



## INDICE

- DESEQUILIBRIOS QUÍMICOS
- BUMETANIDA PARA TRATAR LAS ALUCINACIONES
- LA OMS ACTUALIZA LA LISTA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
- BOLETIN INFAC: NOTAS DE SEGURIDAD Y ALERTAS 2015 Y 2016
- EFECTIVIDAD DE LOS ANTIPSICÓTICOS EN EL MUNDO REAL
- ARISTADA
- ¿ASOCIAR BENZODIACEPINAS A ANTIDEPRESIVOS?
- FARMACOTERAPIA NO CONVENCIONAL DE LA ESQUIZOFRENIA
- MANEJO CLÍNICO DEL CÁNCER EN LA ESQUIZOFRENIA
- INTERACCIÓN ENTRE RIFAMPICINA Y CLOZAPINA
- LITIO Y MALFORMACIONES CARDIACAS
- ¿HABRÁ QUE IR DESPIDIÉNDOSE DEFINITIVAMENTE DEL MODECATE?
- EL DILEMA DE LA EPILEPSIA
- ACTUALIZACIÓN AEMPS ENOXAPARINA (CLEXANE)
- LOS FÁRMACOS QUE MUEVEN MÁS PASTA EN EL MUNDO
- ¿MERECE LA PENA UTILIZAR SISTEMÁTICAMENTE ANTICONVULSIVANTES EN LOS TRATAMIENTOS CON CLOZAPINA?
- OPIÁCEOS, PRESENTACIONES Y RIESGO DE ABUSO
- ¿SESGO DE GÉNERO EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDEPRESIVOS?
- INDEMNIZACIÓN MILLONARIA EN EEUU A UN NIÑO CON ESPINA BÍFIDA EXPUESTO EN VIDA INTRAUTERINA A VALPROATO...Y DE PASO RECUERDO DE RECOMENDACIONES PARA SU USO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

## DESEQUILIBRIOS QUÍMICOS



ridiculizada. Y no lo es porque una idea muy compleja terminó popularizándose, mercantilizándose, e incluso enseñándose de forma más que simplona, infantil. Una neuroquímica de andar en casa (y en zapatillas) en el que las cosas se reducían a subirte un poco la serotonina, bajarte un poco la dopamina, darle un empujoncito al GABA o aumentarte una pizca la noradrenalina. Algunos prospectos del marketing de la industria, o algunas informaciones en los medios de comunicación generales son un ejemplo. Por cierto, algo copiado por la industria de los suplementos

No debe de resultar extraño que la idea de que las alteraciones en los neurotransmisores, es decir, en la “química cerebral”, estén en la base de las principales enfermedades psiquiátricas se haya visto tan denostada y hasta



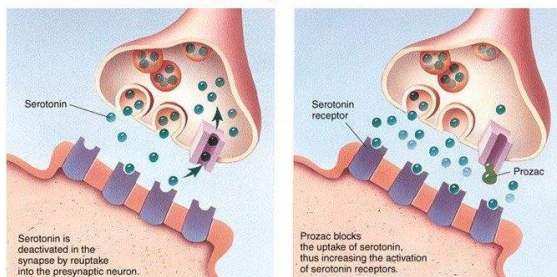
alimentarios, que lo mismo te suben el magnesio, que te bajan el sodio, o te aportan zinc o glutamina. O te aportan serotonina, claro. El cuestionamiento del papel de la “química” en los procesos mentales, y más aún, en los mecanismos de acción de los psicofármacos, o más bien, ha calado muy hondo, y como digo, probablemente con razones.

Bueno, [Slate Star Codex](#) es un estupendo blog mantenido por Scott Alexander (sospechamos que no es su nombre real), un psiquiatra (hasta hace muy poquito residente de psiquiatría) americano, con variopintos contenidos sobre ciencias, medicina, filosofía, política y futurismo (sic). Este post tiene ya más de dos años, pero nos ha parecido pertinente recuperarlo como reflexión. [Quemical Imbalance](#) (desequilibrio químico) se titula, si queréis leerlo completo. Pero por si no os apetece, me ocupo de extraeros un fragmento que más o menos refleja sus argumentos:

*“Muchos de los argumentos más o menos antipsiquiátricos más populares desacreditan la idea de que la conducta humana, la enfermedad mental, los estados emocionales o los fenómenos psíquicos en general tengan que ver con alteraciones “químicas” subyacentes. O desde otros ámbitos neurocientíficos para hablar de cosas como la neurogénesis hipocámpica o la neuroinflamación. Bueno, es que la neurogénesis hipocámpica está mediada por factores neurotróficos, que son sustancias químicas. Y la neuroinflamación está medida por citocinas, también sustancias químicas. Y si crees que la depresión puede ser provocada por factores de estrés, la hormona que se pone en marcha en situaciones de estrés es el cortisol, otra sustancia química. Si crees por otro lado que la causa es genética, los genes codifican proteínas, también*

**Action of an SSRI (fluoxetine=Prozac)**

Blockade of Serotonin Reuptake by Fluoxetine



*sustancias químicas. Y si crees que es la mala dieta la que produce depresión... ¿de qué crees que está hecha la comida? La diabetes está producida por un desequilibrio químico, demasiado azúcar, o escasa insulina. El Parkinson deriva de la escasez de la sustancia química dopamina en los ganglios basales. Los ataques cardiacos, de depósitos de sustancias químicas en forma de placas en las coronarias. Los pasajeros del Titanic, por demasiada agua (otra*

