

---

# Experiencia Clínica con Risperidona

Informe de tres casos.

*Clinical Experience with Risperidone.*

A report of three cases.

---

*Dr. José Modesto Meza\**

---

**RESUMEN.** En el Hospital Psiquiátrico "Santa Rosita", se usa la risperidona en tres pacientes esquizofrénicos crónicos, dos resistentes a los neurolépticos clásicos y uno libre de neurolépticos. Sus familiares corroboran resultados clínicos hospitalarios, al resocializarse a su hábitat natural: su familia.

**Palabras Clave:** *Esquizofrenia, Neurolépticos atípicos, Risperidona.*

**SUMMARY.** In the "Santa Rosita" Psychiatric Hospital, we use risperidone in three schizophrenics; chronic patients; two patients were resistant to classic neuroleptics and one free of neuroleptic. Their family confirmed successful clinical results.

**Key Words:** *Schizophrenia, Atypical, Risperidone.*

## INTRODUCCIÓN

En 1997, Honduras tiene una población de 5.754.512 habitantes. La mitad de la población son mayores de 15 años y la otra mitad son menores de 15 años.

---

Jefe de Servicios Médicos, Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, Tegucigalpa, Honduras.

Extrapolando porcentajes de otros países<sup>(12)</sup>, el 1% de la población mayor de 15 años padece de psicosis, aproximadamente 28.772, de estos 25.895 son esquizofrénicos, el 0.9% de la población mayores de 15 años de edad.

Desde Bleuler y Freud, que introducen el criterio de pérdida de la unidad o perturbación de la interacción entre las partes de la personalidad (pensamiento, afectividad, instancias psíquicas), Karl Jaspers que introdujo el criterio de continuidad o quiebra del curso biográfico individual para caracterizar dos variedades de psicosis proceso y desarrollo, así como la incurabilidad de la enfermedad que esto implica.

En 1970, el chileno Juan Marconu Tassara<sup>in)</sup>, describe la psicosis como "la mutación insólita y productiva de la estructura de la conciencia de realidad total o alguno de sus componentes (cognitivos o afectivos). La psicosis cognitiva escindida como define a la esquizofrenia con tres criterios: juicios delirantes, pseudopercepciones fragmentarias (alucinaciones auditivas) y mutación de las relaciones semánticas (disgregación del pensamiento).

Dentro de éste panorama poliformo, se ha reconocido desde hace tiempo dos grupos de síntomas: los po-

sitivos y los negativos<sup>10</sup>. Los síntomas positivos son: el delirio, la alucinación auditiva y la desorganización del pensamiento. Los síntomas negativos son: embotamiento afectivo, pobreza del pensamiento, pérdida de motivación, retraimiento, anhedonia, apatía, retardo motor, pobre cuidado personal y afectación de las relaciones sociales.

En 1980 Tim Crow divide a los síntomas positivos y negativos en dos síndromes: Tipo I y Tipo II. Nancy Andreasen en 1987<sup>(1)</sup> hace énfasis en los síntomas positivos y negativos en el diagnóstico de Esquizofrenia. En 1990 la misma Andreasen encontró que la mayoría de los enfermos, tanto agudos como crónicos, tenían sintomatología mixta. En 1988 Carpenter plantea que los síntomas positivos y negativos constituyen distintos dominios que deben ser estudiados por separado.

Desde 1950 con el descubrimiento de la clorpromazina hasta 1984<sup>(6)</sup>, con el descubrimiento de la risperidona por Paul Janssen, son múltiples los tratamientos farmacológicos que se han puesto en el mercado. La risperidona es un derivado benzisoxazol, con prominente acción antiserotoninérgica (5-HT<sub>2</sub>) como actividad antidopaminérgica (D<sub>2</sub>).

#### SUJETOS Y MÉTODO

El equipo de Trabajo del Hospital Psiquiátrico «Santa Rosita», hace un seguimiento de tres pacientes diagnósticos psicopatológicamente como esquizofrénicos. El seguimiento incluyó una historia clínica completa y entrevistas semanales en que se evaluaba las psicoreacciones personales, familiares y del entorno.

La respuesta al psicofármaco risperidona por cada uno de los pacientes se llevó a cabo mediante un protocolo de la PANSS (Escala de Síntomas Positivos y Negativos)<sup>(9)</sup> y la presencia de SEP (síntomas extrapiramidales).

El período de seguimiento hospitalario, tanto intra como extrahospitalario, cubrió desde 2 semanas de hospitalización y su seguimiento hasta octubre de 1997 y su Consulta Externa, dos en el hospital y uno en la clínica privada de uno de los psiquiatras. La familia ha comprado los medicamentos.

