

CARTA AL DIRECTOR

Tratamiento de la elevación de prolactina por psicofármacos en personas con discapacidad intelectual



Treatment of prolactin elevation by psychotropic drugs in people with intellectual disabilities

La utilización de psicofármacos en personas con discapacidad intelectual (DI) es frecuente por la alta prevalencia de trastornos mentales y de conducta en esta población. Es un fenómeno poco descrito en la literatura científica. En una carta analizamos el tema en un grupo de personas¹.

No obstante, una carta al director publicada recientemente², nos sugiere abordar algunos aspectos del problema.

- Entre las causas de hiperprolactinemia, la más frecuente es la acción de los antipsicóticos³.
- Al prescribir antipsicóticos es preciso realizar pruebas que incluyan determinación de prolactina de forma basal, así como cada 3, 6, 12, 18, 24 meses, y posteriormente una vez al año⁴.
- La prevalencia de hiperprolactinemia por antipsicóticos es diferente para cada uno de ellos. Se consideran antipsicóticos «ahorradores de prolactina»: olanzapina, ziprasidona, clozapina, quetiapina y aripiprazol. Esto es porque la elevan menos que otros antipsicóticos: sulpirida, risperidona, paliperidona, etc.⁵.
- Ante un caso de persona con DI con prolactina elevada por antipsicóticos, es preciso conocer la historia previa (aparición, evolución, relación con los fármacos, etc.), así como saber si existe sintomatología acompañante: galactorrea, disfunción sexual, etc.
- Las distintas opciones para el tratamiento de la hiperprolactinemia por antipsicóticos son:
 - Si es posible, disminuir la dosis del antipsicótico. Conviene hacerlo de un modo progresivo. Si existe diagnóstico de esquizofrenia o trastorno psicótico, tener en cuenta la historia previa y si la persona ha mejorado o remitido con ese fármaco valorar el riesgo de la

recaída. Si se tratara de un diagnóstico de trastorno de la conducta sería menos difícil asumir el cambio de medicación. Esta medida suele conseguir un descenso del nivel de prolactina.

- Cambiar a otro antipsicótico «ahorrador de prolactina». Este cambio debe ser: añadir el nuevo antipsicótico y luego retirar el otro⁶.
- Añadir aripiprazol al tratamiento basal⁷. Es la mejor operación cuando no debemos modificar el antipsicótico actual por su buena acción.
- Cambio a aripiprazol⁸. Primero añadir el nuevo fármaco y luego bajar el otro antipsicótico lentamente.
- Añadir litio, solamente si el paciente tiene además un trastorno bipolar⁹ (en nuestro grupo de pacientes el 1,3%).
- Añadir un agonista dopaminérgico⁷. Tanto cabergolina como bromocriptina son eficaces si se trata de una subida de prolactina leve y está compensado psicopatológicamente el paciente. El riesgo es la exacerbación de la psicosis.
- Además, es necesario determinar estado hormonal gonadal con FSH, LH y testosterona⁸.
- Es necesario tratamiento sustitutivo con estrógenos en la mujer y testosterona en el varón, si presentan hipogonadismo secundario⁷.
- En pacientes con hiperprolactinemia y más de 5 años de exposición al antipsicótico, se debe realizar un examen de densidad ósea para valorar riesgo de osteoporosis y fractura, así como estudio de vitamina D⁸.
- Es preciso informar adecuadamente a la persona con DI y a su familia. Así como hacerles partícipes de la estrategia seguida para corregir el problema¹⁰.

Se trata de un proceso algo complejo y que requiere la participación de varias disciplinas médicas: medicina familiar y comunitaria, endocrinología, psiquiatría, reumatología, análisis clínicos, etc.

Agradecimientos

Agradecemos la especial contribución en el trabajo del psiquiatra Dr. Fidel J García Sánchez, de las psicólogas clínicas Dña. Núria Miguel de Diego y Dña. Ione Esquer-Terrazas, así como el psicólogo clínico Dr. José Antonio López Villalobos.

Bibliografía

1. González-Pablos E, López-Villalobos JA, Valles de la Calle JM, Paulino-Matos P. Elevación de prolactina en personas con discapacidad intelectual con tratamiento psicofarmacológico. *Semergen*. 2019;45:e1-8.
2. Muquebil Ali Al Shaban OW, Pérez Castro P. Aripiprazol en el tratamiento de pacientes con discapacidad intelectual y elevación de los niveles de prolactina. *Semergen*. 2019.
3. Halperin Rabinovich I, Camara Gómez R, García Mouriz M, Ollero García-Agulló D. Guía clínica de diagnóstico y tratamiento del prolactinoma y la hiperprolactinemia. *Endocrinol Nutr*. 2013;60:308-19.
4. Sáiz Ruiz J, Bobes García J, Vallejo Ruiloba J, Giner Ubago J, García-Portilla González MP. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36:251-4.
5. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Orey D, Richter F, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: A multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2013;382:951-62.
6. Bernardo M, Vieta E, Saiz J, Rico-Villademoros F, Álamo C, Bobes J. Recomendaciones para el cambio de antipsicóticos. Posicionamiento de las Sociedad Española de psiquiatría y de la sociedad Española de Psiquiatría Biológica. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2011;4:150-68.
7. Rubio-Abadal E, Usall J. Hiperprolactinemia y tratamiento antipsicótico. Manifestaciones clínicas y manejo. *Psiquiatr Biol*. 2013;20:27-34.
8. Montejo AL, Arango C, Bernardo M, Carrasco JL, Crespo-Facorro B, Cruz JJ, et al. Consenso español sobre los riesgos y detección de la hiperprolactinemia iatrogénica por antipsicóticos. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Bar)*. 2016;9:158-73.
9. Murru A, Varo C. Causas y manejo de la hiperprolactinemia por antipsicóticos. *Psiquiatr Biol*. 2015;22:13-7.
10. Deb S, Kwok H, Bertelli M, Salvador-Carulla L, Bradley E, Torr J, et al. Guía internacional para la prescripción de psicofármacos en el tratamiento de problemas de conducta de adultos con discapacidad intelectual. *World Psychiatry (Ed Esp)*. 2009:181-6.

E. González-Pablos, C. Martín-Lorenzo,
J.M. Valles-de la Calle y P. Paulino-Matos*

Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias, Palencia, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: newsotam@gmail.com
(P. Paulino-Matos).