*sustancia química), en los pulmones. Y los habitantes de Hiroshima, por un exceso de Uranio-235. Y es que en realidad, cualquier cosa que no esté causada por espíritus es más que probable que esté motivada por algún desequilibrio químico, en algún sentido de la palabra”*

**BUMETANIDA PARA TRATAR LAS ALUCINACIONES**

Publicado en [Schizophrenia Research](#) por un grupo de investigadores iraníes, defiende la eficacia de la Bumetanida, un diurético del asa, para tratar las alucinaciones auditivas en pacientes con esquizofrenia. Hay que confesar que los mecanismos de acción propuestos son un tanto complejos o rebuscados. Y es que la Bumetanida es algo más que un modesto diurético del asa, es un inhibidor selectivo NKCC1, es decir, algo así como un cotransportador de iones Cl que además se las arregla para restaurar las funciones gabaérgicas en trastornos como [el autismo, condición en la que la bumetadina parece también haber mostrado](#)

resultados prometedores. En todo caso el estudio publicado cuenta con un escaso número de 24 pacientes.

#### **LA OMS ACTUALIZA LA LISTA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES**

Lo comentan aquí. Y como lo cuentan bien, copio descaradamente de su web:

La lista añade 30 medicamentos para adultos y 25 para niños y especifica nuevos usos para 9 productos ya listados, lo que eleva el total a 433 medicamentos que se consideran esenciales para atender las necesidades más importantes de salud pública. Los antibióticos se han agrupado en tres categorías: ACCESS, WATCH y RESERVE.

# WHO Model List of Essential Medicines

- La OMS recomienda que los antibióticos del grupo ACCESS estén disponibles en todo momento como tratamientos para una amplia gama de infecciones comunes. Por ejemplo, incluye amoxicilina, amoxicilina+clavulánico, cloxacilina, cefalexina, cefazolina, etc.
- El grupo WATCH incluye antibióticos que se recomiendan como tratamientos de primera o segunda opción para un pequeño número de infecciones. Están aquí claritromicina y azitromicina, vancomicina, carbapenems, cefalosporinas de tercera generación y fluorquinolonas, deben reducirse para evitar un mayor desarrollo de la resistencia.
- El tercer grupo, RESERVE, incluye antibióticos como aztreonam, linezolid, colistina, cefalosporinas de cuarta y quinta generación que deben considerarse opciones de último recurso, y se utilizan sólo en las circunstancias más graves, como en el caso de las infecciones que amenazan la vida debido a las infecciones multirresistentes.

Los psicofármacos salen en las páginas 46-47 del documento de la OMS. Son más que en otras ediciones, diría yo. El lorazepam aparece entre los anticonvulsivantes. Salen la clozapina y el litio (falta el Denubil, un medicamento a todas luces esencial) y otros como haloperidol, Modecate, clomipramina, risperidona, fluoxetina, diazepam, carbamazepina, valproico, terapia de sustitución con nicotina y metadona. Algunos veteranos resisten.

#### **BOLETIN INFAC: NOTAS DE SEGURIDAD Y ALERTAS 2015 Y 2016**

El último Nº del boletín INFAC resume algunas de las notas de seguridad emitidas por la AEMPS, así como otras señales de alerta generadas en los años 2015 y 2016. También informa

de diversas páginas de agencias reguladoras o boletines de instituciones muy útiles para obtener información acerca de seguridad de los fármacos.



### **EFFECTIVIDAD DE LOS ANTIPSICÓTICOS EN EL MUNDO REAL**

Ya hace unos años del estudio CATIE, el mayor esfuerzo realizado para evaluar la efectividad de los antipsicóticos en la práctica rutinaria, más allá de los ensayos clínicos controlados en los que el reclutamiento de pacientes genera muestras bastante distintas de las que uno se encuentra en la práctica cotidiana. JAMA publica un estudio de envergadura, con una cohorte de casi 30.000 pacientes. Las conclusiones: los tratamientos más efectivos para prevenir recaídas son la clozapina y los antipsicóticos depot. Quizás sea relevante también tomar en consideración que los fármacos depot y la clozapina conllevan sistemas de seguimiento más cercanos y proactivos, y que una parte de su efectividad quizás tenga que ver con ello. Lieberman señalaba entre las conclusiones del CATIE que una parte fundamental del tratamiento antipsicótico era el contexto asistencial en que los fármacos se administran. Y tanto.

*El potencial de los fármacos antipsicóticos requiere de una organización asistencial que favorezca el contacto con los servicios, el adecuado control de los problemas de tolerancia, la continuidad de cuidados, y la provisión de intervenciones psicosociales*

Pues eso mismo.

### **ARISTADA**

La FDA ha aprobado Aristada, o sea, aripiprazol lauroxil, para el tratamiento de la esquizofrenia. Se trata de una formulación de acción prolongada de dos meses de duración de aripiprazol, en este caso elaborada por Alkermes, un laboratorio irlandés que a mí no me sonaba de nada. Teniendo en cuenta que la molécula es propiedad de Otsuka-Lundbeck, y que ellos tienen su propia formulación

Press Release: BusinessWire



**FDA Approves Two-Month ARISTADA® for Treatment of Schizophrenia**

depot (Abilify Maintena), esto ha tenido o tendrá sus más y sus menos. Otsuka se opuso a la comercialización de Aristada, pero la FDA dijo que era una innovación y lo autorizó antes de que se terminase la protección de licencia de Sustenna (que es el Maintena de allí). Aristada tiene como principal ventaja que es un producto que requiere menos precauciones para conservación y su kit es mucho más sencillo. Eso ha sido promocionado por el propio fabricante. En todo caso no parece que la EMA tenga en perspectiva su autorización en Europa.