#### CASO No. 1

R.CH. M, 29 años, llegó hasta tercer año de Ingeniería Civil, ingresado el 1-3-97, con diagnóstico Esquizofrenia Paranoide(F20.0) en la sala Varones 1, Conocido en hospital Mario Mendoza desde 1990, se trató con neurolépticos clásicos sin ninguna respuesta. En múltiples ocasiones el paciente ha agredido a sus padres. Estuvo en Hospital de Día, sin mostrar interés. En 1988 trauma cerebral por accidente automovilístico. En junio de 1989, previo noviazgo se casa, su esposa tenía un mes de embarazo. Abandona el hogar cuando su primogénito tenía doce días de nacido, y entra en depresión por lo que fue tratado en distintas clínicas privadas nacionales y del exterior. En junio de 1989 comienza a escuchar voces, incluso le hacen una Tomografía axial computarizada cerebral, que resultó normal. En 1990 le hacen en Hospital Mario Mendoza, serie de 6 choques eléctricos con escasa respuesta y se fuga del hospital. Ya en su casa, agresivo verbalmente y físicamente con familiares, dice que los que están en su casa, no son sus padres, rompe los trastes de cocina, insomnio total, desatino, fuma y come en exceso, descende su aseo personal. Hace 2 años se pone obeso. El paciente niega lo expuesto por la familia y dice que son hipócritas, renuente a quedarse interno, desorientado en tiempo y espacio, memoria alterada. Dice que es millonario, que tiene 6 millones en el Banco Atlántida, que lo obtuvo vendiendo carros. No piensa hacer nada con el dinero. Se le encuentra P/A=170/140. Se le aplica haloperidol dos ampollas I.M. tid por cinco días y no responde, luego pasa a trifluoperazina 6 mg:l bid y 3H.S. El 12-3-97 se le agrega clorpromazina 100 mg 3 H.S. El 19-3-97 sobresalen síntomas negativos. El 19-3-97 se inicia risperidona 3 mg 1/2 tab bid por 3 días y luego 1 bid por 7 días. Los primeros siete días insomne toda la noche. El 8-4-97 se combina risperidona con clorpromazina. El 16-4-97 duerme bien. Se baña solo, siempre con risperidona 3 mg 1 bid y CPZ 4 H.S. El 7-5-97 el paciente se ve más activo y comunicativo. Se disminuye CPZ a 11 ;2 H.S. El 13-5-97 con 43 días con risperidona. Efecto es lento. El 28-5-97 ha mejorado poco con risperidona. Se refiere al cardiólogo y reporta taquicardia Sinusal y Eje izquierdo. Se va de alta. El 11-6-97 ha mejorado en su aseo personal, sale a la Peatonal y se mantiene con risperidona 3 mg 1 bid (8am. Y 8pm.) y CPZ 100mg 3H.S. Pesa 280 libras. Paciente muy ansioso con sudoración profusa, cree

que se le va a internar de nuevo, y se decide que los familiares vengan sólo a traer las recetas e informen sobre el paciente. El 16-7-97 se mantiene con risperidona y CPZ y hay mejor adaptación al hogar. El 25-9-97 los familiares lo reportan con mejoría. Hay más sociabilidad y mejor ámbito familiar. Su hermano dice: "se nos ha quitado un peso de encima...".

Paciente manejado por el Dr. Leonte Palláis Velásquez.

### CASO No. 2

L.P.CH., 27 años, soltera, estudiante de Pedagogía de la UNAH, es ingresada al Hospital Santa Rosita, a la sala Mujeres 1, el 30-12-96 por agresividad e insomnio, previamente con 6 ingresos Hospital Mario Mendoza. Tratada con trifluoperazina y difenilhidantoína. Aquí se trató con tioridacina, carbamazepina y decanoato de flufenazina. Cinco días antes de su ingreso cambios conductuales, caracterizados por fuga geográfica, sale de su casa a caminar bajo la lluvia, con pasos de a metro, además risa y llanto inmotivado, agresividad física y verbal "los insulta con palabras soeces y los acusa de que su novio la haya dejado, golpea a la madre cuando trata de bañarla. I.Dx. Esquizofrenia Hebefrénica. (F20.1). Se trató con haloperidol y diazepam parenteral. Personal de Enfermería reporta que se autoaisla. El 6/1/97 la reportan agitada, pueril, descuidada de su persona, superficial, defecada en su uniforme. Una tía de la paciente dice que esta hace 3 años hizo pseudociencia y fue el factor desencadenante que la dejara su novio. El 22-1-97 se inicia clozapina de 100mg 1 tid con hematológicos semanales. El 27-1-97, la paciente va de compras a Plaza Miraflores y se puso muy inquieta, soez, hostil, se porta mal y se defeca en la cama. El 30-1-97 persisten síntomas negativos. El 6-2-97 se sube clozapina de 100mg a 1-1-2. El 18-2-97 se ve pobre respuesta a clozapina, cuando se llama a consulta no se sienta sino que prefiere estar de pié y con los hombros caídos. El 10-3-97 se presenta completamente miccionada. El 25-3-97 se omite clozapina y se vuelve a tioridacina. Se va de alta el 4-6-97. El 9-6-97 regresa de nuevo, vuelve agresiva, lanzaba piedras a los carros, se desnudaba en la calle. Agrede a sus familiares. Se fue a caminar a la calle bajo lluvia y una niña le dijo: "Adiós, Paty loca..." y un vendedor de gaseosas le dijo: "es bonita, pero es loca..." y los agarró a pedradas. Reluctante a bañarse y se pone la ropa al revés. El 10-6-97 se inicia risperidona 3mg:1/2-1/2 por tres días. Se nota

