elección en un amplio grupo de nuestros pacientes (7).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Van Harten PN, Hoek HW, Kahn RS. Acute dystonia induced by drug treatment. *BMJ*. 1999; 319: 623-6.
2. Brocks DR. Anticholinergic drugs used in Parkinson's disease: An overlooked class of drugs from a pharmacokinetic perspective. *J Pharm*

- Pharmaceut Sci. 1999; 2: 39-46.
3. Wiles DH, Gelder MG. Plasma fluphenazine levels by radioimmunoassay in schizophrenic patients treated with depot injections of fluphenazine decanoate. *Br J Clin Pharmacol.* 1979; 8: 565-570.
 4. McClelland HA, Blessed G, Bhate S, Ali N, Clarke PA. The abrupt withdrawal of antiparkinsonian drugs in schizophrenic patients. *Br J Psychiatry.* 1974; 124: 151-159.
 5. World Health Organization (WHO). Prophylactic use of anticholinergics in patients on long-term neuroleptic treatment. A consensus statement. *Br J Psychiatry.* 1990; 156: 412.
 6. Patel MX, Taylor M, David AS. Antipsychotic long-acting injections: mind the gap. *Br J Psychiatry.* 2009;195: S1-S4.
 7. Sagástegui A. Neurolépticos de depósito. *Rev Neuropsiquiatr.* 1997; 60 (S1): S50-S61.

Lizardo Cruzado¹, Henry A. Huayanca²

¹ Médico Psiquiatra. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Médico residente de Psiquiatría. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.