### ¿ASOCIAR BENZODIACEPINAS A ANTIDEPRESIVOS?

Desde luego, es la práctica estándar. Al menos cuando a la depresión se le asocian síntomas relevantes de ansiedad y/o insomnio, o sea, casi siempre. Aunque lo ideal sería usar las benzodiazepinas únicamente al inicio del tratamiento, hasta que el antidepresivo comienza a hacer efecto, la realidad es en muchas ocasiones la toma de benzodiazepinas se prolonga y se convierte en crónica.

Este es un artículo del JAMA Psychiatry publicado *online* hace unos días; lo que viene a decir es que de 765130 personas que empezaron a tomar un antidepresivo (en USA, entre 2001 y 2014), 81020 iniciaron de forma simultánea tratamiento con una benzodiazepina, y que dicha asociación se incrementó desde un 6,1% en 2001 hasta un 12,5% en 2012. Y el 12,3% de estos pacientes mantuvieron un uso crónico de benzodiazepinas, más allá de los seis meses. Tampoco se pudo demostrar una diferencia en la evolución clínica, es decir, más allá de sus

New Online | Views 755 | Citations 0 | Altmetric 86

Original Investigation

ONLINE FIRST

June 7, 2017

### Simultaneous Antidepressant and Benzodiazepine New Use and Subsequent Long-term Benzodiazepine Use in Adults With Depression, United States, 2001-2014

Greta A. Bushnell, MSPH<sup>1</sup>; Til Stürmer, MD, PhD<sup>1</sup>; Bradley N. Gaynes, MD, MPH<sup>2</sup>; [et al](#)

[> Author Affiliations](#)

JAMA Psychiatry. Published online June 7, 2017. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.1273

riesgos, no parece que el uso simultáneo de benzodiazepinas y antidepresivos sea superior clínicamente al de los antidepresivos solos. Mi impresión es que en nuestro medio el uso simultáneo y el uso crónico de benzodiazepinas es bastante superior a estas cifras, la verdad.

### FARMACOTERAPIA NO CONVENCIONAL DE LA ESQUIZOFRENIA

Moore y colaboradores, en *Psychiatric Bulletin*, desarrollan este concepto, en el que incluyen la polifarmacia y las dosis muy elevadas (“heroicas”). El artículo desarrolla diversas estrategias para para racionalizar la indicación y la aplicación de estos tratamientos que se alejan de la convencional y deseable monoterapia antipsicótica a dosis estándar y dentro de ficha técnica. Un detalle simpático es que la declaración de intereses de los cuatro autores (entre los que figuran Meyer y Stahl) ocupa el doble de extensión que el *abstract*.

BJPsych  
**Bulletin**

### **MANEJO CLÍNICO DEL CÁNCER EN LA ESQUIZOFRENIA**

Current Psychiatry publica este caso clínico para ilustrar las decisiones a tomar en el tratamiento de una persona con esquizofrenia que padece cáncer. En este ejemplo se trata de una mujer de 60 años que lleva más de 20 años estabilizada en tratamiento con clozapina y que desarrolla un cáncer de colon, con las subsecuentes necesidades de tratamiento, incluyendo quimioterapia.

Ms. B, age 60, has schizophrenia, which has been stable on clozapine for 2 decades when she is diagnosed with cancer. How do you manage her psychiatric illness during chemotherapy?

### **INTERACCIÓN ENTRE RIFAMPICINA Y CLOZAPINA**

También lo publica <sup>BIPsych</sup> **Bulletin**. Aunque la interacción teórica es bien conocida, sus implicaciones prácticas no tanto. Por lo que cuentan sólo hay dos casos publicados al respecto, y este artículo da cuenta del tercero, en el que la inducción enzimática fue tan potente que la dosis de clozapina necesaria tuvo que incrementarse seis veces. Teniendo en cuenta la relativa prevalencia de tuberculosis, esta posibilidad debiera tenerse en cuenta.

### **LITIO Y MALFORMACIONES CARDIACAS**

Esto era pregunta de MIR en mis tiempos, y un dogma de la psiquiatría: la asociación entre el uso de sales de litio en el embarazo y el riesgo de anomalías cardiacas, especialmente la anomalía de Ebstein o prolapso de la válvula tricúspide. Bueno, pues este artículo publicado en New England revisa el asunto a través del examen de más de 1300000 embarazos (con resultado de recién nacido vivo), y comparando aquellos expuestos a litio con los no expuestos. Y en un análisis posterior, con los expuestos a lamotrigina. La conclusión confirma la sabiduría establecida, el uso de litio se asocia a mayor riesgo de malformaciones cardiacas, pero el riesgo real es menor que el estimado previamente.

ORIGINAL ARTICLE

## **Lithium Use in Pregnancy and the Risk of Cardiac Malformations**

Elisabetta Patorno, M.D., Dr.P.H., Krista F. Huybrechts, Ph.D.,  
Brian T. Bateman, M.D., Jacqueline M. Cohen, Ph.D., Rishi J. Desai, Ph.D.,  
Helen Mogun, M.S., Lee S. Cohen, M.D.,  
and Sonia Hernandez-Diaz, M.D., Dr.P.H.