negativa, hostil, peleando con otras pacientes de la sala, luego se sube risperidona 3 mg: 1 bid. El 16-6-97 desajustada, haciendo ruidos de clip con la garganta, descuida su persona. El 1-7-97 más comunicativa, siempre superficial y poco expresiva. El 27-7-97, estuvo dos días sin risperidona 3 mg, y se puso agresiva, agarró del pelo a una paciente, la arrinconó en la pared y le reventó la boca. El 7-8-97, comienza con risperidona 3 mg: 1 bid y se baña un día de por medio. Luce aseada con cuidado de su persona. El 14-8-97 se subió risperidona a 4.5 mg bid. El 18-8-97 hay una leve mejoría. No se baña, no se cambia ropa. Come en la cama y se orina en la cama. El 1-9-97 se reporta risperidona por horario: 8 am., 2pm., 8pm. El 16-9-97 luce más comunicativa, entra saludando y se sienta, aunque sin expresión facial y se va de alta. El 22-9-97 viene la madre y dice que la mira bien. Cuida de su persona, de su ropa, se peina y se baña. Ella desea estar con la familia y por ello Doctor "somos capaces de hacer cualquier sacrificio...".

La paciente fue manejada por el Dr. Emiliano Pacheco Rivera.

### CASO No. 3

J.N.S.M., 37 años, Bachiller en Ciencias y Letras, soltero, sin hijos. Se ingresó a la Unidad de Alcoholismo el 7/6/97, con historia de alcoholismo crónico y a los 25 años de edad un psiquiatra le diagnosticó Depresión Endógena Bipolar, se manejó con sertralina 0 de 50 mg 1 tab. diaria. El 9-6-97 se reporta insomne y triste. El 9-6-97 el paciente dice: "oigo voces que me dicen que me haga pupú en la cama...", habla incoherencias "yo pertenezco al Opus Dei, yo recibo instrucciones de Nicaragua". No se alimenta. Luce sumamente pálido, no asiste a las sesiones de A. A. institucional, ni participa en nada. Se le somete a sueroterapia. El 11-6-97 un psiquiatra manifiesta que el Altruline le aumenta la psicosis. Desde hace 27 años manejado como Depresión Endógena concomitante con alcoholismo. Ocultó a su padre, a su hermano y al psiquiatra tratante, que tenía pseudopercepciones fragmentarias manifestadas como voces masculinas que le dan órdenes, la consideración personal de que lo espían, se burlan de él, lo observan y lo persiguen. Refiere que le interfieren el pensamiento con ideas ajenas. Sus insomnios son frecuentes y el más largo ha sido de 15 días, habiendo presentado ideas locas extravagantes y excéntricas. Religiosamente confundido entre Benny

Hinnes, un predicador evangelista -uno de cuyos libros porta-, su militancia al Opus Dei, sus anhelos de recuperación en A.A. y su sensación de ser pecador. Una noche antes del 12-6-97 una enfermera lo reporta con carcajadas altisonantes, tenebrosas, como de películas de terror, otras veces con soliloquios, se puso a trapear en un solo sitio "como disco rayado". Desconfiaba del Coordinador de la Unidad de Alcoholismo y que sospechaba le echaba veneno a la comida. Relata: que «lo bueno de esto es que me ha ocurrido en el hospital»; que «si me pasa en la casa, nadie lo sabría». Hoy empezó a alimentarse por cuenta propia, desde ayer recibe Haloperidol 5mg I.M. tid por tres días, luego haloperidol oral 5mg tid por dos días más, por haber presentado sialorrea. Coincidió con los colegas que se trata de una Esquizofrenia Paranoide (F20.0), de largo antecedente larvado por conducta alcohólica coexistente. El 17 inicia risperidona 3 mg: 1/2 tableta bid por tres días, luego 3mg 1 tab bid. El 22-6-97 paciente lúcido: "siento que soy yo, sin estar dopado o agobiado por el tratamiento, refiere haber mejorado su capacidad de concentración, la disciplina de permanencia en las sesiones de A.A., su capacidad de comprensión de la lectura y sueño es adecuado. El 29-6-97 paciente compensado, estable, con funciones cognoscitivas adecuadas con planes futuros por concretar. El 4-7-97 luce en mejores condiciones y fue dado de alta.

