



CARTA CLÍNICA

Ideación suicida por pregabalina. Caso clínico en atención primaria



Suicidal ideation due to pregabalin. Clinical case in primary care

Presentamos a una paciente de 87 años con antecedentes de dislipemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dolor crónico de extremidades inferiores de carácter mixto, mecánico y neuropático. En tratamiento con olmesartán, amlodipino, hidroclorotiazida, metformina, paracetamol, y pregabalina de reciente inicio. Refiere ideaciones suicidas recurrentes, en probable relación con la ingesta de pregabalina. El caso clínico muestra los pasos realizados hasta el diagnóstico y el control de los síntomas.

El motivo de consulta es la aparición de ideas de suicidio recurrentes en dos ocasiones, que se iniciaron aproximadamente al mes de comenzar tratamiento con pregabalina 50 mg en dosis única nocturna, por empeoramiento del componente neuropático de su dolor crónico.

Ambos episodios consistían en pensamientos impulsivos de saltar por las escaleras de su domicilio, que le provocaban a la paciente gran desasosiego y las vivenciaba como ajena a ella, y al intentar racionalizar esos pensamientos y tranquilizarse mediante la ingesta de infusiones y ejercicios de relajación iban desapareciendo en el plazo de dos horas aproximadamente, sin materializarse en ningún caso. El intervalo entre ambos episodios fue de tres semanas.

En la anamnesis no se objetivan síntomas de ansiedad ni depresión, que corrobora la familia acompañante. Se lleva a cabo entrevista individual con la paciente, quien no refiere ánimo bajo. Explica ideas de muerte pasivas, recurrentes en dos ocasiones de forma muy similar, vividas de forma egodistónica («yo no quiero hacerlo») que impresionan de pensamientos intrusivos en forma de impulsión, de los cuales hace crítica. Niega intencionalidad activa autolítica. Relata poner en marcha estrategias de distracción en esos momentos, sobre todo la ingesta de infusiones relajantes. Interrogada sobre posibles desencadenantes, refiere la ingesta de pregabalina desde hace algo más de cuatro semanas.

En la exploración física la paciente está consciente y orientada en las tres esferas. Abordable y colaboradora, adecuada conductualmente, con normoprosexia y sin fallos amnésicos. No agitación psicomotriz, ni clínica maniforme. Planes de futuro a corto-medio plazo coherentes.

Autocuidado conservado. Discurso coherente y fluido sin alteraciones en el curso y contenido del pensamiento, juicio de realidad conservado, y ritmos cronobiológicos preservados.

En la consulta se realiza test de Lobo como cribado de deterioro cognitivo, consiguiendo una puntuación de 29 sobre 30, lo que hace poco probable la presencia de deterioro cognitivo. Además, se solicita una analítica que incluye hemograma, bioquímica con función hepática y renal, hormonas tiroideas, vitamina B12 y ácido fólico, y tomografía axial computarizada (TAC) craneal como estudio para descartar causas orgánicas que estén generando el cuadro presentado. Los datos de laboratorio fueron normales y en la TAC solo presentaba signos degenerativos acordes con la edad de la paciente.

Ante la sospecha de efecto adverso farmacológico, se retira la pregabalina como única medida terapéutica.

En visitas de control periódicas realizadas durante las siguientes doce semanas, la paciente no vuelve a presentar ideas de muerte pasiva, ni pensamientos impulsivos similares.

Teniendo en cuenta la secuencia temporal tras la administración del fármaco, la aparición de las ideas y la desaparición de las mismas tras la retirada del mismo, y no objetivándose además en ese momento y hasta la fecha actual proceso psiquiátrico subyacente, ni observándose factores exógenos que puedan justificar la aparición de lo descrito previamente, se diagnostica a la paciente de ideas autolíticas, concretamente ideas de muerte pasivas que aparecen en forma de impulsión con capacidad de control y vividas de forma egodistónica, por la toma de pregabalina.

La pregabalina, análogo del ácido gamma-amino-butyrico (GABA), es un fármaco eficaz en el tratamiento del dolor neuropático, tanto de origen central como periférico, en la epilepsia y en el trastorno de ansiedad generalizado.

Entre sus efectos adversos, los mareos y la somnolencia son los más frecuentes¹, pero también se ha observado asociación con disminución de la atención y concentración, estados de confusión y deterioro mental, y también están descritos riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas².

En estudios comparativos entre pregabalina y gabapentina se concluye que los efectos adversos de ambos fármacos dependen de la dosis y son reversibles si se interrumpe la medicación. Sin embargo, a dosis elevadas la pregabalina es menos segura³, debido a que las concentraciones sanguíneas

de la misma aumentan proporcionalmente al incremento de la dosis, lo cual no ocurre con la gabapentina.

En la base de datos europea de farmacovigilancia se registraron un total de 1.616 casos de pregabalina como «fármaco sospechoso» con el efecto adverso de «suicidio». Dichos trastornos aparecían aproximadamente un mes después del inicio del tratamiento y la retirada del fármaco llevaba a la desaparición de los síntomas en un 30% de los casos⁴.

En un estudio con más de 120.000 pacientes en tratamiento con pregabalina se ha demostrado que el riesgo de intento de suicidio aumenta aproximadamente un 30%⁵.

La ideación y la conducta suicida son efectos adversos conocidos de los antiepilépticos, incluyendo la pregabalina. Hasta la fecha no se puede aseverar, en base a las publicaciones existentes, si la aparición de este efecto adverso es dosis dependiente, o si puede afectar más a algunas franjas etarias, o en relación con la toma simultánea de otros fármacos, por lo que deberán hacerse más estudios sobre estos aspectos, puesto que es un fármaco ampliamente prescrito.

Es importante informar a los pacientes e incluso a familiares y amigos del riesgo de pensamientos y acciones suicidas, para detectar cualquier cambio en el estado anímico o pensamientos que pueden surgir durante el tratamiento.

Financiación

El presente artículo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Consideraciones éticas

Se ha contado con el consentimiento de la paciente para la presente publicación.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ficha técnica de medicamento: Pregabalina. Madrid: AEMPS; 2024. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/79362/79362-ft.pdf>
2. Jeon SM, Lim HJ, Cheon HB, Ryu J, Know JW. Assessing the labeling information on drugs associated with suicide risk: Systematic review. *JMIR Public Health Surveill.* 2024;10:e49755.
3. Switching between gabapentin and pregabalin for neuropathic pain. Disponible en: <https://www.sps.nhs.uk/articles/switching-between-gabapentin-and-pregabalin-for-neuropathic-pain/>
4. Lamberth A, et al. Pregabalin and suicidality. *Fundam Clin Pharmacol.* 2019;33 Suppl 1, 39 (abstract PM2-022).
5. Reacciones adversas e interacciones. Pregabalina: suicidios [y depresión respiratoria]. *Rev Prescribe.* 2019;39:911. Disponible en: <https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/may202101/20.pre/>

A.M. López Carabaño^{a,*}, M. Escudero Araus^b, J.J. Docavo Barrenechea-Moxo^c y J. Bengoechea Aldaz^a

^a Medicina de Familia, Centro de Salud Reyes Magos, Dirección Asistencial Este, Servicio Madrileño de Salud, Alcalá de Henares, Madrid, España

^b Medicina de Familia, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^c Medicina de Familia, Centro de Salud Mar Báltico, Dirección Asistencial Este, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(A.M. López Carabaño\).](mailto:nadie20@gmail.com)