## ¿HABRÁ QUE IR DESPIDIÉNDOSE DEFINITIVAMENTE DEL MODECATE?

La noticia viene del Reino Unido, donde el Modecate es comercializado por Sanofi (aquí lo hace Bristol Myers, y por lo que pone en su ficha técnica, lo fabrica el propio Bristol, en Italia).

### **Discontinuation of Modecate (fluphenazine decanoate) injection (all strengths) by end of 2018**

Information type: **Media and commentaries**

Source: **Sanofi UK**

Specialities: **Mental health and illness**

#### **Summary**

This is being discontinued due to unpredictability of supply of fluphenazine decanoate from third party manufacturer in South Africa. Production will cease mid-2018 and the product is expected to remain available in UK up until end of 2018 (based on current usage).

#### **UKMi comment**

This early notification is intended to give clinicians sufficient time to identify and begin administering alternative therapies to their patients. Dose equivalence information can be found in the BNF. It is recommended that no patient commence treatment with Modecate where it is expected that treatment will be required beyond end of 2018.

Medical information at Sanofi can be contacted for further information; tel 08453727101, email: [uk-medicalinformation@sanofi.com](mailto:uk-medicalinformation@sanofi.com).

#### **Related links:**

Como podéis ver, anuncia el cese de la comercialización del fármaco a partir de finales de 2018, y como motivo aducen problemas con su proveedor, en este caso fabricantes en Sudáfrica. Veremos si esta previsión es extensible a nuestro país, y sobre todo, si va a ser el caso, si recibimos la información con la suficiente y necesaria antelación.

## **EL DILEMA DE LA EPILEPSIA**

Igual esto es meternos donde no nos llaman, toda cuenta de que la epilepsia no es una enfermedad del ámbito de la salud mental. Sin embargo algunas de sus manifestaciones conductuales pueden serlo, y algunos mecanismos relacionados, como el *kindling*, se han propuesto para la etiopatología de algunas enfermedades mentales; y bueno, seguimos usando el TEC, que no es otra cosa que provocar convulsiones generalizadas de forma deliberada. Y usamos antiepilépticos en el tratamiento de trastornos afectivos como el trastorno bipolar.

NEUROLOGICAL HEALTH

## **Treating Epilepsy's Toughest Cases**

Current medicines fail to relieve seizures in about a third of people with epilepsy. What can be done?

By David Noonan on April 1, 2017

En todo caso, nos ha llamado la atención este artículo publicado en *Scientific American*, que no dejando de tener un nivel divulgativo, lo que muchas veces está muy bien. Nos ha llamado la atención leer que hasta un tercio de los pacientes no ven controladas sus crisis de manera satisfactoria. O que no parece haber nuevos fármacos, mejores, más eficaces, mejor tolerados, en el *pipeline* de la industria. Y eso nos suena....

### ACTUALIZACIÓN AEMPS ENOXAPARINA (CLEXANE)

Tampoco en este caso hablamos de un psicofármaco, desde luego. Pero a la par es un fármaco de uso no desconocido, especialmente en las unidades de hospitalización psiquiátrica, en casos de encamamiento prolongado por sedación y/o contención por cuadros de agitación. U otros motivos.

“Este correo incluye información sobre seguridad de medicamentos.

Texto revisado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios”

Se trata de una carta remitida por el laboratorio farmacéutico titular de enoxaparina relativa a la actualizaciones en cuanto a su uso en pacientes con insuficiencia renal grave y a la expresión de la concentración y pauta posológica para trombosis venosa profunda/embolia pulmonar. La carta ha sido revisada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios (AEMPS) y está disponible en su Web

### LOS FÁRMACOS QUE MUEVEN MÁS PASTA EN EL MUNDO

El mérito, a lo que se ve, no es vender mucho, sino muy caro. Se puede ver cómo los psicofármacos, otrora verdadera mina de *blockbusters*, han desaparecido del ranking, (salvo la pregabalina). Y eso explica, al menos en parte, la batida en retirada de buena parte de la

|    | <i>Producto</i>   | <i>Laboratorio</i>      | <i>Millones \$</i> | <i>+-%</i> |
|----|-------------------|-------------------------|--------------------|------------|
| 1  | Humira            | AbbVie                  | 16.078             | 14,7       |
| 2  | Harvoni           | Gilead                  | 9.081              | -34,5      |
| 3  | Enbrel            | Amgen y Pfizer          | 8.874              | 2,0        |
| 4  | Rituxan           | Toche y Biogen          | 8.583              | 2,7        |
| 5  | Remicade          | Johnson&Johnson y Merck | 7.829              | -10,6      |
| 6  | Revlimid          | Celgene                 | 6.974              | 20,2       |
| 7  | Avastin           | Roche (Genetech)        | 6.752              | 1,5        |
| 8  | Herceptin         | Roche (Genetech)        | 6.751              | 3,7        |
| 9  | Lantus            | Sanofi                  | 6.054              | -10,6      |
| 10 | Pevnar            | Pfizer                  | 5.718              | -8,4       |
| 11 | Xarelto           | Bayer y Johnson&Johnson | 5.390              | 26,7       |
| 12 | Eylea             | Bayer y Regeneron       | 5.045              | 26,9       |
| 13 | Lyrica            | Pfizer                  | 4.966              | 2,6        |
| 14 | Neulasta/Peglasta | Amgen y Kyowa           | 4.701              | -1,1       |
| 15 | Advair/Seretide   | GSK                     | 4.325              | -5,3       |

industria del mercado de la salud mental, y su apuesta por cosas muy caras, fármacos oncológicos, anticuerpos monoclonales y nuevos fármacos contra la diabetes.