El paciente fue manejo por el Dr. Octavio Rubén Sánchez Midence.

## DISCUSIÓN

La risperidona puede ser usado como agente antipsicótico de primera línea<sup>(13)</sup> y lo hemos corroborado con el tercer caso. Para Baldessarini<sup>(12)</sup>, la risperidona puede ser considerada un agente antipsicótico "cuantitativamente atípico" en que los efectos extrapiramidales colaterales son limitados en pocas dosis. Lo más comunes efectos adversos de la risperidona son: insomnio, ansiedad, agitación, sedación, vértigo, rinitis, hipotensión, aumento de peso, disturbios menstruales. No se observó en ninguno de los tres pacientes. En el segundo caso hay que esperar un tiempo prudencial aún. En el primer caso el paciente es obeso y el insomnio era persistente, por lo que hubo necesidad de combinar risperidona con

clorpromazina y así se ha manejado hasta la fecha. El tratamiento de la Esquizofrenia asienta en el esquizofrénico y su grupo de pertenencia<sup>14</sup>. Se han planteado diversas medidas terapéuticas, que surgen sin duda del diagnóstico preciso y de la buena relación médico-paciente, destinadas a devolver la libertad al paciente, disuelta en la maraña del mundo psicótico. Hoy en día, el énfasis terapéutico está dado en mantener y recuperar la personalidad del paciente libre de síntomas productivos y evita nuevos brotes, lo que posibilitará construir una psicoterapia integradora y aglutinante, que le vaya entregando alternativas nuevas de relación, comunicación y movilización de sus afectos, para que progresivamente se integre a un mundo real y compartido a través de su actividad laboral, al comienzo protegida y acorde a sus capacidades.

Para comprender el mundo del esquizofrénico es necesario adentrarnos en su familia, que constituye la unidad básica de desarrollo, de realización o de fracaso, en especial en la dialéctica salud-enfermedad de Cualquiera de sus miembros.

Sólo en la relación interpersonal del encuentro humano médico-paciente es donde se puede aprender la esencia y la vivencia de tan peculiar modo de ser y de enfermar.

Pese a las constantes discrepancias sobre la etiología de la Esquizofrenia, en la práctica clínica, el respeto y la claridad de la acción terapéutica, permiten ayudar eficazmente a aminorar el sufrimiento humano.

Por otro lado, nos situamos frente a la afección nuclear que es el centro de la tarea de la Psiquiatría: dilucidar, investigar y tratar la locura.

## REFERENCIAS

1. Andreasen, N.C., The diagnosis of Schizophrenia, Schizophr Bull, 1987 (13:9-22).
2. Baldessarini, Ross J., Drugs and the treatment of Psychiatric Disorders, Goodman & Gilman's, The Pharmacological Basis of Therapeutics, Ninth Edition, Me Graw Hill, 1996, New York, U.S.A.
3. Brecher, M. Seguridad de la Risperidona a largo plazo, Janssen Research Foundation Titusville, New Jersey, 1997.

4. Duran, Eduardo, Cap. 13, Esquizofrenia, Psiquiatría, Gomberoff y Jiménez, Ediciones Medcom, Santiago, Chile, 1982.
5. Janssen, P. Risperidona Monografía, México, D.F., 1996.
6. Janssen, P. Risperidona: Preguntas y Respuestas, México, D.F., 1996.
7. Janssen, P. Risperidona: Guía Práctica de Tratamiento, México, D.F., 1996.
8. Janssen, P. Papel de la Familia en el tratamiento de la Esquizofrenia, México, D.F., 1997.
9. Kay S.R., Opler, L.A., Fiszbein A., The positive and negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia, Schizophr Bull, 1978,13,262-276.
10. Lagomarsino, A.J., Síntomas positivos y negativos de la Esquizofrenia, Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina, 41(2), 141-147,1995, Buenos Aires, Argentina.
11. Marconi T., J., Una teoría psicopatológica estructural de la psicosis, Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina, 1970; 16,15-32.
12. Marconi T., J., Política de Salud Mental en América Latina, Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina, 1976; 22,112-120.
13. Meltzer, H.Y., Atypical Antipsychotic Drugs, 1281-1283, Psychopharmacology, The fourth generation of Progress, Floy E. Bloom, David J. Kupher, Raven Press, 1994, New York, USA.