El nuevo Amancio Ortega del mercado de medicamentos es Humira, (adalimumab) un anticuerpo monoclonal que actúa sobre una citokina, el factor de necrosis tumoral (TNF- $\alpha$ ), implicado en procesos

inflamatorios, y que parece que es útil en

El Ranking...

patologías como la artritis reumatoide, el Crohn, o la psoriasis.

**¿MERECE LA PENA UTILIZAR SISTEMÁTICAMENTE ANTICONVULSIVANTES EN LOS TRATAMIENTOS CON CLOZAPINA?**

Uno de los secundarismos más habitualmente ligados a la clozapina es la aparición de crisis convulsivas, un fenómeno que suele asociarse a concentraciones séricas elevadas del fármaco. Caetano, en *Australasian Psychiatry*, explora si tiene sentido una prescripción profiláctica de antiepilépticos en las personas en tratamiento con clozapina para evitar la emergencia de convulsiones, y concluye que no. El principal argumento esgrimido es el riesgo de interacciones farmacológicas. Productos como la carbamazepina pueden inducir el metabolismo de la clozapina, lo que se traduciría en una menor efectividad; además, al igual que la clozapina, la carbamazepina tiene una acción conocida sobre la médula ósea y produce con frecuencia leucopenia menos dramática y grave que la generada por clozapina, pero que en un tratamiento conjunto podría contribuir a incrementar riesgos. La lamotrigina, un medicamento que se ha propuesto para potenciar a la clozapina en casos especialmente resistentes, puede, en cambio, interferir en el metabolismo del antipsicótico, pudiendo llegar a triplicar sus concentraciones, lo que haría que al añadir este anticonvulsivante hubiera más riesgo de convulsiones. El producto que podría parecer más adecuado es el valproato, ya que no tiene toxicidad sobre médula ósea y no interactúa a nivel cinético con la clozapina. Sin embargo, su uso en mujeres en edad fértil requiere muchas precauciones si no ha de excluirse directamente. Caetano recomienda:

**Medidas preventivas generales:**

- Anamnesis que identifique riesgo de convulsión
- Elevación lenta y prudente de la dosis
- No retirar bruscamente fármacos que pudieran proteger de la aparición de convulsiones (p.e. benzos)
- Instruir al paciente para que informe de fenómenos epileptiformes y evitar llegar a niveles superiores a 1300 ng/ml, a partir de los cuales aumenta mucho el riesgo
- Evitar asociar fármacos que como fluvoxamina, paroxetina, sertralina, risperidona, lamotrigina o fluoxetina pueden incrementar los niveles de clozapina

**Recomendaciones en caso de convulsiones:**

- Descartar otras causas de convulsión
- Monitorizar los niveles de clozapina
- Considerar si hay factores que puedan estar incrementando los niveles (fármacos como los señalados arriba o supresión o reducción del consumo de tabaco)
- Reducir la dosis de clozapina
- Valorar un anticonvulsivante antes de suspender la clozapina, pero con los matices señalados anteriormente.

## **OPIÁCEOS, PRESENTACIONES Y RIESGO DE ABUSO**

Las presentaciones de opioides que reducen el riesgo de abuso de forma que no sea viable su consumo pulverizándolas, o que se combinan con naloxona, están haciéndose populares y van encontrando un nicho de mercado, en particular, en los EEUU. Glod, en el *New England of Medicine*, revisa y comenta estos productos.

## **¿SESGO DE GÉNERO EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDEPRESIVOS?**

Según los resultados que comunican Sundbom y colaboradores en *Psychiatric Bulletin*, ciertamente puede haberlo, al menos en Suecia, donde encuentran que los varones, que refieren más depresión que las mujeres, reciben menos antidepresivos que ellas.

### **Are men under-treated and women over-treated with antidepressants? Findings from a cross-sectional survey in Sweden**

Lena Thunander Sundbom,<sup>1,2</sup> Kerstin Bingefors,<sup>1</sup> Kerstin Hedborg,<sup>2</sup> Dag Isacson<sup>1</sup>

BJPsych Bulletin (2017) 41, 145–150. doi: 10.1192/bjpp.bp.116.054270

<sup>1</sup>Uppsala University, Uppsala, Sweden;  
<sup>2</sup>University of Gävle, Gävle, Sweden  
Corresponding author: Lena Thunander Sundbom (lts@hig.se)  
First received 4 Apr 2016, accepted 26 Jul 2016  
© 2017 The Royal College of Psychiatrists. This is an open-access article published by the Royal College of Psychiatrists and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**Aims and method** To examine gender differences in self-reported depression and prescribed antidepressants (ADs). The Hospital Anxiety and Depression Scale was used to assess depression, and information on prescribed ADs was obtained from the Swedish Prescribed Drug Register.

**Results** Depression was reported by 11.7% of the participants (12.3% men and 11.2% women). ADs were prescribed for 7.6% of the participants (5.3% men, 9.8% women). Among men, 1.8% reported depression and used ADs, 10.5% reported depression but did not use ADs, and 3.6% used ADs but did not report depression. The corresponding figures for women were 2.6%, 8.6% and 7.2%.

**Clinical implications** Men report depression to a greater extent than women but are prescribed ADs to a lesser extent, possibly a sign of under-treatment. Women are prescribed ADs without reporting depression more often than men, possibly a sign of over-treatment. Although the causes remain unclear, diagnostic and treatment guidelines should benefit from considering gender differences in these respects.

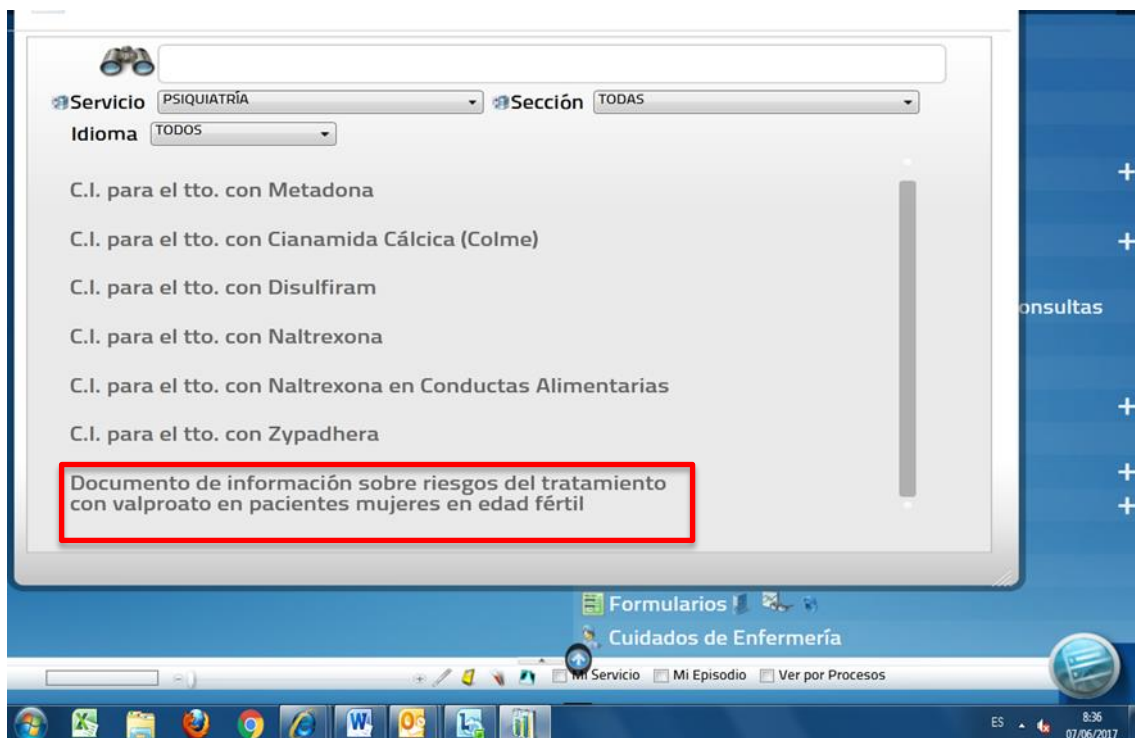
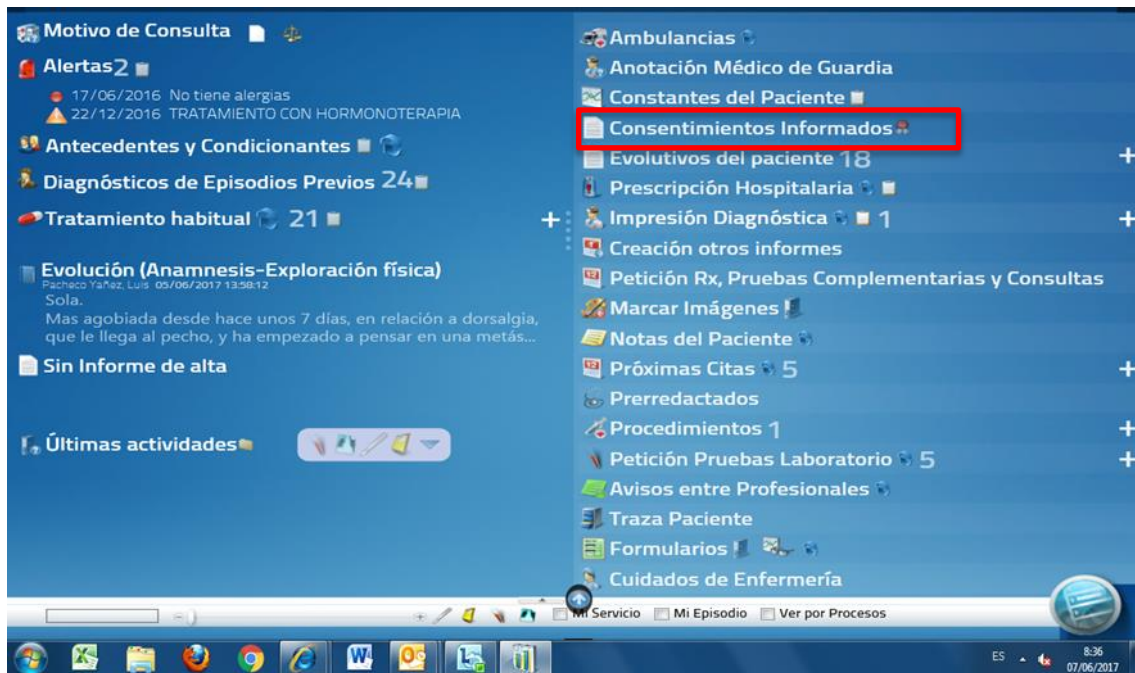
**Declaration of interest** None.

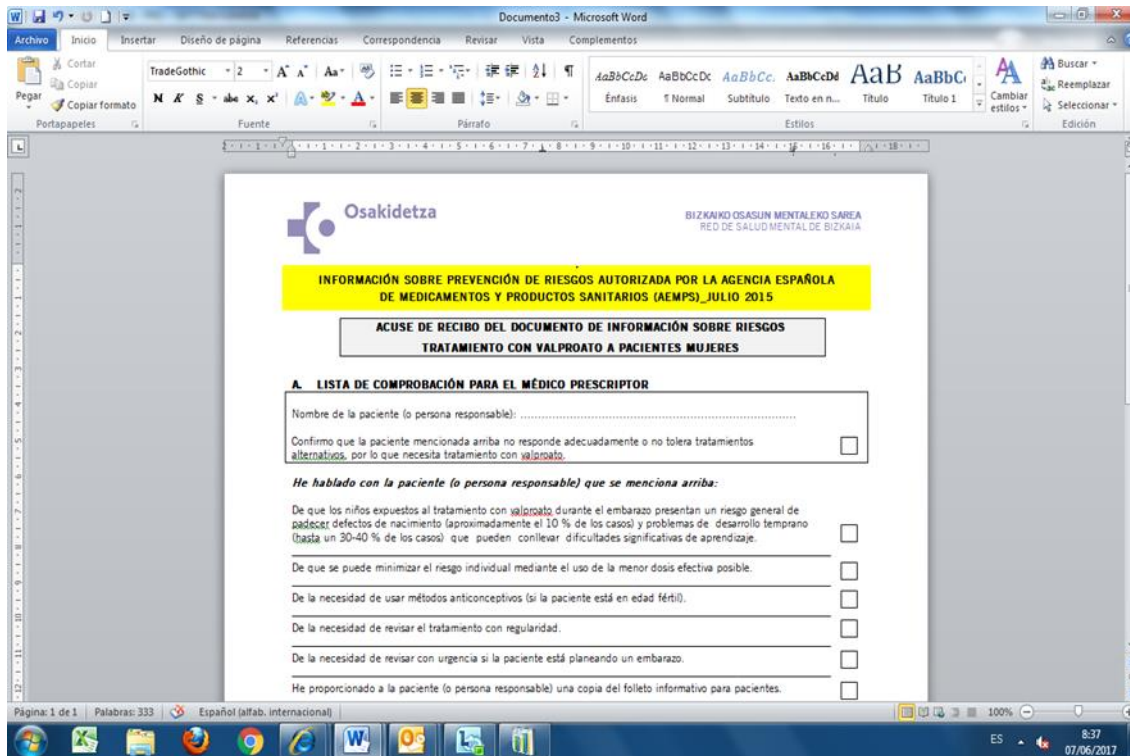
## **INDEMNIZACIÓN MILLONARIA EN EEUU A UN NIÑO CON ESPINA BÍFIDA EXPUESTO EN VIDA INTRAUTERINA A VALPROATO... Y DE PASO RECUERDO DE RECOMENDACIONES PARA SU USO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL**

Leemos en Redacción Médica que el Jurado Federal de Illinois ha sentenciado que el laboratorio comercializador deberá indemnizar a un niño de 10 años nacido con espina bífida, con 15 millones de dólares por los efectos perjudiciales que le provocó que su madre tomara valproato durante su embarazo. La madre, que recibió el producto para tratar un trastorno bipolar mientras estaba embarazada, argumentó que la compañía comercializadora no advirtió adecuadamente a los psiquiatras respecto al riesgo de teratogenia. En EEUU están pendientes de resolución en estos momentos casi 700 reclamaciones por lesiones relacionadas con valproato. Y no nos olvidemos de que más cerca de aquí, en Francia, está sucediendo algo similar.

Teniendo en cuenta estas situaciones (y fundamentalmente la seguridad de nuestros pacientes y sus hijos), no está de más recordar las recomendaciones de información a las pacientes en edad fértil que reciben este tratamiento y su registro en el evolutivo. Y recordar también que

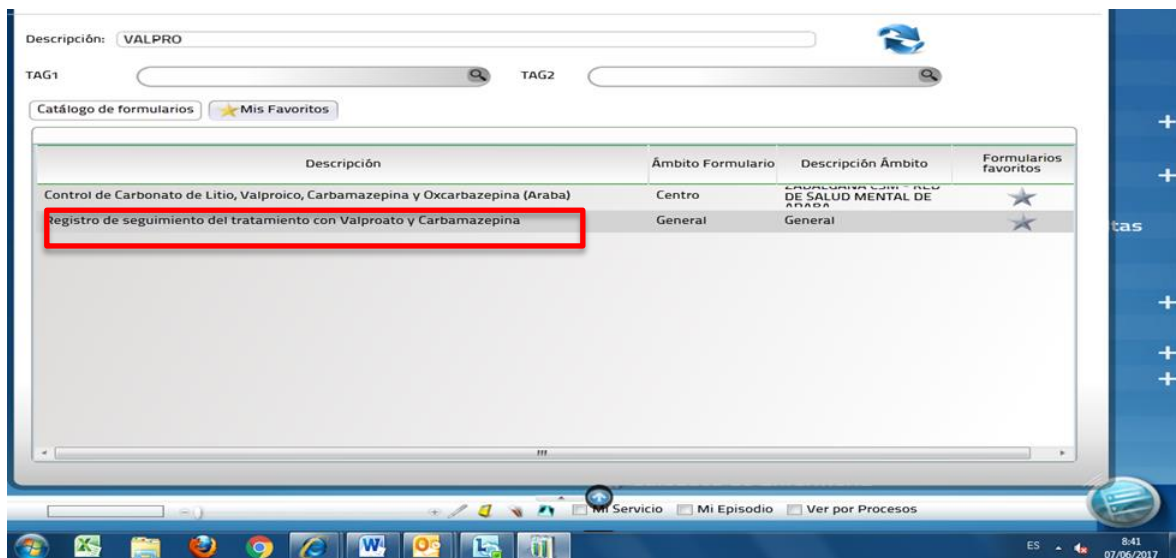
disponemos de un modelo de consentimiento informado, disponible desde Osabide, en la pestaña de **Consentimientos Informados**:



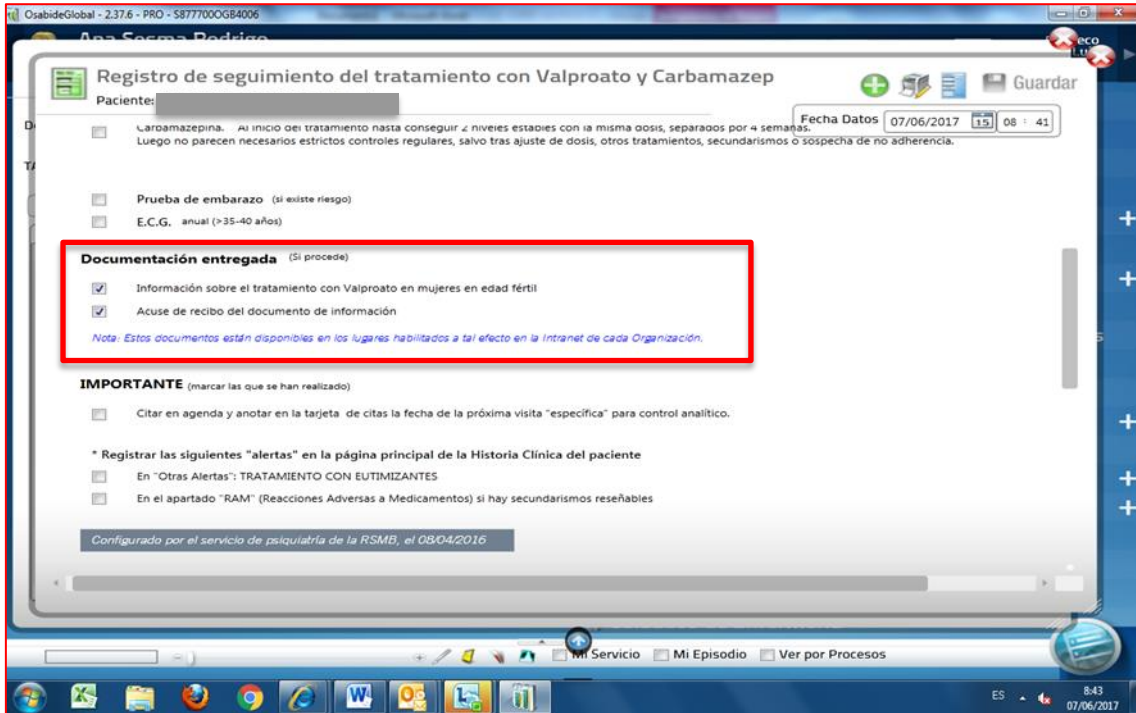


Y la conveniencia de escanearlo de incorporarlo a la historia de osabide global, en la pestaña “**últimas actividades**”.

Recordar también que disponemos de un **formulario** en Osabide para facilitar el seguimiento del tratamiento con Valproico:



Y que dicho formulario dispone de casillas de registro del propio uso del consentimiento:



OsabideGlobal - 2.37.6 - PRO - S8777000GB4006

Ana Soama Pedraza

Registro de seguimiento del tratamiento con Valproato y Carbamazep

Paciente: [Redacted]

Fecha Datos: 07/06/2017 15:08:41

Carbamazepina. Al inicio del tratamiento hasta conseguir 4 niveles estables con la misma dosis, separados por 4 semanas. Luego no parecen necesarios estrictos controles regulares, salvo tras ajuste de dosis, otros tratamientos, secundarismos o sospecha de no adherencia.

Prueba de embarazo (si existe riesgo)

E.C.G. anual (>35-40 años)

**Documentación entregada** (Si procede)

Información sobre el tratamiento con Valproato en mujeres en edad fértil

Acuse de recibo del documento de información

*Nota: Estos documentos están disponibles en los lugares habilitados a tal efecto en la Intranet de cada Organización.*

**IMPORTANTE** (marcar las que se han realizado)

Citar en agenda y anotar en la tarjeta de citas la fecha de la próxima visita "específica" para control analítico.

\* Registrar las siguientes "alertas" en la página principal de la Historia Clínica del paciente

En "Otras Alertas": TRATAMIENTO CON EUTIMIZANTES

En el apartado "RAM" (Reacciones Adversas a Medicamentos) si hay secundarismos reseñables

Configurado por el servicio de psiquiatría de la RSMB, el 08/04/2016

ES 8:43 07/06/2017

©RSMB201520162017

**Equipo editor:** Anuntze Arana, Luis Pacheco, Juan Medrano, Pablo Malo, Jose Uriarte

*Si quieres participar en el boletín puedes enviar contenidos, noticias o información para su publicación a: [josejuan.uriarteuriarte@osakidetza.eus](mailto:josejuan.uriarteuriarte@osakidetza.eus)*